Приложение к рабочей программе

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.

Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование	
				оценочного средства вид	количе ство
1.	Неонатология	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22	ЗНАТЬ: 1. Основы этики и деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ 3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у больных детей и подростков 4. Анатомо-физиологические особенности, закономерности роста и развития здорового и больного ребенка. 5. Этиологию, патогенез, морфогенез, клиническую картину, особенности течения болезней у детей, классификации болезней 6. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики болезней у детей. 7. Принципы терапии наиболее распространенных заболеваний у детей. 8. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных	Тестовые задания	30
				Ситуационные задачи	22
				Опрос	
2.	Гастроэнтерология	ПК-27 УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22		Тестовые задания	30
			Ситуационные задачи	5	
			Опрос		
3.	Пульмонология	ПК-27 УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22 ПК-27	Тестовые задания	30	
			Ситуационные задачи	5	
			Опрос		
4.	Нефрология	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Тестовые задания	30	
			Ситуационные задачи	5	
			Опрос		

		ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22	неотложных состояниях у детей, показания к госпитализации. 9. Оценку качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей		
5.	Гематология	ПК-27 УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22	10. Теоретические основы информатики, сбор, хранение, переработка, преобразование, распространение информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении. Основы доказательной медицины. УМЕТЬ: 1. Использовать этические и деонтологические принципы в работе врача педиатра с учетом социальных, этнических, конфессиональных культурных различий.	Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	30 5
6.	Кардиология	ПК-27 УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-12 ПК-22 ПК-27		Тестовые задания Ситуационные задачи Опрос	30 5

возраста;

			<p>интерпретировать результаты обследования, обосновать диагноз, определить план обследования и лечения.</p> <p>5. Заполнять медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля</p> <p>6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей и оказывать неотложную помощь.</p> <p>7. Анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского</p>		
--	--	--	--	--	--

клинического обследования

			<p>детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, постановки клинического диагноза.</p> <p>5. Алгоритмом и протоколами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом и протоколами оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом оценки качества оказанной медицинской помощи.</p> <p>Алгоритмом оценки основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию помощи детям на</p>		
--	--	--	--	--	--

5-8% *
10-12%

- 3) более 12%

4. ПОД ТЕРМИНОМ «ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ» ПОНИМАЮТ

- 1) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях или полных неделях *
- 2) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от последнего дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях или полных неделях
- 3) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных месяцах
- 4) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают от первого дня последней нормальной менструации и выражают в полных днях *
- 5) Продолжительность срока беременности, которую высчитывают в полных неделя *

5. ЛЮБОЙ ПЛОД (МЕРТВОРОЖДЕННЫЙ ИЛИ ЖИВОРОЖДЕННЫЙ) ДОЛЖЕН БЫТЬ ВЗВЕШЕН В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ИЛИ ЧАС ЖИЗНИ

- 1) Родившийся после 20 неделе гестации *
- 2) Родившийся после 18 недели гестации
- 3) Родившийся после 23 недели гестации
- 4) Родившийся после 25 недели гестации
- 5) Родившийся после 27 недели гестации

6. БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ МАССУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) 2500-4000 г. *
- 2) 2000-3000 г.
- 3) 2200-3500 г.
- 4) 2800-3700 г.
- 5) 3200-3800 г.

7. БОЛЬШИНСТВО НОВОРОЖДЕННЫХ (85-90%) ИМЕЮТ ДЛИНУ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ

- 1) 46-52 см *
- 2) 40-48 см
- 3) 38-50 см
- 4) 42-54 см
- 5) 44-54 см

8. НЕДОНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОСЯ ДО

- 1) Окончания 37 недели беременности *
- 2) Окончания 36 недели беременности
- 3) Окончания 35 недели беременности
- 4) Окончания 38 недели беременности
- 5) Окончания 34 недели беременности

9. ПЕРЕНОШЕННЫМ СЧИТАЮТ РЕБЕНКА, РОДИВШЕГОС ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) 42 недели и более *
- 2) 38 недель и более
- 3) 39 недель и более
- 4) 40 недель и более
- 5) 41 неделю и более

10. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРЕНОШЕННОСТИ

- 1) Сухость и шелушение кожи *
- 2) Мацерация кожи *
- 3) Прокрашивание меконием пуповины *
- 4) Прокрашивание меконием оболочек последа *
- 5) Наличие ядер окостенения проксимального эпифиза большеберцовой и плечевой кости *

11. ПРИЧИНОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

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

12. ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) при первой беременности
- 2) при повторных беременностях *

13. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ 1-Й БЕРЕМЕННОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА ЧАЩЕ НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА

- 1) по АВО-системе *
- 2) по резус-фактору

14. БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО

- 1) резус-фактору *
- 2) группе крови

15. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) до 48 часов жизни *
- 2) после 48 часов жизни
- 3) после 7 дня жизни
- 4) после 10 суток жизни

16. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ИСПОЛЬЗУЮТ ЭРИТРОЦИТАРНУЮ МАССУ

- 1) 0 (I) Rh-положительную
- 2) 0 (I) Rh-отрицательную
- 3) группы крови ребенка Rh-положительную
- 4) группы крови ребенка Rh-отрицательную *

17. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО АВО-СИСТЕМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) эритроцитарную массу 0(1) и плазму 0(1)
- 2) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму 0(1)
- 3) эритроцитарную массу 0(1) и плазму АВ(IV) *
- 4) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму АВ(IV)

18. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОТНОСЯТСЯ

- 1) гепатоспленомегалия *
- 2) анемия
- 3) геморрагический синдром
- 4) тромбоцитопения
- 5) диспепсический синдром

19. В ТЕРАПИИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) гормональную терапию
- 2) внутривенное введение стандартного иммуноглобулина *
- 3) фототерапию
- 4) заменное переливание крови
- 5) антибактериальную терапию

20. К ОСЛОЖНЕНИЯМ, ВОЗМОЖНЫМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ФОТОТЕРАПИИ, ОТНОСЯТСЯ РАЗВИТИЕ

- 1) бактериальных заболеваний
- 2) синдрома «загорелой кожи» *
- 3) синдрома «бронзовой кожи»
- 4) диспептического синдрома
- 5) гипертромбоцитоза

21. СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ НЕДОНОШЕННЫХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- 1) Апгар
- 2) Сильвермана *
- 3) Дубовича, Балларда-Новака

22. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА В ПЕРВЫЕ ДНИ ЖИЗНИ У РЕБЕНКА С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) менее 2%
- 2) более 15% *
- 3) 5-25%

23. ПОТРЕБНОСТЬ НЕДОНОШЕННОГО В КАЛОРИЯХ В ПЕРИОД ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ДО ДОСТИЖЕНИЯ ВЕСА 2500 Г СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 140 ккал/кг *
- 2) 110 ккал/кг
- 3) 120 ккал/кг

24. ПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие синдрома срыгивания *
- 2) внутриутробное инфицирование, пороки развития мягкого и твердого неба, отсутствие сосательного и глотательного рефлексов
- 3) масса тела менее 1250 г

25. ЧЕРЕЗ СОСКУ СЛЕДУЕТ КОРМИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) с массой тела менее 1000 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов *
- 2) с массой тела 1000-1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
- 3) с массой тела 1250-1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов

- 4) с массой тела 1800 г и наличием сосательного и глотательного рефлексов

26. К ГРУДИ МОЖНО ПРИЛОЖИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) с массой тела более 1800 г в удовлетворительном состоянии
- 2) с массой тела более 1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлекса
- 3) при достаточном количестве молока у матери
- 4) с любой массой в удовлетворительном состоянии *

27. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- 1) в парасагиттальной области
- 2) в перивентрикулярном белом веществе
- 3) в коре теменной доли *

28. ПРИЧИНАМИ БОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОНОШЕННЫМИ ДЕТЬМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НЕДОНОШЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сохранение герминативного матрикса, большая проницаемость сосудистой стенки, отсутствие ауторегуляции мозгового кровотока *
- 2) большая частота травматизации в родах
- 3) более высокое артериальное давление в постренимационном периоде

29. РИСК РАЗВИТИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ У НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ

- 1) наличии пневмонии, наличии лево-правого сброса через открытый артериальный проток, увеличении давления на выдохе при ИВЛ
- 2) наличии синдрома утечки воздуха *
- 3) наличии право-левого сброса через открытый артериальный проток

30. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ПРОВОДИТСЯ НАЗНАЧЕНИЕМ

- 1) эуфиллина
- 2) триампура *
- 3) дексаметазона

Тесты по теме: «Пульмонология».

31. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ ЭТО

- 1) Хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки полости носа у пациентов с сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам *
- 2) Хроническое заболевание, в основе которого аномалия развития полости носа
- 3) Хронический инфекционный процесс
- 4) Острый инфекционный процесс

32. ВЫЯВЛЕНИЕ ЭОЗИНОФИЛОВ ПРИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СМЫВОВ СО СЛИЗИСТОЙ НОСА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ

- 1) ОРЗ
- 2) Инородного тела полости носа
- 3) Аллергического ринита *
- 4) Нормального состояния полости носа

33. К ПРОЯВЛЕНИЯМ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) Ринорея
- 2) Заложенность носа

3) Гнойное отделяемое из полости носа *

34. К БАЗОВОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА ОТНОСЯТСЯ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ

- 1) Антигистаминные
- 2) Интраназальные антибактериальные препараты *
- 3) Интраназальные ГКС

35. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, КАК ПРАВИЛО, ОБУСЛОВЛЕННЫ СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ

- 1) Пыльцой растений *
- 2) Солями тяжелых металлов
- 3) Антигенами бактериальных капсул
- 4) Бытовой пылью *
- 5) Пищевыми аллергенами

36. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ МЕСТНЫХ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

- 1) легкое течение
- 2) среднетяжелое течение *
- 3) тяжелое течение *
- 4) отсутствие сезонности

37. ИСПОЛЬЗУЯ МЕСТНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 2) максимальный эффект развивается через 2-3 недели *
- 3) после достижения положительного эффекта препарат следует постепенно отменить

38. КАКОВА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АСИТ

- 1) 4-5 лет *
- 2) Один год
- 3) 3 месяца
- 4) Один месяц

39. ИСПОЛЬЗУЯ СТАБИЛИЗАТОРЫ МЕМБРАН ТУЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ

- 1) оптимальный курс 2-4 недели
- 2) длительность применения должна быть больше 2 месяцев *
- 3) при сезонном течении курс начинают за 4 недели до вероятного обострения *
- 4) максимальный эффект развивается через 2-3 дня
- 5) нельзя сочетать с глюкокортикоидами

40. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ ПОКАЗАНА ПРИ

- 1) круглогодичном течении *
- 2) сезонном течении при наличии поливалентной сенсibilизации *
- 3) совпадении аллергических проб и клинических данных *
- 4) длительности заболевания не более 6 лет
- 5) отсутствии сопутствующего контактного дерматита или бронхиальной астмы

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

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

42. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИОЛИТА

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

43. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОСТРОГО ПРОСТОГО БРОНХИТА

- 1) влажный кашель в начале заболевания
- 2) притупление перкуторного звука с одной стороны
- 3) влажные средне- и крупнопузырчатые хрипы *
- 4) нормальная температура
- 5) усиление легочного рисунка на рентгенограмме *

44. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИОЛИТА

- 1) Оксигенотерапия *
- 2) Бронхолитики *
- 3) Муколитики *
- 4) седативные препараты

45. ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ НАЗНАЧАЮТ

- 1) теофилины короткого действия
- 2) муколитические препараты *
- 3) антибактериальные препараты
- 4) фенспирид *

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

- 1) Сальбутамол
- 2) Беродуал *
- 3) Эуфиллин
- 4) Фенотерол

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) бактерии
- 2) вирусы *
- 3) простейшие
- 4) грибы

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

- 1) Лазолван *
- 2) Флуимуцил *
- 3) Либексин
- 4) Синекод
- 5) Флюдитек *

49. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ОТМЕЧАЮТСЯ

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

50. БРОНХИОЛИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1) первых 2-х лет жизни *
- 2) после 3-х лет
- 3) подросткового периода
- 4) в любом возрасте

51. ПОРОК РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ РАСТЯЖЕНИЕМ ЧАСТИ ЛЕГКОГО (ЧАЩЕ ОДНОЙ ДОЛИ)

- 1) аплазия легкого
- 2) трахеобронхомегалия (синдром Мунье-Куна)
- 3) синдром Вильямса – Кемпбелла *
- 4) врожденная доленая эмфизема

52. ПОРОК РАЗВИТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ДОБАВОЧНАЯ ГИПОПЛАЗИРОВАННАЯ, ИНОГДА СООБЩАЮЩАЯСЯ С БРОНХИАЛЬНЫМ ДЕРЕВОМ ОСНОВНОГО ЛЕГКОГО ДОЛЯ ИМЕЕТ АВТОНОМНОЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ АНОМАЛЬНОЙ АРТЕРИЕЙ, ОТХОДЯЩЕЙ ОТ АОРТЫ ИЛИ ЕЕ ВЕТВЕЙ

- 1) аплазия легкого
- 2) трахеобронхомегалия (синдром Мунье-Куна)
- 3) синдром Вильямса - Кемпбелла
- 4) врожденная доленая эмфизема
- 5) легочная секвестрация *

53. СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА – КЕМПБЕЛЛА НАСЛЕДУЕТСЯ ПО

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

54. ТРАХЕАЛЬНЫЙ БРОНХ – ЭТО

- 1) аномальная бронхиальная ветвь, отходящая от грудного отдела трахеи, вентилирующая верхнюю долю правого легкого *
- 2) правый бронх, продолжающийся от трахеи, вентилирующий верхнюю долю правого легкого
- 3) аномальный бронх, по структуре и размеру соответствующий трахее

55. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРИФИЦИРУЮТ ДИАГНОЗ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ЛЕГКОГО

- 1) общеклинический анализ крови
- 2) биохимический анализ крови
- 3) бронхоскопия *
- 4) рентгенография *
- 5) компьютерная томография *

56. ЧТО ТАКОЕ «ЗЕРКАЛЬНОЕ ЛЕГКОЕ»

- 1) аномалия развития, при которой оба легких имеют одинаковое строение
- 2) аномалия развития, при которой легкое по расположению щелей и бронхов представляет собой зеркальное отображение второго, нормально развившегося легкого *
- 3) аномалия развития, при которой правое легкое по своему строению является зеркальным отображением левого

57. ПОРОК РАЗВИТИЯ, ПРИ КОТОРОМ ТЕРМИНАЛЬНЫЕ ОТДЕЛЫ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА НА УРОВНЕ СУБСЕКМЕНТАРНЫХ БРОНХОВ ИЛИ БРОНХИОЛ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ РАСШИРЕНИЕ КИСТООБРАЗНОЙ ФОРМЫ РАЗЛИЧНЫХ РАЗМЕРОВ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) гипоплазия легкого
- 2) врожденная солитарная киста
- 3) кистозно-аденоматозный порок легкого *
- 4) врожденная доленая эмфизема

58. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЕ

- 1) консервативное лечение
- 2) оперативное лечение *

59. ПРИ КАШЛЕ С ОТДЕЛЕНИЕМ ГНОЙНОЙ МОКРОТЫ ПРОТИВОПОКАЗАН

- 1) бромгексин
- 2) либексин *
- 3) мукалтин
- 4) грудной сбор

60. ДЛЯ РАЗЖИЖЕНИЯ ГУСТОЙ ВЯЗКОЙ МОКРОТЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) йодид калия *
- 2) кодеин
- 3) сальбутамол
- 4) теofilлин

Тесты по теме: «Гастроэнтерология».

61. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) застойная рвота *
- 2) постоянное вздутие живота *
- 3) болезненный, напряженный живот
- 4) отсутствие стула и газов *
- 5) каловая интоксикация *

62. ДВУМЯ ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) асимметрия живота
- 2) вздутие живота
- 3) отсутствие стула и газов *
- 4) выделение крови из прямой кишки *
- 5) рвота с патологическими примесями *

63. КАКИЕ ПРОДУКТЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ ИЗ ДИЕТЫ №4

- 1) овощи сырые *
- 2) молоко *

- 3) продукты, содержащие грубую клетчатку
- 4) яйцо
- 5) масло сливочное

64. ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ВСЕ НИЖЕПРИВЕДЕННОЕ СПРАВЕДЛИВО, КРОМЕ

- 1) Редкие дефекации
- 2) Окончательный диагноз требует биопсии стенки прямой кишки
- 3) Для диагностики важна ректальная манометрия
- 4) Когда диагноз установлен, показано пробное применение различных способов медикаментозного лечения *
- 5) Энтероколит является угрожающим жизни осложнением

65. 12-МЕСЯЧНЫЙ МАЛЬЧИК, НЕДАВНО ПРИЕХАВШИЙ ИЗ ГАЙАНЫ, В ТЕЧЕНИЕ 5 ЧАСОВ «ЗАХОДИТСЯ» КРИКОМ, ПОДЖИМАЯ НОГИ К ЖИВОТУ. НА ПУТИ К ПОЛИКЛИНИКЕ У НЕГО БЫЛ ЖИДКИЙ КРОВАВЫЙ СТУЛ. РВОТЫ НЕТ, НО ПРИ НАЧАЛЕ ПРИСТУПА КРИКА ОТКАЗЫВАЕТСЯ ОТ РОЖКА. ПРИ ФИЗИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ НИЧЕГО НЕ ОБНАРУЖЕНО. ЖИВОТ НЕ УДАЛОСЬ ПРОПАЛЬПИРОВАТЬ ИЗ-ЗА ПОСТОЯННОГО КРИКА. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 38,8 ГРАДУСОВ С. АМПУЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ПУСТАЯ, ОБСЛЕДОВАВШИЙ ПАЛЕЦ ОБИЛЬНО ИЗМАЗАН КРОВЬЮ. НАИБОЛЕЕ ВАЖНО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ

- 1) Посев кала
- 2) Анализ кала на яйца гельминтов и паразитов
- 3) Клизма с сульфатом бария *
- 4) Исследование мазка крови
- 5) Коагулограмма

66. ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ КРОНА СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ

- 1) Типичны трансмуральные повреждения
- 2) Может у детей сочетаться с артритом
- 3) Повышен риск рака кишечника
- 4) Обычно в процесс вовлечена прямая кишка *
- 5) Часто наблюдаются пораженные участки кишечника, перемежающиеся здоровой тканью

67. ПРИ КАКОЙ БОЛЕЗНИ ОБЫЧНО ИМЕЕТ МЕСТО МАЛИГНИЗАЦИЯ

- 1) Синдром Пейтца-Джигерса
- 2) Синдром Гарднера *
- 3) Ювенильный полипоз
- 4) Ювенильный полипоз толстой кишки
- 5) Лимфоидный полипоз

68. С ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

- 1) неспецифический язвенный колит
- 2) болезнь Крона
- 3) целиакию *
- 4) кишечную форму муковисцидоза *

69. БОЛЬНЫЕ ЦЕЛИАКИЕЙ НЕ ПЕРЕНОСЯТ

- 1) моносахара

- 2) микроэлементы
- 3) витамины
- 4) глютен *

70. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЦЕЛИАКИЕЙ НЕОБХОДИМО

- 1) дизентерию
- 2) дисахаридазную недостаточность *
- 3) экссудативную энтеропатию *
- 4) неспецифический язвенный колит
- 5) сепсис

71. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИЗНАКАМ

- 1) степень энцефалопатии *
- 2) уровень билирубина крови *
- 3) размеры печени
- 4) уровень альбумина крови *
- 5) протромбиновое время *

72. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) синдром холестаза *
- 2) быстрое развитие портальной гипертензии
- 3) антихондриальные антитела *
- 4) системные проявления *

73. УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

- 1) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода *
- 2) периферические отеки
- 3) печеночная энцефалопатия *
- 4) асцит *

74. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) острым внезапным началом *
- 2) периодическим беспокойством *
- 3) застойной рвотой
- 4) болезненным, напряженным животом *
- 5) выделением крови из прямой кишки *

75. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) циррозе печени
- 2) синдроме Ледца *
- 3) атрезии двенадцатиперстной кишки
- 4) ущемленной грыже *
- 5) инвагинации *

76. ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наличие уровней жидкости в кишечных петлях *
- 2) равномерное, повышенное газонаполнение кишечника
- 3) свободный газ в брюшной полости
- 4) наличие уровня в свободной брюшной полости

77. ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ НИЖЕСЛЕДУЮЩЕЕ, КРОМЕ

- 1) Сепсис
- 2) Эмболия легочной артерии
- 3) Болезни печени
- 4) Воздушная эмболия
- 5) Необратимая атрофия слизистой оболочки тонкой кишки *

78. ВСЕ УТВЕРЖДЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ «СРЕДНЕЦЕПОЧЕЧНЫХ» ТРИГЛИЦЕРИДОВ, ВЕРНЫ, КРОМЕ

- 1) Для их абсорбции нужны соли желчных кислот *
- 2) Лишь в малой степени они заключены в хиломикроны
- 3) Во время транспортировки они связаны с альбуминами
- 4) Они быстро гидролизуются панкреатической липазой
- 5) Они метаболизируются в печени

79. 6-МЕСЯЧНЫЙ РЕБЕНОК В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 5 МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЛ ПИТАНИЕ, СОДЕРЖАЩЕЕ ОТ ОБЩЕЙ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ 4% БЕЛКА, 50% ЖИРОВ, 46% УГЛЕВОДОВ, КАЛОРИЙ 105 НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА В ДЕНЬ. У РЕБЕНКА СКОРЕЕ ВСЕГО

- 1) Рахит
- 2) Гипотрофия
- 3) Ожирение
- 4) Спазмофилия
- 5) Квашиоркор *

80. КВАШИОРКОРУ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ СВОЙСТВЕННЫ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) Недостаточное введение белков при достаточной энергетической ценности питания в анамнезе
- 2) В анамнезе – затянувшееся вскармливание грудью *
- 3) Отек
- 4) Гипоальбуминемия
- 5) Резкое снижение реактивности вплоть до летальных исходов при интеркуррентных кишечных инфекциях

81. ОСТРОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

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

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

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

83. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ

- 1) стенозом пищевода на границе средней и нижней трети *

- 2) перфорацией пищевода
- 3) мегаэзофагусом
- 4) язвенно-эрозивным эзофагитом *
- 5) аспирационным синдромом *

84. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) срыгивания в горизонтальном положении *
- 2) кашель во сне *
- 3) рвота молоком с 3 - 4 недель
- 4) симптом "мокрой подушки" *

85. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

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

86. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

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

87. ПРИЧИНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА МОЖЕТ БЫТЬ

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

88. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

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

89. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЭЗОФАГИТА ЯВЛЯЮТСЯ

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

90. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭЗОФАГИТА МОГУТ БЫТЬ

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

Тесты по теме: «Гематология».

91. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ

- 1) глистной инвазии
- 2) нарушения всасывания железа
- 3) хронической кровопотери *
- 4) авитаминоза
- 5) недостаточного поступления железа с пищей

92. ПРИЧИНОЙ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровопотеря
- 2) глистная инвазия
- 3) нарушение секреции внутреннего фактора Кастла *
- 4) недостаточное поступление витамина В12 с пищей

93. ПРИ ДЕФИЦИТЕ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ АНЕМИЯ

- 1) Гипохромная
- 2) Нормохромная
- 3) Гиперхромная *

94. ДИАГНОЗ В-12 ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОЖНО ПОСТАВИТЬ НА ОСНОВАНИИ

- 1) Наличия гиперхромной анемии
- 2) Наличия мегалобластного типа кроветворения *
- 3) Наличия тромбоцитопении и нейтропении в сочетании с анемией

95. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТАМИНОМ В-12

- 1) Всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии
- 2) Ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа от начала лечения
- 3) Ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день от начала лечения *
- 4) Обязательно сочетание с фолиевой кислотой

96. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) Гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки *
- 2) Гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты
- 3) Гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате
- 4) Гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба

97. ЖЕЛЕЗО ВСАСЫВАЕТСЯ

- 1) В желудке
- 2) В тонком кишечнике *
- 3) В толстом кишечнике

98. ГИПОРЕГЕНЕРАТОРНЫЙ ХАРАКТЕР АНЕМИИ УКАЗЫВАЕТ НА

- 1) Наследственный сфероцитоз
- 2) Апластическую анемию *
- 3) Недостаток железа в организме
- 4) Аутоиммунный гемолиз

99. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ ЖЕЛЕЗА В СУТКИ

- 1) 1 мг

- 2) 2 мг *
- 3) 3 мг
- 4) 4 мг

100. У РЕБЕНКА В ГЕМОГРАММЕ ОТМЕЧЕНА НОРМОХРОМНАЯ, ГИПЕРРЕГЕНЕРАТОРНАЯ АНЕМИЯ, СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О

- 1) Железодефицитной анемии
- 2) Сидеробластной анемии
- 3) В-12 дефицитной анемии
- 4) Гемолитической анемии *

101. ЦЕНТРАЛЬНОЕ МЕСТО В ПАТОГЕНЕЗЕ ДВС-СИНДРОМА ЗАНИМАЕТ

- 1) Гипертромбинемия *
- 2) Тромбоцитопения
- 3) Тромбоцитопатия
- 4) Повышение уровня антитромбина III

102. В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ДВС- СИНДРОМА ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ

- 1) активация свертывающей системы крови
- 2) снижение антитромботического потенциала эндотелиоцитов
- 3) тяжелая вторичная эндогенная интоксикация продуктами протеолиза и деструкции тканей
- 4) все ответы верны *

103. ПРИ ДВС СИНДРОМЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) гепарина
- 2) эpsilon-аминокапроновой кислоты *
- 3) переливании свежзамороженной плазмы

104. ПРИЧИНАМИ ДВС-СИНДРОМА ЧАЩЕ БЫВАЮТ

- 1) тромбоцитопенические состояния
- 2) наследственный дефицит факторов свертывания
- 3) шоковые состояния *
- 4) передозировка антикоагулянтов
- 5) тяжелые инфекции *

105. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВС-СИНДРОМА

- 1) антитромбин III *
- 2) свежзамороженная плазма *
- 3) гепарин*
- 4) эpsilon-аминокапроновая кислота
- 5) ингибиторы протеаз *

106. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ДВС-СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) Определение антитромбина III *
- 2) Определение осмотической резистентности эритроцитов
- 3) Прямую пробу Кумбса
- 4) Определение плазминогена *

107. АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) Гепарин *

- 2) Антитромбин III *
- 3) Протеин С *
- 4) Плазминоген

108. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДВС- СИНДРОМА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) гематомный тип кровоточивости
- 2) смешанный тип кровоточивости *
- 3) развитие полиорганной недостаточности *
- 4) развитие изолированной сердечно-легочной недостаточности

109. ПРИ ГЕМОФИЛИИ ВРЕМЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- 1) удлиняется
- 2) не меняется *
- 3) укорачивается

110. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ГЕМОФИЛИИ

- 1) сцепленный с X-хромосомой *
- 2) аутосомно-доминантный
- 3) аутосомно-рецессивный

111. ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКОМ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕЙКОЗНЫХ КЛЕТОК ЯВЛЯЕТСЯ

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

112. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ ОТЛИЧАЮТСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА

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

113. ПАТОГЕНЕЗ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ОБУСЛОВЛЕН

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

114. ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРИМЕНЕНИЕ

- 1) глюкокортикоидов
- 2) полихимиотерапии
- 3) лучевой терапии
- 4) глюкокортикоидов+полихимиотерапии *
- 5) глюкокортикоидов+полихимиотерапии+лучевой терапии

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

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

116. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕОБХОДИМО

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

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

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

118. СУБСТРАТОМ ОПУХОЛИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФАЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) зрелые клетки *
- 2) незрелые клетки

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

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

120. ДЛЯ ВЗРОСЛОГО ТИПА ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА ХАРАКТЕРНО ДУЮЩЕЕ ИЗМЕНЕНИЕ ХРОМОСОМНОГО НАБОРА

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

Тесты по теме: «Кардиология».

121. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ночные боли в ногах (в первую половину ночи), склонность к брадикардии, пониженное потоотделение *
- 2) увеличенное потоотделение
- 3) склонность к тахикардии

122. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПО СИМПАТИКОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) сухость кожных покровов, склонность к тахикардии *
- 2) склонность к брадикардии
- 3) вазо-вагальные (вазо-депрессивные) обмороки
- 4) повышенная сальность кожи

123. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) исследования исходного вегетативного тонуса, ЭКГ, клино-ортостатической пробы, кардиоинтервалографии *
- 2) велоэргометрии

124. ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕДОСТАТКА ВОЗДУХА, «ВЗДОХИ» (ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) ваготонии *
- 2) симпатикотонии

125. УКАЖИТЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ ВАГОТОНИИ

- 1) сухость кожи
- 2) гипергидроз ладоней *
- 3) белый стойкий дермографизм
- 4) тахикардия
- 5) головная боль

126. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК СИМПАТИКОТОНИИ

- 1) артериальная гипертензия
- 2) артериальная гипотензия *
- 3) склонность к снижению температуры
- 4) склонность к ожирению
- 5) склонность к обморокам

127. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК СИМПАТИКОТОНИИ

- 1) головокружение
- 2) повышенное слюноотделение
- 3) сухость кожи и слизистых *
- 4) артериальная гипотензия
- 5) склонность к обморокам
- 6) непереносимость душных помещений

128. УКАЖИТЕ ПРИЗНАК ВАГОТОНИИ

- 1) головная боль
- 2) склонность к обморокам *
- 3) рассеянность, неспособность сосредоточиться
- 4) атонические запоры
- 5) беспокойный сон

129. УКАЖИТЕ, ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРНО СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОВЫШЕНИИ СИСТОЛИЧЕСКОГО

- 1) феохромоцитомы
- 2) тиреотоксикоз *
- 3) первичная гипертоническая болезнь
- 4) системная красная волчанка
- 5) стеноз клапанов аорты

130. ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ (ЖАЛОБЫ НА ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, ВЗДОХИ) ХАРАКТЕРНЫ

- 1) ваготонии *
- 2) для симпатикотонии
- 3) для кардитов

131. СИНУСОВАЯ ТАХИКАРДИЯ НА ЭКГ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) миокардите
- 2) выпотном перикардите
- 3) слипчивом перикардите
- 4) всем перечисленном *
- 5) дистрофии миокарда

132. ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ЧАСТОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ

- 1) назначить постельный режим и противоревматоидную терапию
- 2) ограничить физические нагрузки
- 3) госпитализировать для обследования *
- 4) назначить дома цитохром С, актовегин *
- 5) под наблюдением назначить индерал внутрь

133. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ СРОЧНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рентгенография
- 2) ЭКГ *
- 3) ФКГ
- 4) исследование калия в крови
- 5) ЭхоКГ

134. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту
- 2) частота сердечных сокращений 160-180 ударов в минуту *
- 3) частота сердечных сокращений 140 ударов в минуту
- 4) перебои (выпадения) сердечных сокращений
- 5) дизритмичность сердечных сокращений

135. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ритм 130 ударов в минуту, регулярный, узкий комплекс QRS
- 2) ритм 180 ударов в минуту, регулярный, суправентрикулярный комплекс QRS
- 3) ритм 160 ударов в минуту, регулярный, резко деформированный комплекс QRS *
- 4) ритм 150 ударов в минуту, нерегулярный, узкий комплекс QRS
- 5) ритм 140 ударов в минуту, уширенный комплекс QRS

136. НАЧИНАТЬ ВЫВЕДЕНИЕ РЕБЕНКА 8 ЛЕТ ИЗ ПРИСТУПА НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ АД 90/60 ММ РТ СТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) адреналина внутривенно
- 2) дигоксина внутримышечно
- 3) индерала внутривенно
- 4) неотона внутривенно *
- 5) дизопирамида внутривенно

137. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЧАСТЫХ ПРИСТУПОВ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ РЕБЕНКУ 10 ЛЕТ С СИНДРОМОМ ПРЕДВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО

- 1) анаприлин внутрь

- 2) строфантин
- 3) новокаин внутрь
- 4) кордарон внутрь *
- 5) верапамил внутрь

138. ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (III СТ) НАБЛЮДАЮТСЯ

- 1) дизритмия
- 2) ритм 50-60 уд/мин *
- 3) ритм 90 уд/мин
- 4) дефицит пульса
- 5) ритм 100 уд/мин

139. ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИСТУПЫ

- 1) резкого цианоза
- 2) потери сознания *
- 3) сердцебиения
- 4) одышечно-цианотичные
- 5) жара, гиперемии лица

140. В СЛУЧАЕ ПРИСТУПА МОРГАНЬИ- ЭДАМСА- СТОКСА ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ К СРЕДСТВАМ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) строфантин *
- 2) атропин
- 3) адреналин
- 4) закрытый массаж сердца
- 5) добутамин

141. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

- 1) инфекционно-воспалительный
- 2) тромбоземболический
- 3) клапанных поражений
- 4) интоксикации
- 5) все перечисленное *

142. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТИПИЧНЫ ВСЕ СИНДРОМЫ, КРОМЕ

- 1) тромбоземболический
- 2) поражение миокарда
- 3) иммунные поражения
- 4) суставной *
- 5) дистрофический

143. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) зеленящий стрептококк
- 2) энтерококк
- 3) грамотрицательные микроорганизмы
- 4) микст-инфекция
- 5) грибы
- 6) все перечисленное *

144. СИСТЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) характерно *
- 1) встречается редко
- 2) не характерно

145. КАКОЙ ТИП ЛИХОРАДКИ ТИПИЧЕН ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) возвратная
- 2) волнообразная
- 3) неопределенного типа, с ознобами *

146. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТИПИЧНЫ ВСЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) длительная лихорадка неопределенного типа, с ознобами
- 2) спленомегалия
- 3) систолический шум на верхушке сердца в сочетании с глухостью 1 тона *
- 4) тромбоэмболия *

147. ИСХОДОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полное выздоровление
- 2) ранняя смерть от прогрессирования инфекции
- 3) летальные эмболии
- 4) хроническое рецидивирующее течение
- 5) формирование клапанного порока сердца
- 6) все перечисленное *

148. ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет *

149. ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО (ИНФЕКЦИОННОГО) КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

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

150. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАПАННЫХ ПРОТЕЗОВ, МОГУТ БЫТЬ

- 1) бактерии *
- 2) риккетсии
- 3) грибы

Тесты по теме: «Нефрология».

151. ПРИ ПОЧЕЧНОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ПРОТИВОПОКАЗАН кларитромицин

- 1) лазикс
- 2) оксациллин
- 3) гентамицин *

- 4) «защищенные пенициллины»

152. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ В СТАДИИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) анемией
- 2) олигурией и анурией *
- 3) билирубинемией
- 4) тромбоцитопенией
- 5) протеинемией
- 6) азотемией *
- 7) гиперхолестеринемией

153. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гемолитической анемией *
- 2) уремией *
- 3) тромбоцитозом
- 4) тромбоцитопенией *
- 5) гематурией

154. МАРКЕРЫ ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

- 1) скорость клубочковой фильтрации *
- 2) уровень креатинина *
- 3) уровень мочевины *
- 4) цистатин С *
- 5) диурез *

155. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭТО

- 1) Повышение сывороточного креатинина более чем на 26,5 мкмоль/л в течение 48 часов *
- 2) Повышение сывороточного креатинина более 114 мкмоль/л
- 3) Повышение сывороточного креатинина более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем *
- 4) Диурез менее 0,5 мл/кг/час за 6 часов *

156. ДЛЯ 1 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

- 1) Повышение сывороточного креатинина более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем *
- 2) Повышение сывороточного креатинина более 114 мкмоль/л
- 3) Повышение сывороточного креатинина в 2,0-2,9 раза по сравнению с исходным уровнем
- 4) Повышение сывороточного креатинина более 353,6 мкмоль/л; или более чем в 3 раза по сравнению с исходным уровнем

157. ДЛЯ 2 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

- 1) Повышение сывороточного креатинина более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем
- 2) Повышение сывороточного креатинина более 114 мкмоль/л
- 3) Повышение сывороточного креатинина в 2,0-2,9 раза по сравнению с исходным уровнем *
- 4) Повышение сывороточного креатинина более 353,6 мкмоль/л; или более чем в 3 раза по сравнению с исходным уровнем

158. ДЛЯ 3 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

- 1) Повышение сывороточного креатинина более чем в 1,5 раза по сравнению с исходным уровнем
- 2) Повышение сывороточного креатинина более 114 мкмоль/л
- 3) Повышение сывороточного креатинина в 2,0-2,9 раза по сравнению с исходным уровнем
- 4) Повышение сывороточного креатинина более 353,6 мкмоль/л; или более чем в 3 раза по сравнению с исходным уровнем *

159. ДЛЯ 1 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

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

160. ДЛЯ 2 СТАДИИ ОПП ХАРАКТЕРНО

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

161. У РЕБЕНКА С ГЕМАТУРИЕЙ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НАСЛЕДСТВЕННОГО НЕФРИТА ВАЖНО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ У РОДСТВЕННИКОВ СЛЕДУЮЩИХ СИМПТОМОВ

- 1) тугоухость *
- 2) гематурия *
- 3) патология зрения *
- 4) дисплазия тазобедренных суставов
- 5) развитие хронической почечной недостаточности в раннем возрасте *

162. НАЛИЧИЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) наследственного нефрита *
- 2) тубулопатии *
- 3) гломерулонефрита
- 4) дисметаболической нефропатии *
- 5) кистозной болезни *

163. ПОВЫШЕНИЕ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ В КРОВИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О СЛЕДУЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ ОБМЕНА

- 1) кальция
- 2) щавелевой кислоты
- 3) триптофана
- 4) пуринов
- 5) цистина *

164. ПОВЫШЕНИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ С МОЧОЙ КАКИХ ВЕЩЕСТВ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НЕФРОПАТИЮ

- 1) оксалатов
- 2) уратов
- 3) сахара
- 4) фосфатов
- 5) всех перечисленных *

165. ПРИ ДИСМЕТОБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ДЕТЕЙ КАКИЕ КАМНИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) уратные
- 2) фосфатные
- 3) оксалатные *
- 4) цистиновые
- 5) смешанные

166. АНАМНЕСТИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКИХ НЕФРОПАТИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рецидивирующие боли в животе *
- 2) кожный аллергоз *
- 3) уменьшение мочи в течение суток *
- 4) насыщенный характер мочи с большим осадком *
- 5) периферические отеки

167. ЛАБОРАТОРНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ДИСМЕТОБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) повышение относительной плотности мочи
- 2) щелочная реакция мочи
- 3) микроэритроцитурия
- 4) бактериурия *
- 5) оксалурия

168. ПРИ НАРУШЕНИИ ОБМЕНА ПУРИНОВ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ОБУСЛОВЛЕНО ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ В ПОЧКИ

- 1) оксалатов
- 2) уратов *
- 3) цистина
- 4) триптофана
- 5) метионина

169. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРОКСАЛУРИИ

- 1) капустно-картофельная *
- 2) фруктово-ягодная
- 3) молочная
- 4) бессолевая

170. ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПРИ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ

- 1) ограничивают
- 2) не изменяют
- 3) увеличивают *

171. ПРЕДНИЗОН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

- 1) нефротической форме хронического гломерулонефрита *
- 2) гематурической форме хронического гломерулонефрита

172. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) выраженной протеинурией *
- 2) гипопротеинемией
- 3) гипертензией *
- 4) гиперлипидемией *

- 5) отеками*
- 6) гематурией

173. К ВЕДУЩИМ СИМПТОМАМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) отечного синдрома *
- 2) абдоминального синдрома
- 3) протеинурии более 3 г/л *
- 4) олигурии *
- 5) гиперлипидемии *

174. ДЛЯ СМЕШАННОЙ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) гипотония
- 2) выраженные отеки *
- 3) гипертония *
- 4) незначительные отеки
- 5) гиперлипидемия *
- 6) нормальный уровень холестерина
- 7) гематурия *

175. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- 1) отеки распространенные *
- 2) пастозность век и голеней
- 3) отеки «мягкие» *
- 4) отеки «плотные»

176. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ФИНСКОГО ТИПА ХАРАКТЕРНЫ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

- 1) микрокистоз канальцев *
- 2) мембранно-пролиферативный гломерулонефрит
- 3) склероз клубочков
- 4) минимальные изменения гломерул

177. ДЛЯ ДЕБЮТА НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

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

178. ПОКАЗАТЕЛЕМ АКТИВНОСТИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) отечный синдром
- 2) олигурия
- 3) выраженная протеинурия
- 4) анемия
- 5) диспротеинемия *

179. ВЫРАЖЕННАЯ ФИБРИНОГЕНЕМИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

- 1) нефротическом синдроме *
- 2) цистите

- 3) наследственном нефрите
- 4) тубулоинтерстициальном нефрите
- 5) пиелонефрите

180. ОБ АКТИВНОСТИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА НЕ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) гипоальбуминемия
- 2) диспротеинемия
- 3) гиперлипидемия
- 4) снижение зубца Т на ЭКГ *
- 5) протеинурия

Ключ к тестам							
№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ	№	Ответ
вопроса		вопроса		вопроса		вопроса	
1.	4	51.	3	101.	1	151.	3
2.	2	52.	5	102.	4	152.	2,6
3.	1	53.	2	103.	2	153.	1,2,4
4.	1,4	54.	1	104.	3,5	154.	1,2,3,4,5
5.	1	55.	3,4,5	105.	1,2,3,5	155.	1,3
6.	1	56.	2	106.	1,4	156.	1
7.	1	57.	3	107.	1,2,3	157.	3
8.	1	58.	2	108.	2,3	158.	4
9.	1	59.	2	109.	2	159.	1
10.	1,2,3,4,5	60.	1	110.	1	160.	2
11.	2	61.	1,2,4,5	111.	2	161.	1,2,3,5
12.	2	62.	3,4,5	112.	3	162.	1,2,4,5
13.	1	63.	1,2	113.	1	163.	5
14.	1	64.	4	114.	4	164.	5
15.	1	65.	3	115.	2	165.	3
16.	4	66.	4	116.	2	166.	1,2,3,4
17.	3	67.	2	117.	3	167.	4
18.	1	68.	3,4	118.	1	168.	2
19.	2	69.	4	119.	3	169.	1
20.	2	70.	2,3	120.	3	170.	3
21.	2	71.	1,2,4,5	121.	1	171.	1
22.	2	72.	1,3,4	122.	1	172.	1,3,4,5
23.	1	73.	1,3,4	123.	1	173.	1,3,4,5
24.	1	74.	1,2,4,5	124.	1	174.	2,3,5,7
25.	1	75.	2,4,5	125.	2	175.	1,3
26.	4	76.	1	126.	2	176.	1
27.	3	77.	5	127.	3	177.	3
28.	1	78.	1	128.	2	178.	5
29.	2	79.	5	129.	2	179.	1
30.	2	80.	2	130.	1	180.	4
31.	1	81.	1,2,3	131.	4		
32.	3	82.	2,3,4	132.	3,4		
33.	3	83.	1,4,5	133.	2		
34.	2	84.	1,2,4	134.	2		
35.	1,4	85.	2,3,4	135.	3		
36.	2,3	86.	2	136.	4		
37.	2	87.		137.			
38.	1	88.		138.			

39.	2,3	89.	1,3,5	139.	2
40.	1,2,3	90.	1,3,4,5	140.	1
41.	3	91.	3	141.	5
42.	3,4	92.	3	142.	4
43.	3,5	93.	3	143.	6
44.	1,2,3	94.	2	144.	1
45.	2,4	95.	3	145.	3
46.	2	96.	1	146.	3,4
47.	2	97.	2	147.	6
48.	1,2,5	98.	2	148.	3
49.	3,4,5	99.	2	149.	1,2,3,4
50.	1	100.	4	150.	1

**Ситуационные задачи для студентов шестого курса педиатрического
факультета по дисциплине
«ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ»**

Ситуационная задача №1

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Света К, 25 дней. Девочка от 2-й беременности, 2-х срочных родов на 40 неделе беременности. При рождении масса тела 3800 г, рост 52 см. У матери выявлено эутиреоидный зоб II степени, во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка.</p> <p>В период новорожденности у девочки отмечалась медленная эпителизация пупочной ранки, сосала вяло.</p> <p>Данных о неонатальном скрининге нет. Из родильного дома выписана на 7 сутки.</p> <p>У девочки отмечается склонность к запорам, плохая прибавка в весе, снижение двигательной активности, вялое сосание.</p> <p>При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Волосы редкие, сухие, ногти ломкие. Отмечается иктеричность склер.</p> <p>Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Общий анализ крови : НЬ - 101 г/л, эритроциты – $3,3 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. - 0,9, лейкоциты - $9,0 \cdot 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 26%, лимфоциты - 60%, моноциты - 10%, СОЭ – 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - полная; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, креатинин - 42,0 мкмоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л. калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,4 ммоль/л, билирубин общ. - 47,5 мкмоль/л, прямой билирубин</p>
	22 мкмоль/л.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4	Назначьте лечение. Обоснуйте.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? План диспансерного наблюдения? Обоснуйте Ваш выбор. Каков прогноз?

Ситуационная задача №2

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик, 28 дней. Ребенок от 2-й беременности, 2-х срочных родов на сроке 41 неделя беременности. При рождении масса тела 4000 г, рост 55 см. У матери выявлен эутиреоидный зоб I степени, во время беременности лечение тиреоидными гормонами не получала. Первая беременность окончилась рождением здорового ребенка.</p> <p>В период новорожденности у мальчика отмечалась длительная желтуха (до 21 дня), медленная эпителизация пупочной ранки, сосал вяло. Из родильного дома выписан на 10 сутки. По результатам неонатального скрининга – ТТГ 192 мМе/мл</p> <p>У мальчика отмечается склонность к запорам, плохо прибавляет в весе, снижена двигательная активность, сосет вяло, носовое дыхание затруднено. Предложена экстренная госпитализация.</p> <p>При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, тургор снижен, мышечная гипотония. Рот полуоткрыт, язык увеличен.</p> <p>Большой родничок открыт. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, брадикардия. Живот увеличен в размерах ("лягушачий" в положении лежа на спине), отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p>Общий анализ крови : НЬ - 101 г/л, эритроциты – $3,4 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. - 0,9, лейкоциты - $8,0 \cdot 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 26%, лимфоциты - 60%, моноциты - 10%, СОЭ – 9 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - полная; удельный вес 1015, реакция - кислая; белок - нет, сахар - нет, ацетон - отрицателен.</p> <p>Биохимический анализ крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, креатинин 56 мкмоль/л, натрий - 132,0 ммоль/л. калий - 5 ммоль/л, общий белок - 60,2 г/л, холестерин - 8,5 ммоль/л, билирубин общ. - 7,5 мкмоль/л.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Назначьте лечение. Обоснуйте.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? План диспансерного наблюдения? Обоснуйте Ваш выбор. Каков прогноз?

	Ребенок 2 месяцев. Родители молодые, ребенок от четвертой беременности, четвертом периоде новорожденности от диспепсии, причина которой не установлена. Настояща

	<p>токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине при рождении 3100 г, длина 51 см. С рождения на грудном вскармливании.</p> <p>В возрасте 4 суток появилась желтуха, с 20-дневного возраста - диспептические расстройства зеленоватого цвета, рвоты. Вскармливание грудное. Ребенок начал терять в массе. Желт настоящего времени.</p> <p>Поступил в отделение в тяжелом состоянии с массой тела 3000 г, длиной 52 см. Подкож груди, резко истончен на конечностях, сохраняется на лице. Кожа бледная, с желт собирается в складки. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Appetit от беспокойный. Живот вздут, печень +4 см из-под реберного края, плотной консистенц скудными каловыми массами, зеленого цвета.</p> <p><i>Общий анализ крови:</i> НЬ - 100 г/л. Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,58, Ретик - 0,2%, Лейк - $8,8 \times 10^9/л$, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><i>Посев кала на патогенную флору:</i> отрицательный.</p> <p><i>Общий анализ мочи:</i> количество - 40,0 мл, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 63/л, мочевины - 3,5 ммоль/л, холестерин - 2,2 ммоль/л, калий - 4 ммоль/л, натрий - 14 ммоль/л (норма - до 600), АЛТ - 5,21 мккат/л, АСТ - 2,30 мккат/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л.</p> <p><i>Анализ мочи на галактозу:</i> в моче обнаружено большое количество галактозы.</p>
1.	Предположите наиболее вероятный диагноз
2.	Обоснуйте поставленный диагноз
3.	Составьте план обследования
4.	Составить план лечения
5.	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения

Ситуационная задача №4

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Однородные близнецы находятся в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая (по данным УЗИ монохориальная двойня), протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37-ой неделе гестации, двойней. 1-й период родов 8ч 15 мин, 2-й 30 мин, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950г, длина - 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов; второго - 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно.</p> <p>При осмотре в детской у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно - жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розовые, подкожно- жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы - умеренный синдром угнетения, тоны сердца приглушены.</p> <p>В общем анализе крови по cito: у первого ребенка НЬ 136 г/л, Нт - 42 %, Эр - $5,5 \times 10^{12}/л$, тромб - $270 \times 10^9/л$, лейкоциты - $11,0 \times 10^9/л$, нейтр - 58%, лимф - 26%, мон - 13, эоз - 3, СОЭ - 2 мм/ч.</p> <p>у 2-го ребенка НЬ составил 290 г/л, Нт - 73 %, Эр - $7,0 \times 10^{12}/л$, тромб - $560 \times 10^9/л$, лейкоциты - $15,1 \times 10^9/л$, нейтр - 66%, лимф - 21%, мон-7,6%, эоз - 5%, баз-0,4%, СОЭ - 18 мм/ч.</p> <p>Однородные близнецы находятся в родильном доме.</p> <p>Из анамнеза известно, что матери 21 год. Настоящая беременность первая (по данным УЗИ монохориальная двойня), протекала без патологии. Роды преждевременные, на 37-ой неделе гестации, двойней. 1-й период родов 8 ч 15 мин, 2-й - 30 мин, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела первого близнеца 1950 г, длина - 42 см, оценка по шкале Апгар 7/7 баллов; второго - 2600 г, 46 см и 7/7 баллов соответственно.</p>
--	--

	<p>При осмотре в отделении для новорожденных у первого ребенка обращали на себя внимание бледность кожных покровов, снижение подкожно – жирового слоя, вялость, снижение рефлексов. У второго ребенка кожные покровы ярко розового цвета, подкожно- жировой слой развит достаточно, со стороны нервной системы – умеренный синдром угнетения, тоны сердца приглушены.</p> <p>В общем анализе крови по cito: У первого ребенка Hb 136 г/л, Ht – 42%, эритроциты – $5,5 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты – $270 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $11,0 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы – 58%, лимфоциты – 26%, моноциты – 13%, эозинофилы – 3%, СОЭ – 2 мм/ч. У 2-го ребенка Hb составил 290 г/л, Ht – 73%, эритроциты – $7,0 \cdot 10^{12}/л$, тромбоциты – $560 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $15,1 \cdot 10^9/л$, нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 21%, моноциты - 7,6%, эозинофилы – 5%, базофилы - 0,4%, СОЭ – 18 мм/ч.</p>
1	Предположите наиболее вероятные диагнозы?
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз?
3	Каковы основные дифференциально- диагностические симптомы синдрома фето-фетальной трансфузии у донора и у акцептора?
4	Каковы возможности пренатальной терапии данного синдрома?
5	Какова тактика лечения синдрома полицитемии у акцептора и у донора в первые сутки жизни?

Ситуационная задача №5

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик К., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению районной поликлиники.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, гнойным гайморитом в третьем триместре. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен на первые сутки, сосал активно. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались физиологическая желтуха, токсическая эритема. На 5-й день жизни ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. На 8 –й день при патронаже педиатра выявлены пузыри на туловище, в связи с чем ребенок был госпитализирован.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести, вялый, сосет неохотно, периодически срыгивает, температура тела 37,4- 37,6 С. Кожные покровы бледно – розовые с мраморным рисунком. На коже туловища, бедрах на инфильтрированном основании имеются полиморфные, окруженные венчиком гиперемии вялые пузыри, диаметром до 1 см, с серозно – гнойным содержимым. На месте вскрывшихся элементов – эрозивные поверхности с остатками эпидермиса по краям. Симптом Никольского отрицательный. Пупочная ранка чистая. Зев спокойный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из- под реберного края на 1,5 см по среднеключичной линии. Селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный.</p> <p>Общий анализ крови: Hb– 180 г/л, эритроциты – $5,5 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. – 0,99, тромбоциты – $270 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $17,2 \cdot 10^9/л$, п/я – 13%, с/я – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты – 3%, СОЭ – 9 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, реакция – кислая, удельный вес – 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – небольшое количество в поле зрения, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты не обнаружены.</p>

	Биохимический анализ крови: общий белок – 61,3 г/л, билирубин: непрямо. – 42 мкмоль/л, прямого – 4,6 мкмоль/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, холестерина – 3,6 ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 141 ммоль/л, кальций – 2,3 ммоль/л, фосфор – 1,9 ммоль/л.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный вами диагноз
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какова лечебная тактика?
5	Каков прогноз у данного пациента и дальнейшее ведение у данного больного?

Ситуационная задача №6

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка И. родилась в срок от здоровой женщины. Роды путем экстренного кесарева сечения, сделанного по поводу отслойки нормально расположенной плаценты. Масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале и в палате интенсивной терапии проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии со степенью перенесенной гипоксии.</p> <p>При первичном осмотре неонатолога обращали на себя внимание выраженная бледность кожных покровов и слизистых, приглушенность сердечных тонов, АД 56/38 мм рт.ст. Печень и селезенка не увеличены, со стороны ЦНС - ребенок вялый, мышечная гипотония, рефлексы новорожденного угнетены.</p> <p>В общем анализе крови по cito: уровень Hb составил - 105г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$; ретикулоциты $5\%_{0,ц.п.}$ 0,95, Ht – 30%; лейкоциты – $9 \times 10^9/л$; нейтрофилы – 60%, лимфоциты -26%, эозинофилы – 5%, базофилы – 0%,</p>

	моноциты – 9%.
	Группа крови А(II), резус-фактор Rh+(положительный).
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какова тактика ведения такого пациента?
5	Какие основные осложнения острой постгеморрагической анемии Вы можете назвать?

Ситуационная задача №7

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Доношенный мальчик, правильного телосложения, 1 сутки жизни. Из анамнеза известно, что беременность 1ая, протекала с угрозой прерывания в первой половине, отмечались подъемы АД до 140 мм рт. ст. Роды срочные, самостоятельные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 51 см. оценка по Апгар 8/8 баллов. Закричал сразу. К груди приложен. Кожные покровы чистые, слизистые бледно-розовые. Дыхание пуэрильное, ЧДД 45 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, ЧСС до 150 ударов в 1 мин. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см по среднеключичной линии. Селезенка не увеличена. Стул переходный. В неврологическом статусе – тонус мышц физиологический, рефлексы новорожденного вызываются. Большой родничок не выбухает, 1*1 см. через 6 часов после рождения диагностировано пупочное кровотечение, в связи с чем ребенку в/м введен викасол 1% - 0,4 мл.</p> <p>Проведено обследование:</p> <p>Коагулограмма: тромбиновое время 20 сек, протромбиновое время 30 сек, АЧТВ 75 сек, фибриноген 3 г/л, продукты деградации фибрина 3 мг/мл (норма до 4 мг/мл).</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, билирубин непрямой - 60 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий –4,0ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АсАт – 10 Ед/л. (норма до 30), АлАт – 0,5Ед/л. (норма до 30)</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 190 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,96, тромб $300 \times 10^9/л$, Лейк – $6,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 60% л - 28%, м - 8%, СОЭ –5 мм/час.</p> <p>Время кровотечения 1 минута. Время свертывания: начало –</p>
	4 минуты, конец - 7 минут
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте диагноз
3	Через несколько часов кровотечение из пупочной ранки возобновилось, была наложена повязка с 5% аминокапроновой кислотой, ребенок был переведен в отделение патологии новорожденных. Состояние среднетяжелое, бледность кожных покровов и акроцианоз, тахикардия до 168 ударов минуту, в неврологическом статусе – угнетение. Снижение рефлексов новорожденного и мышечного тонуса. Осмотрен хирургом, наложен шов. В общем анализе крови НЬ - 170 г/л, Эр - $5,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,93, тромб $310 \times 10^9/л$, Лейк – $6,9 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 59% л - 31%, м - 8%, СОЭ –5 мм/час. В коагулограмме: тромбиновое время 30 сек, протромбиновое время 30 сек, АЧТВ 80 сек, фибриноген 3 г/л, продукты деградации фибрина 4 мг/мл. Какова ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

4	Какие обследования необходимы в тяжелых случаях геморрагической болезни новорожденного?
5	Какие тяжелые осложнения возможны в тяжелых случаях геморрагической болезни? Какова тактика?

Ситуационная задача №8

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ
	ОПРОСЫ
	<p>Ребенок А., 3 суток жизни, поступил в стационар. Известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с преэклампсией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая - самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 14 часов. Масса тела при рождении 2450 г, длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди не приложен. Ребенок потерял в массе 40 г. Температура тела при осмотре 37,5°C. Кожа бледная, с мраморным рисунком. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное - чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор "плавающий", крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Менингеальные симптомы отрицательные. Большой родничок 1x1 см, не выбухает. Рефлексы новорожденного угнетены.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 150 г/л, эритроциты - $4,0 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. 0,9, ретикулоциты - 2%, лейкоциты - $26,3 \cdot 10^9/л$, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 6%, палочкоядерные нейтрофилы - 17%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 17%, моноциты - 4%, СОЭ - 30 мм/час, тромбоциты - $120 \cdot 10^9/л$.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ - 120 мг/л (норма до 10), прокальцитонин - 10 нг/мл. (норма до 2)</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: pO_2 - 36,2 мм рт.ст., pCO_2 - 44,6 мм рт.ст., pH - 7,33, BE - -10,2 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, глюкоза - 3,5 ммоль/л, калий - 4,28 ммоль/л, натрий - 132,1 ммоль/л, кальций ионизированный - 0,73 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция кислая, белок - 0,66%, лейкоциты - сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в поле зрения.</p> <p>Посев на микрофлору: из зева - густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса - золотистый стафилококк, из мочи - золотистый стафилококк.</p> <p>Рентгенограмма: на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо.</p> <p>Синусы свободны.</p>
1	Наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснование диагноза
3	Назначьте лечение
4	<p>За время пребывания в стационаре состояние ребенка ухудшилось.</p> <p>Наросла вялость вялость, однократно была рвота "кофейной гущей".</p> <p>При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, холодная на ощупь.</p>

	Отмечаются единичные элементы петехиальной сыпи. Температура тела 36,2°C. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы, ЧД 58 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и прожилками крови.
	Какое состояние осложнило течение болезни?

5 Какая тактика терапии осложнения?

Ситуационная задача №9

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, роды I, преждевременные на 36-37-й неделе гестации. Масса тела при рождении 2750 г, длина тела 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Выписан домой на 4 сутки жизни в удовлетворительном состоянии. На 7-й день жизни у ребенка отмечено повышение температуры тела до субфебрильных цифр, появилось гнойное отделяемое из пупочной ранки, ребенок был направлен в стационар.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 36,1°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС 176 в 1 минуту. Живот немного вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе – снижение рефлексов новорожденных, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, эритроциты - $4,1 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. - 0,9, ретикулоциты - 2%, тромбоциты - $180 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $15,1 \cdot 10^9/л$, миелоциты - 4%, метамиелоциты - 18%, палочкоядерные нейтрофилы - 21%, сегментоядерные нейтрофилы - 20%, лимфоциты - 18%, моноциты - 19%, СОЭ - 6 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ - 24 мг/л (норма до 10), прокальцитонин - 4 нг/мл (норма до 2)</p> <p>Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок - 0,99 г/л, реакция Панди - +++++, цитоз - 5960 в 1 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты - 18%.</p> <p>Посев ликвора: высевается E.coli</p> <p>Посев из пупочной ранки: Staph.epidermidis, E.coli</p>
	Посев крови: стерильна.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте диагноз
3	Тактика лечения данного больного
4	Состояние ребенка ухудшилось, крайне тяжелое. Температура тела 35,5°C, кожные покровы бледные, холодные. Периодически отмечается апноэ.

	Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД 74 в мин. Тоны сердца ясные, приглушенные, ЧСС 108 ударов в минут. АД 58/40 мм рт.ст. В неврологическом статусе – арефлексия, отсутствие реакции на внешние раздражители.
	Какое осложнение развилось у больного?

5 Принципы коррекции данного состояния

Ситуационная задача №10

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка, К. поступила в стационар на 10 день жизни. Из анамнеза известно, ребенок от 2 беременности, 1 родов (1 беременность – мед.аборт). Беременность протекала без особенностей. Роды в срок в головном предлежании, безводный период 13 часов, околоплодные воды светлые, проводилось родоусиление окситоцином, слабый потужной период, вакуум-экстракция плода. Масса при рождении 3250 г, длина тела 52 см. Оценка по Апгар 8/9. Из роддома ребенок был выписан домой. Находился на естественном вскармливании. На 9 сутки родители заметили, что левая ручка прижата к туловищу, обратились к участковому педиатру, были госпитализированы в стационар.</p> <p>Состояние при поступлении тяжелое, температура субфебрильная. Крик громкий, раздражительный. Катаральных явлений нет. Кожа бледно-серая, чистая. Левая рука висит вдоль туловища, активных движений нет, пассивные – болезненные. Ноги поджаты к телу, стопы висят, при осмотре ног – беспокойство менее выражено. Движения в правой руке в полном объеме. Рефлексы новорожденных не вызываются. При аускультации легких дыхание проводится по всем легочным полям, хрипов нет, ЧД 68 в мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 170 в минут, систолический шум. Печень +2,0 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез в норме.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 101 г/л, эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 10%, лейкоциты - $14,9 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 58%, лимфоциты - 17%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/час, тромбоциты – $160 \cdot 10^9/л$.</p> <p>Биохимический анализ крови: СРБ – 12 мг/л,(норма до 10) прокальцитонин – 4 нг/мл (норма до 2)</p> <p>Общий анализ мочи: реакция кислая, лейкоциты – 0-1 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, эпителий единичный в поле зрения.</p> <p>Кровь на стерильность – микрофлора не обнаружена.</p> <p>Посев мочи на микрофлору: смешанная флора, 1 тыс. КОЕ</p> <p>Рентгенограмма левого плеча с захватом плечевого сустава: травматических повреждений, изменений костной ткани нет.</p> <p>КТ тазобедренных суставов и бедренных костей: КТ-признаки острого гематогенного остеомиелита проксимального метафиза правой бедренной кости и крыла левой подвздошной кости.</p>
1	Наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте диагноз.
3	Назначьте план обследования и лечения
4	<p>На 15 сутки жизни состояние ребенка ухудшилось. Ребенок стал беспокоен, крик громкий при осмотре, на осмотр реагирует. Кормится по зонду, питание в полном объеме не усваивает. Кожа бледная, с мраморным рисунком. Дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, ЧД 58 в мин. Тоны ритмичные, выслушивается систолический шум. Живот вздут, печень +2,0 см,</p>

	селезенка по краю реберной дуги. Беспокойство ребенка при пальпации петель кишечника. Стул кашицеобразный, прожилки крови. Мочится свободно.
	Какое состояние развилось у пациента?
5	Ваша тактика лечения

Ситуационная задача №11

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик Ю., 5 дней, от 1-й беременности на фоне лёгкого токсикоза первой половины, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3000 г, рост 51 см. большой родничок 0,5*0,5 см, кефалогематома левой теменной области 3*4 см.</p> <p>При осмотре кожа чистая, гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота.</p> <p>С 4-го дня состояние ребенка ухудшилось: кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, тургор тканей снижен, мышечная гипотония, гипорефлексия. Сосет вяло, появилась рвота фонтаном. Дыхание поверхностное, ослабленное. ЧДД 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС 200 уд. В 1 минуту. АД 58/35 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 2 см по правой среднеключичной линии. Стул жидкий, обычной окраски. Половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, половой член 5 см, мошонка гиперпигментирована.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 190 г/л. эритроциты - $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 43%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 45%, моноциты - 8%, СОЭ 6 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л. холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза - 3,4 ммоль/л, натрий - 130,0 ммоль/л, калий - 6,3 ммоль/л.</p> <p>Уровень 17-ОПГ 105 нмоль/л.</p> <p>Кариотип: 46 XY</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Ваша тактика лечения и её обоснование у пациента с данной патологией?
5	Как осуществляется диспансерное наблюдение детей на первом году жизни с данной патологией?

Ситуационная задача №12

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка К., 6 дней, от 1-й беременности, срочных родов, протекавших без особенностей. При рождении масса 3100 г, рост 52 см.</p> <p>Осмотр: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледно-розовые, гиперпигментация наружных гениталий, белой линии живота, складчатые половые губы и гипертрофия клитора. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 36 уд в 1 мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 150 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 2 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, обычной окраски, 2 раза в сутки.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 170 г/л. эритроциты - $5,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с/я - 48%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 40%, моноциты - 8%, СОЭ 6 мм/час.</p>

	Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, холестерин 4,7 ммоль/л, глюкоза – 3,7 ммоль/л, натрий - 138,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л. Уровень 17-ОПГ по неонатальному скринингу 105 нмоль/л (норма 0,7-2,3 нмоль/л).
	Кариотип: 46 XX.
1	Каков наиболее вероятный диагноз?
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Назначьте и обоснуйте лечения пациента.
5	Прогноз данного заболевания

Ситуационная задача №13

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Ребенок О, 4 дня, находится на стационарном лечении. Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, 1 родов (1 беременность – выкидыш в 12 недель). Беременность протекала на фоне угрозы прерывания в 12 недель, ОРВИ на 20-21 неделе, преэклампсии с 35 недели. Роды самопроизвольные в срок, стремительные. Сразу после рождения ребенок не закричал, бледный, ЧСС 80 в минуту, атония, арефлексия. Оценка по Апгар на 1 мин 2 балла. В родильном зале проводились реанимационные мероприятия. Оценка по шкале Апгар на 5 мин – 5 баллов. Масса при рождении 3060 г, длина 50 см. Из родильного дома переведен в стационар.</p> <p>При поступлении: состояние ребенка тяжелое. На осмотр реакции нет. Реакция на болевое раздражение отсутствует. Отмечаются мышечная гипотония, гипорефлексия. Врожденные рефлексы угнетены. Зрачки средней величины, реакция зрачков на свет сохранена. Вызывается рефлекс Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 2,5x2,5 см, выбухает. В течение суток периодически наблюдаются ритмичные подергивания конечностей, туловища, лица. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Плохо удерживает тепло. Дыхание в легких проводится на всем отделе, ЧД 60 в мин, периодически отмечаются эпизоды апноэ. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 146 в мин. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка не пальпируется.</p> <p>НСГ: диффузное повышение эхогенности мозговой паренхимы, сужение боковых желудочков. Эхографические признаки отека мозга.</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: рО₂ – 72 мм рт.ст., рСО₂ – 28 мм рт.ст., ВЕ – 0,8 ммоль/л, рН – 7,26.</p>
1	Наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте диагноз
3	Составьте план дополнительно обследования
4	Какова будет ваша тактика лечения
5	Какие мероприятия проводятся в родильном зале у детей с асфиксией тяжелой степени?

Ситуационная задача №14

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
--	---

	<p>Ребенок от второй беременности. Роды на 34-й неделе, на фоне хронической гипоксии плода, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи, оценка по шкале Апгар 5/7 баллов, асфиксия средней степени тяжести при рождении, вес 2100 г.</p> <p>На третьи сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез в норме. Рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц симметричен. Синдром возбуждения с гиперестезией. Большой родничок 3x3 см, пульсация повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт, судороги. Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л. эритроциты - $3,1 \cdot 10^{12}/л$, ц.п. - 1,0, лейкоциты - $9,8 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 44%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 47%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты – единичные в поле зрения.</p> <p>Исследование ликвора: цвет - ксантохромный, белок – 1,2 г/л, цитоз повышен за счет лимфоцитов и макрофагов, эритроциты в большом количестве</p>
	Нейросонограмма: расширение межполушарной щели.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Лечение
5	Прогноз

Ситуационная задача №15

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 1 день. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 триместре, преэклампсией. Роды в 42 недели, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином, крупный плод, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4700 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.</p> <p>После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. Ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморные. В области правой теменной кости отмечается образование, упругой консистенции, не переходящее на соседнюю кость, не пульсирует, безболезненное, флюктуирует, 8 см в диаметре. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37 см, большой родничок 2x2 см. Отмечается ограничение движений левой руки. При пеленании малыш кричит. При пальпации над ключицей ощущается хруст. В области левой ключицы небольшая гематома и отек. Черепно-</p>
--	---

	<p>мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, ладонно-ротовой вызывается, хватательный и рефлекс Моро снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, эритроциты - $5,5 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 0,97, лейкоциты - $7,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные нейтрофилы - 56%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, лимфоциты - 36%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>Биохимический анализ кроки: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,05 ммоль/л.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Составьте план лечения
5	Прогноз

Ситуационная задача №16

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Недоношенная девочка родилась с массой тела 1500 г, длиной 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см.</p> <p>Ребенок от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, преэклампсией. Роды на 32-33-й неделе, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи.</p> <p>Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние после рождения тяжелое за счет синдрома дыхательных расстройств, ДН IIА степени, церебральной депрессии.</p> <p>На вторые сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. Самостоятельно не сосет. Кормится через зонд. Часто срыгивает. Кожные покровы бледные, цианотичные. Дыхание самостоятельное, не ритмичное. Переведена на ИВЛ в режиме интермиттирующей вентиляции. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 46 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 152 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см из-под края реберной дуги по средне-ключичной линии. Отмечались однократно тонические судороги. При осмотре поза «опистотонуса», грубые глазодвигательные расстройства, слабый пронзительный крик, рефлексы новорожденного не вызываются. Тонус мышц симметричен. Сухожильные рефлексы оживлены.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 1,0, лейкоциты - $9,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 44%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 47%, моноциты - 6%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: прозрачная, белка и глюкозы нет, лейкоциты - 3-4 в поле зрения.</p> <p>Исследование ликвора: цвет - кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен.</p> <p>Нейросонограмма: мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр</p>

	11 мм, в полости - эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм, в полости - эхопозитивные включения. Расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Лечение
5	Прогноз

Ситуационная задача №17

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик Г., 1 суток жизни находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(11) Резус-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 8 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с угрозой прерывания в первом триместре беременности, отмечались подъемы АД до 135 мм рт ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Уровень антител не определялся. Роды срочные, самостоятельные. 1й период – 6 часов, 2й период 25 минут, безводный промежуток 3 часа. Масса при рождении 3 300, длина 51 см. Оценка по Апгар 7\8 баллов. Сразу после рождения было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени – край выступал на 3 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, селезенка пальпировалась на 1,5 см ниже края реберной дуги слева.</p> <p>При обследовании – у ребенка группа крови А(11), резус положительная. Кровь матери – титр антител по резус-фактору 1:128.</p> <p>В анализе крови из пуповины после рождения билирубин общий – 105 мкмоль\л, прямой билирубин - 0. Нб в периферической крови – 169 г\л.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3	Составьте и обоснуйте план обследования и лечебной тактики в первые часы жизни.
4	Какова лечебная тактика через 4-6 часов жизни?
5	Каковы дальнейшая тактика и показания к ЗПК?

Ситуационная задача №18

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка 1 сутки жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год, она имеет 0(1) группу крови резус – положительную. Первая беременность закончилась родами 2 года назад. Ребенок здоров, имеет 0(1) группу крови. Настоящая беременность вторая, протекала с угрозой прерывания во 2 триместре. Проводилось определение титра групповых антител: титр иммунных антител -0, титр групповых антител – 1:512. Роды срочные. Первый период 6 час, второй- 30 мин. Безводный промежуток -4 часа. Масса при рождении 3 100, длина 50 см. оценка по Апгар 7\8 баллов. Закричала сразу, крик громкий. В возрасте 3 часов появилось желтушное</p>

	<p>прокрашивание кожных покровов, которое нарастало. При осмотре – склеры иктеричные, кожа с зеленоватым оттенком, пупочная ранка – скобка, в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 46 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ясные ЧСС 140 уд в 1 мин.</p> <p>Живот мягкий, печень выступает на 3,5 см из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, селезенка пальпируется на 1см ниже края реберной дуги. Моча имеет интенсивную окраску. Физиологические рефлексы новорожденного снижены.</p> <p>Группа крови ребенка – А(11) резус-положительная.</p> <p>Общий анализ крови: Нв 170 г\л, Эр 4,0 x10¹²\л, ретикулоциты 15 промилле, цп 0,95, лейкоциты 12,5x10⁹\л, п\я 6 %, с49%, э1%, л 36%, м 8%, СОЭ 5 мм\час.</p> <p>Биохимический анализ крови: билирубин общий 160 мкмоль\л, билирубин прямой - 40 мкмоль\л, общий белок 54,6 г\л, альбумин 60%, мочевины 4,2 ммоль\л, холестерин 5,2 Ммоль\л, АСТ 11,0 Ед\л (норма до 30), АЛТ 5,0 Ед\л (норма до 30), гаммаглутамилтрансфераза – 220 Е\л (норма до 200)</p> <p>ЩФ в крови ребенка более 700 Е\л (норма до 644).</p> <p>Титр естественных антител в крови матери – 1: 1024 (норма до 1:512), титр иммунных антител 1:64 (в норме отсутствуют).</p>
1	Каков предположительный диагноз?
2	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план обследования и лечения ребенка в 1е сутки.
4	Какова лечебная тактика через 4-6 часов жизни?
5	Каковы дальнейшая тактика и показания к ЗПК?

Ситуационная задача №19

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка Р., 4 дня, от первой беременности, протекавшей с анемией лёгкой степени тяжести в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3500г, длина тела 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 3-е сутки составила 3350 г. На 4-е сутки появилось нагрубание молочных желез. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела 3370 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. На коже лица, больше на крыльях носа, переносице, имеются беловато-желтоватые мелкие узелки. Молочные железы увеличены с обеих сторон до 2 см, при осмотре выделяется бело-молочная жидкость; пупочная ранка чистая.</p> <p>В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см по правой среднеключичной линии, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул жёлтый, мажевидный.</p> <p>Общий анализ крови: НБ - 186 г/л, эритроциты - 5.6x10¹²/л, ц.п. - 0,94, лейкоциты –6,4x10⁹/л, п/я - 5%, с/я - 52%, эозинофилы -1%, лимфоциты - 35%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час .</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский – единичный в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, соли – нет</p>
--	---

1	Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребёнка?
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Назовите комплекс мероприятий по уходу и режиму, необходимых при выявленных пограничных состояниях.
4	Чем объяснить нагрубание молочных желёз?
5	На 4-ые сутки появилась иктеричность склер и кожных покровов. В биохимическом анализе крови уровень общего билирубина 135 мкмоль/л, прямой билирубин – нет. Какое переходное состояние развилось у ребёнка? С чем оно связано?

	Ситуационная задача №20
	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ
	ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Девочка К., 3 дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность вторая (первая – выкидыш), протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлено повышение содержание сахара в крови, в третьем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды на 38 неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1 период – 13 часов; безводный промежуток – 4 часа; Масса тела при рождении 4300г, длина тела 55см, окружность головы 37.5 см; окружность грудной клетки 36.5см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала после отсасывания слизи. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 40 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия до 170 уд. В 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, доступен пальпации во всех отделах, печень выступает из-под края реберной дуги на 2см по правой среднеключичной линии, селезенка у края реберной дуги. В родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и альбумина, 25% сернокислой магнезии внутримышечно. При осмотре: кожные покровы бледные, иктеричные, мраморные. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка без воспалительных явлений.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 222 г/л. эритроциты – $6,6 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 0,97, лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 56%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 33%, моноциты - 7%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p>Сахар крови: сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, через 3 часа – 2,3ммоль/л; через 6 часов – 2,2ммоль/л; через 9 часов – 2,4 ммоль/л; через 12 часов – 2.3ммоль/л; в возрасте 3 дней - 3,0 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой 2,0 мкмоль/л, мочевины - 5,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, кальций -2,2 ммоль/л.</p>
1	Ваш предварительный диагноз?
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Назначьте лечение. Обоснуйте.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? План диспансерного наблюдения? Обоснуйте Ваш выбор. Каков прогноз?

Ситуационная задача №21	
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ	
	<p>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мальчик Л., 4 сутки жизни. Поступил в стационар из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от матери с декомпенсированным сахарным диабетом 1 типа, тяжелым гестозом второго триместра беременности родился путем операции кесарево сечение (из-за несоответствия размеров плода и таза) в 34 недели беременности. Во время беременности мать нарушала диету, уровень глюкозы в течение всей беременности был нестабильным, минимальный уровень глюкозы крови – 2.1 ммоль/л, максимальный – 18 ммоль/л. Масса тела при рождении 4500г, длина тела 50 см. Окружность головы 37 см, окружность грудной клетки – 35 см. Оценка по шкале Апгар 5/8 баллов. Закричал сразу. В родовом зале при осмотре обращали на себя внимание: вялость ребенка, гиподинамия, угнетение рефлексов, акроцианоз, морфофункциональная незрелость, тремор, короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе; выраженный отечный синдром. Вводился сурфактант эндотрахеально, внутривенно-капельно растворы глюкозы. Кормится через зонд. Состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые иктеричны. Пастозность мягких тканей нижних конечностей. Выраженная мышечная гипотония. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 70 в 1 мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке сердца, ЧСС - 120 в 1 мин. Живот вздут, печень увеличена до +2.5см ниже края реберной дуги по правой среднеключичной линии, селезенка у реберного края.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 236 г/л. эритроциты – $5,9 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 0,87, лейкоциты – $9,4 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с/я - 58%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 30%, моноциты - 5%, СОЭ – 4 мм/час.</p> <p>Сахар крови: сразу после рождения - 1,9 ммоль/л, далее 1,1 – 1,4-3,0 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 60,0 г/л, билирубин: непрямоy - 230 мкмоль/л, прямоy - 10 мкмоль/л, мочевины - 5,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 137 ммоль/л, кальций - 1,0 ммоль/л.</p>
1	Ваш предварительный диагноз?
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Назначьте лечение. Обоснуйте.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? План диспансерного наблюдения? Обоснуйте Ваш выбор. Каков прогноз?

Ситуационная задача №22	
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ	
	<p>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Девочка С. поступила в стационар из родильного дома на 5 сутки. Беременность 3я, протекала на фоне гестоза второго и третьего триместра, фетоплацентарной недостаточности. Роды 2е срочные, самостоятельные. Закричала сразу, крик тихий. Получала в родильном доме интрагастрально глюкозу. При объективном осмотре обращали на себя внимание: вялость, гипотония, умеренный акроцианоз. Масса тела при рождении 3800г. Длина тела – 53см, окружность головы 37см, окружность грудной клетки 35см. Со 2х суток жизни желтушность кожных покровов. Край печени +1 см по</p>

	<p>средне-ключичной линии.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 232 г/л. эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, ц.п. - 0,85, лейкоциты – $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с/я - 53%, эозинофилы - 0%, лимфоциты - 33%, моноциты - 6%, СОЭ – 4 мм/час.</p> <p>Сахар крови: сразу после рождения - 2,6 ммоль/л, на 4 сутки – 3,7 ммоль/л.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 65,0 г/л, билирубин: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 5 мкмоль/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций - 2,6 ммоль/л. , АсАт – 20 Ед/л.</p>
	(норма до 30), АлАт – 25Ед/л. (норма до 30)
1	Ваш предварительный диагноз?
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Назначьте лечение. Обоснуйте.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №23

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко – боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении кусковой пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде.</p> <p>Анамнез жизни: мать ребенка 38 лет, имеет гастрит; отец 40 лет – гастродуоденит; бабушка (по матери) – рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет – пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой (штангой).</p> <p>Осмотр: рост 150 см, масса 40 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен в объеме, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется болезненность и небольшая изжога, также болезненность – в пилородуоденальной области. Печень – у края реберной дуги, безболезненная. Стул – регулярный, оформленный.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ – 136 г/л; Ц.п. – 0,92; Эр – $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк. – $7,2 \times 10^9/л$; п/я – 3%, с/я – 54%, э – 3%; л – 32%, м – 8%; СОЭ – 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачная; рН – 6,0; плотность – 1023; белок – нет, сахар – нет; эпит. клетки – небольшое количество, лейкоциты – 1-2 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 56%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 10%, бета - 12%, гамма - 18%. АЛТ - 30 Ед/л, АСТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма – 142-335 Ед/л), амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба – 3 ед, билирубин общий – 15 мкмоль/л, связан. – 4 мкмоль/л; железо - 16 мкмоль/л.</p> <p>Кал на скрытую кровь: отрицательная реакция.</p> <p>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.</p>
--	---

	<p>УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52x30мм, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.</p> <p>Внутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом: натошак - рН в н/3 пище-вода – 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек. снижение до 3,3-3,0; в теле желудка – 1,7; в антруме – 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг рН в пищеводе – 6-6,5 со снижением уровня рН чаще по 30-40 сек. до 2,8-3,3; в теле – 1,3; в антруме – 3,6.</p>
	Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Составьте план обследования
4	Составить план лечения
5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения

Ситуационная задача №24

	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализирующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15-20 минут после ужина, состоящего из бутерброда с маслом, сыром, копченой колбасы, жареной картошки, кофе. Приступ продолжался около 50 минут. Подобные приступы наблюдались дважды: 7 и 4 месяца назад. Однако обследование и лечение не проводилось. Стул периодически обесцвечен, склонность к запорам. Ребенок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 3-х месяцев. Мать страдала желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец имеет хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) - калькулезный холецистит.</p> <p>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. Перкуторно: край печени +2 см из-под реберья, мягко-эластичной консистенции. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л., эритроциты - $4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,95; лейкоциты - $10 \times 10^9/л$; п/я - 7%, с/я - 62%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 24%, моноциты - 5%, СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачность полная; рН - 6,5; плотность - 1025; белок - нет; сахар - нет; лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа₁ - 3%, альфа₂ - 12%, бета - 12%, гамма - 18%; АЛТ - 50 Ед/л (норма до 40), АСТ - 60 Ед/л (норма до 40), ЩФ - 860 Ед/л (норма до 720), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба – 4 Ед (норма до 4), общий билирубин -21,8 мкмоль/л (норма до 20,5 мкмоль/л).</p>
--	---

	УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы с фиксированным перегибом в области шейки, стенки до 4 мм (норма 2 мм), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 8-10 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа - гетерогенная эхогенность; головка - 19 мм (норма 18 мм), тело - 16 мм (норма 15 мм), хвост - 20 мм (норма 18 мм)
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Составьте и обоснуйте план обследования.
4	Составить и обосновать план лечения.
5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения больных с ЖКБ

Ситуационная задача №25

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 9 лет. В течение 1,5 лет у ребенка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, "праздничным" столом. Последний приступ был в течение 2 дней перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжижен и обильный.</p> <p>Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 8 месяцев. Аллергоанамнез не отягощен. Прививки – по возрасту. У матери 34 лет – гастрит, у бабушки (по матери) – холецистопанкреатит, сахарный диабет.</p> <p>Осмотр: рост 136 см, масса 26 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС - 92 в минуту, АД - 95/60 мм.рт.ст., дыхание переходное, без хрипов. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Печень – у края реберной дуги симптомы желчного пузыря – слабо положительные.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ – 124 г/л, ЦП – 0,88, Эр – $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк. – $6,6 \times 10^9/л$; п/я – 4%, с/я – 51%, э – 3%, л – 36%, м – 6%, СОЭ – 12 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная; рН – 6,0; плотность – 1021; белок – нет; сахар – нет; Л – 2-3 в п/з; Эр – нет. Диастаза мочи: 128 ед. (норма 32-64).</p> <p>Копрограмма: кал полужидкой консистенции, светло-коричневого цвета, наличие мышечных волокон непереваренных в умеренном количестве, нейтральный жир – в умеренном количестве, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – немного, слизь – немного.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%, глобулины: альфа1 - 5%, альфа2 - 14%, бета - 13%, гамма - 16%; ЩФ – 240 Ед/л (норма 142-335 Ед/л), амилаза - 140 Ед/л (норма 10-120), СРБ (+), общ. билирубин – 16 мкмоль/л, связанный – 3 мкмоль/л,</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь - 58x35 мм (норма не более 50x30), перегиб в области шейки; стенки не утолщены, содержимое его гомогенное. Поджелудочная железа: головка - 22 мм (норма 16), тело - 18 мм (норма 14), хвост - 26 мм (норма 18), несколько уплотнена капсула поджелудочной железы, имеются</p>

	гиперэхогенные включения.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Составьте план обследования
4	Составить план лечения хронического панкреатита
5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача №26

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 2 лет. В течение 6 месяцев у ребенка разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 нед. примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура тела. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагов и пробиотиков – без стойкого эффекта. Ребенок доношенный, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года – атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока. Мать (27 л), отец (32 г) - здоровы. Бабушка (по матери): гастрит, колит, лактазная недостаточность.</p> <p>Осмотр: рост - 85 см, масса - 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце - ЧСС 106 в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в Vt. Боткина, не связанный с тоном, экстра-кардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки; петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5 +2 см из-под края реберной дуги; плотновата, симптомы Мерфи, Кера - положительные.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ 86 г/л; Ц.п. 0,8; Эр $3,3 \times 10^{12}/л$; ретикулоциты 18‰; Лейк $12,0 \times 10^9/л$; п/я 7%, с/я 43%, э 5%; л 36%, м 9%, СОЭ 25 мм/час; тромбоциты $330 \times 10^7/л$.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН 5,5; плотность 1018; белок, сахар – нет; Л - 2-3 в п/з, Эр - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: альфа₁ - 6%, альфа₂ - 14%, бета - 13%, гамма - 14%, АЛТ - 40 Ед/л, АСТ - 36 Ед/л, ЩФ - 362 Ед/л (норма 142-335 Ед/л), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин – 13 мкмоль/л, железо – 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л (норма – 40,6-62,5 мкмоль/л), СРБ (++).</p> <p>Копрограмма: кал – полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жиры - нет, жирные кислоты - немного, крахмал внеклеточный - много, Л – 12-15-30 в п/з. Эр – 30-40-50 в п/з, слизь - много. Резко положительная реакция Грегерсона.</p> <p>Колонофиброскопия: осмотрены прямая, ободочная и 20 см подвздошной кишки. Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая. Слизистая ободочной кишки – гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, поверхностные, неправильной формы язвы, покрытые фибрином на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая сигмовидной и прямой кишки – гиперемирована, зерниста, выражена контактная кровоточивость. Отмечается псевдополипоз имеющий распространённый характер. Проведена</p>

	биопсия. Гистология фрагментов слизистой ободочной кишки: слизистая оболочка истончена, интенсивная воспалительная лимфо-плазмочитарная и эозинофильная инфильтрация собственной пластинки, уменьшение бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Составьте план обследования
4	Составить план лечения НЯК
5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения

Ситуационная задача №27

	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
	<p>Мальчик 12 лет, болен около 9 месяцев, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. У отца ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у матери - гастрит, у бабушки по линии отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в авторском классе, занимается 3 раза в неделю футболом. По характеру интраверт. Осмотр: рост 155 см, масса 38 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. Печень не увеличена. По другим органам без патологии.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,94, эритроциты - $4,15 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $7,4 \times 10^9/л$; п/я - 3%, с/я - 52%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 35%, моноциты - 8%, СОЭ - 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; реакция - кислая; плотность - 1015; белок - нет; сахар - нет; эпителиальные клетки - единичные в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 74 г/л, АЛТ - 32 Ед/л (норма до 30), АСТ - 51 Ед/л (норма до 30), билирубин общ. - 7.8 мкмоль/л, билирубин прям. - 1.64 мкмоль/л, глюкоза - 4.72 ммоль/л, ЩФ - 437 Ед/л (норма до 720), амилаза - 95 Ед/л (норма до 100).</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке - язвенный дефект 0,9x0,5 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: Печень визуализация удовлетворительная, расположение обычное, капсула не утолщена, размеры не увеличены, контуры ровные, четкие, эхопоглощение нормальное, эхогенность средняя, эхоструктура однородная, сосудистый рисунок не изменен, воротная вена не расширена, печеночные вены не изменены, внутрпеченочные желчные протоки не расширены, желчные ходы не расширены, объемные образования не обнаружены.</p> <p>Желчный пузырь визуализация удовлетворительная, расположение типичное,</p>

	<p>форма обычная, размеры в пределах возрастных параметров, контуры ровные, четкие, стенка не изменена, эхогенность желчи обычная, объемные образования не обнаружены, общий желчный проток не расширен. <i>Поджелудочная железа</i> визуализация удовлетворительная, размеры в пределах возрастных параметров, контуры ровные, четкие, эхопоглощение нормальное, эхогенность обычная, эхоструктура однородная, вирсунгов проток не дилатирован, объемные образования не обнаружены.</p> <p>Дыхательный уреазный тест: положительный.</p>
	Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).
1	Предположите наиболее вероятный диагноз
2	Обоснуйте поставленный диагноз
3	Составьте и обоснуйте план обследования.
4	Составить и обосновать план лечения
5	Прогноз и особенности диспансерного наблюдения больных с ЯБ

Ситуационная задача №28	
	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВО</p> <p>Больная В., 5 лет.</p> <p>В анамнезе за 3 дня до данного заболевания отмечались боли в ухе, получала амбципролет в ухо. Через 3 дня отметили появление сыпи на коже и слизистых, а также путей. В амбулаторном анализе крови тромбоциты $12 \cdot 10^9/\text{л}$.</p> <p>При поступлении в стационар на коже геморрагическая сыпь в виде петехий и экхим мелкие. В легких дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца отчетливые 0/90 мм рт ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Физиологическ половые органы сформированы по женскому типу, отмечается сращение малых кровянистые выделения.</p> <p>Анализ крови общий: Нв 128г/л, тромбоциты $8 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $8 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я 5%, с/ 49%, моноциты 6%, СОЭ 10 мм/ч.</p> <p>Биохимия крови: АЛТ 37 Ед/л (норма до 30), АСТ 40 Ед/л (норма до 30), амилаза 12 мкмоль/л, мочевины 4,6 ммоль/л, креатинин 50 мкмоль/л, гаптоглобин 13 ммоль/л.</p> <p>Протеинограмма: общий белок 77 г/л, альбумины 51%, глобулины: α 3,5%, α 12,4%</p> <p>Миелограмма: миелокарициты 45 Г/л, бласты 2,6%, лимфоциты 19%, соотношение красный ростки представлены удовлетворительно, созревание не нарушено. Мегакакр обворе мазка, с отшнуровкой пластинок не встретились.</p> <p>Иммуноглобулины- IgG 26 г/л, IgA 1,7 г/л, IgM 2,1 г/л, ЦИК 21 ед/мл. Ревматоидны 1/8.</p> <p>Антитела к неденатурированной ДНК класса IgG не обнаружены.</p> <p>Антитела: к хламидиям Chlamidia psittaci, pneumoniae IgG и IgM, trachomatis отрицательные.</p> <p>LE- клетки не обнаружены.</p> <p>В общих анализах мочи – норма.</p> <p>Посев мочи: роста нет</p> <p>УЗИ брюшной полости: без патологии.</p> <p>Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.</p> <p>Осмотр гинеколога: хронический атропический вульвовагинит, частичные синехии в стадия.</p> <p>Перед выпиской общее самочувствие не нарушено, по органам без динамики.</p> <p>Анализ крови общий: Нв 131 г/л, тромбоциты $208 \cdot 10^9/\text{л}$, лейкоциты $7,9 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты 33%, моноциты 16%, СОЭ 21 мм/ч.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какие патогенетические препараты показаны пациентке. Обоснуйте свой выбор.
5	Каков прогноз заболевания и принципы диспансеризации? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №29

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>Больной У., 2 года.</p> <p>Анамнез заболевания: родители впервые обратили внимание на желтушность кожи и отца и бабушки по отцовской линии – желчнокаменная болезнь, манифестировавшая при поступлении жалобы на упорное сохранение желтушности, бледности. Объективная бледность, иктеричность. Лимфоузлы незначительные мелкие. В легких тоны сердца отчетливые, ритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 90/60 мм рт ст. Печень достаточная. Стул оформленный, интенсивно окрашен.</p> <p>Анализ крови: Нв 80 г/л, ретикулоциты 75 %, тромбоциты $355 \cdot 10^9$/л, лейкоциты $8,2 \cdot 10^9$/л, лимфоциты 28%, моноциты 1 %, СОЭ 10 мм/ч, в мазке микроциты 10-12%.</p> <p>Группа крови А (II) Rh положительная.</p> <p>Биохимия крови: АЛТ 30 Ед/л (норма до 30), АСТ 40 Ед/л (норма до 30), ЛДГ 9,9 мк (7,2 Ед/л), щелочная фосфатаза 4,7 мккат/л (282 Ед/л), билирубин 97 мкмоль/л, пр-белок 71 г/л, альбумины 62%, глобулины: α 3,8%, α_2 10%, β 11%, γ 12,7%; мочевины 2,8 ммоль/л, гаптоглобин 20 ммоль/л.</p> <p>Свободный гемоглобин 0,003 г/л (норма).</p> <p>Антитела к ВИЧ, HCV, HbsAg, анти-Hbs, анти-Hbcog суммарные - все отрицательные. Антиэритроцитарные антитела не обнаружены.</p> <p>Общий анализ мочи в динамике без патологии.</p> <p>УЗИ брюшной полости: селезенка 86x32 мм, печень, желчный пузырь, поджелудочная железа: без патологии.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: патологии не выявлено.</p> <p>Осмотр окулиста: патологии на глазном дне не обнаружено.</p> <p>Перед выпиской общее самочувствие не нарушено, желтушность значительно меньше, держится умеренная бледность, по органам без патологии.</p> <p>Общий билирубин при выписке 39 мкмоль/л.</p>	
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какие препараты для коррекции анемии показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.
5	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №30

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>К участковому педиатру обратилась девочка А., 8 месяцев с жалобами на бледность, в анамнезе выяснено, что девочка родилась от пятой беременности, вторых срочных родов. Настоящая беременность протекала с угрозой выкидыша, токсикозом I и II три перенесла пневмонию (23 неделя), анемию (34 неделя). Первые три беременности прерыванием, четвертая - срочными родами.</p> <p>Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании девочку переведена на искусственное (в связи с гипогалактией у матери). Мать воспитана в семье. Фруктовые соки и пюре введены в 6 месяцев, давались нерегулярно более 1 часа в день. В возрасте 2-х месяцев девочка перенесла пневмонию и кишечную инфекцию в течение 2-х недель. В 4 месяца перенесла ОРВИ. Со слов мамы, в н</p>	

	<p>основном кефир и манную кашу.</p> <p>При осмотре состояние тяжелое, вялость, адинамия, плаксивость. Аппетит резко снижен "мраморным" рисунком. Снижена эластичность кожи. Ушные раковины имеют сухие. Волосы тонкие и редкие. Язык влажный, обложен белым налетом, на кончике сосочков. Тургор тканей и тонус мышц снижены. Масса тела - 7300 г, длина 62 см</p> <p>Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС - 150/мин, увеличен в объеме, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край селезенки не увеличен. Стул кашицеобразный.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 69 г/л, эритроциты $2,89 \times 10^{12}$/л, MCV-70 fL, MCH 24 пг, гипохромия эритроцитов, ретикулоциты - 10 %.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте.
5	Каков план дальнейшего наблюдения больного? Обоснуйте.

	Ситуационная задача №31
	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Больной О., 5 лет</p> <p>Обратился в приемное отделение в связи с травмой коленного сустава. Жалобы на боль в правом коленном суставе, которые появились через 2 часа после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что с возраста 1 года у мальчика после ушибов появляются опухоли в возрасте 3 и 4 лет после ушибов возникала опухоль вокруг голеностопного и ограничение движения в них. Все вышеперечисленные травмы требовали госпитальной терапии.</p> <p>При поступлении состояние ребенка тяжелое. Жалуется на боль в коленном суставе, кожа бледная, на нижних конечностях, на лбу крупные гематомы. Правый коленный горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. В области левого локтя подвижности, небольшое увеличение его объема как следствие травмы, перенесенной травмы.</p> <p>Общий анализ крови: НГ - 120 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$/л, ретикулоциты - 1%, тромбоциты - $3,8 \times 10^{11}$/л, п/я - 3%, с/я - 63%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 22%, моноциты - 10%</p> <p>Коггулограмма: АЧТВ 100 сек, фибриноген 3,8 г/л, протромбиновый индекс 100%, растворимые комплексы фибрин-мономера 8 мг%, уровень фактора VIII 2%, IX - 75%</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Какие патогенетические методы терапии показаны пациенту. Обоснуйте свой ответ.
5	Назовите принципы диспансеризации?

	Ситуационная задача №32
	<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</p> <p>Больная А., 12 лет</p> <p>Поступила в отделение с жалобами на носовое кровотечение.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть с повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал быстро утомляться.</p> <p>При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожа бледная. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых оболочках петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых</p>

	<p>Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, не пальпируются. Моча обычной окраски.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 72 г/л, эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 0,2%, тромбоциты - $3,3 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с/я - 4%, лимфоциты - 95%, СОЭ - 35 мм/час.</p> <p>Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки - 1%, эритроидный росток - 8%, мегакарициты - не найдены.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - желтый, удельный вес - 1018, белок - следы, эпителий п/з, эритроциты - 25-30 в п/з, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.</p>
	1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
	2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
	3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
	4 Какие патогенетические препараты показаны пациентке. Обоснуйте свой выбор.
	5 Каков прогноз заболевания и принципы диспансеризации? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №33	
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Больной Р., 1 год 3 месяца, поступил в отделение больницы с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, тахикардию, акроцианоз.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Рос и развивался соответственно возрасту. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней в виде насморка и кашля, повышения температуры тела до субфебрильных цифр.</p> <p>Через две недели у него появилась вялость, слабость, которые стали быстро нарастать в течение суток. После осмотра участковым врачом ребенок в тяжелом состоянии был госпитализирован в стационар.</p> <p>При поступлении в больницу состояние ребенка расценено как тяжелое. Выражены вялость, адинамия. Кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы, ЧД до 40 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от левой срединной линии. Тоны</p>
	- - -
4	
5	

Ситуационная задача №34	
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем, ребенок был госпитализирован в стационар.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> девочка родилась от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии развивалась соответственно возрасту. В возрасте 1 месяца был выслушан систолический шум с максимумом в III—IV межреберье слева от грудины. При проведении эхокардиографии диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально.</p> <p><u>При поступлении:</u> состояние больной тяжелое, очень бледная, пастозность лица, вялая, отмечается одышка в покое до 30 в минуту. В легких влажные хрипы в нижних отделах. 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. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации выслушивается диастолический шум вдоль левого края грудины с максимумом во II-м межреберье слева от грудины. Также выслушивается систолический шум с максимумом в III-IV межреберье слева от грудины. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в минуту, АД - 115/40 мм.рт.ст., Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. При пальпации печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.</p> <p><u>Общий анализ крови:</u> гемоглобин - 93 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $13,0 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с/я - 50%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 37%, моноциты - 3%, СОЭ - 40 мм/час.</p> <p><u>Общий анализ мочи:</u> реакция щелочная, удельный вес - 1018, белок, сахар – отрицательный, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><u>ЭКГ:</u> синусовая тахикардия, горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки систолической перегрузки левого желудочка.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4	Представьте тактику ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью.
5	Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача №35	
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
	<p>Девочка И., 10 лет, поступила в отделение на обследование.</p> <p>Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад перенесла скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получала антибактериальную терапию. Через</p>

месяц была выписана из стационара, разрешено посещать школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, девочка стала неусидчивой, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании одежды и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, проведен общий анализ крови, который был в пределах возрастной нормы. Поставлен диагноз: ОРВИ, астенический синдром. Получала свечи виферон per rectum 7 дней, без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: девочка перестала самостоятельно одеваться, иногда требовалась помощь при приеме пищи, сохранялась плаксивость и раздражительность. Присоединились боли в коленных, голеностопных суставах по утрам. Ребенка госпитализировали в стационар.

При поступлении состояние тяжелое. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. Девочка раздражительна, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония. При осмотре суставов обращает на себя внимание припухлость коленных, голеностопных суставов, теплых на ощупь, ограничение пассивных и активных движений в них. Кожные покровы бледно-розовые, на боковой поверхности груди, шее, верхних конечностях высыпания розового цвета кольцевидной формы с неровными контурами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по II ребру, левая — на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается грубый систолический шум на верхушке. ЧСС – 86 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Общий анализ крови: гемоглобин — 120 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/\text{л}$: п/я — 5%, с/я — 54%, эозинофилы — 2%, лимфоциты — 37%, моноциты — 2%, СОЭ — 17 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, удельный вес — 1018, белок, сахар – отрицательные, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимия крови: общий белок – 84 г/л, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 5,0 ммоль/л, глюкоза 4,8 - ммоль/л, АсАТ - 0,9 мккат/л, АлАТ - 1,0 мккат/л, СРБ - 10 г/л, АСЛО - 1:260.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Какую группу препаратов необходимо назначить до постановки окончательного диагноза данному пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Тактика ведения данного пациента. Обоснуйте ее.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная Р., 2-х лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита в течение 1 месяца. Из анамнеза заболевания известно, что месяц назад перенесла ОРВИ. Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней в виде насморка, кашля, першение в горле, температура тела повышалась до 37,2-37,5°C. После этого девочка стала вялой, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Затем стала уставать при ходьбе. Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: гемоглобин - 100 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я - 43%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 50%, СОЭ - 11 мм/час. Накануне поступления состояние резко ухудшилось: появилось выраженное беспокойство, отмечалась повторная рвота.

Ситуационная
задача №36

Ситуационная
задача №37

Из анамнеза жизни известно, что девочка от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивалась соответственно возрасту.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, набухание яремных вен. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах выслушиваются влажные хрипы, ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС - 120 ударов в минуту. При пальпации печень + 4 см из под края реберной дуги, селезенка +1 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,4 \times 10^9$ /л, п/я -5%, с/я - 40%, эозинофилы - 1%, базофилы - 1%, моноциты - 3%, лимфоциты - 50%, СОЭ - 16 мм/час.

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

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Представьте тактику ведения пациентов с острой сердечной недостаточностью

Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Девочка Г., 10 лет, поступила в стационар с жалобами на боли в межфаланговых, лучезапястных суставах температуры тела к вечеру до 37,5°C, сыпь на коже, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: летом отдыхая в Крыму, девочка переболела ОРВИ с высокой лихорадкой, после чего с температурой тела сохранялась на протяжении 3-х месяцев. В последние 2 месяца стали беспокоить боли в с

поступлением в стационар появилась сыпь на коже, мигрирующего характера, локализованная на туловище и лице. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался соответственно возрасту, б в год ОРВИ, протекавшими не тяжело. В 7 лет оперирована по поводу острого аппендицита.

При поступлении: состояние средней тяжести. Больная астенического телосложения. Кожные покровы бледные пятнисто-папулезная сыпь, бледно-розового цвета, не зудящая. В зеве спокойно, на внутренней поверхности с визуализируются язвочки. Также отмечают бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы преимущественно на щеках и переносице. Мама отмечает, что сыпь на лице появилась 3 недели назад. Имею суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов.

П задние шейные лимфоузлы умеренно увеличены, безболезненные. В легких перкуторный звук легочный, а в нижних отделах ЧД 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости сердца в экстрасистолическом ритме шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено со слов девочки.

Общий анализ крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 90×10^9 /л, лейкоциты - $2,0 \times 10^9$ /л, 6%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 85%, моноциты - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция мочи – кислая, удельный вес - 1012, белок – 0,33%, лейкоциты - 8-10 в поле зрения
Д-25 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 84 г/л, креатинин 60 мкмоль/л, мочевины 6,8 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л (норма до 40), АЛТ 30 Ед./л (норма до 40), СРБ 15 г/л (норма до 10).

Проба Зимницкого: удельный вес 1006–1008-1004-1008-1004-1008, дневной диурез – 560 мл, ночной диурез – 1000 мл
Клиренс по эндогенному креатинину 80 мл/минуту.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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 сроке рождения 3600 г, длина 53 см. Грудное вскармливание до 2 мес. До 1 года страдал атопическим дерматитом, перенес краснуху, вирусный гепатит В. Медицинский отвод от прививок.

Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдение повышения температуры тела до 38,8°C. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагноз – двусторонний смешанный ПМР IV-V ст., мегауретер. По поводу этого проведена антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. Летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи - нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови - периодическое повышение уровня мочевины и креатинина.

При осмотре: Рост 136 см, вес 32 кг. Кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, без симптомов Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: Hb - 95 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с - 71%, эозинофилы - 16%, моноциты - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,3г/л, лейкоциты - сплошь все поле зрения, эритроциты - единичные в препарате мочи.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевины - 15,8 ммоль/л, креатинина - 60 мкмоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л. СКФ 24 мл/мин.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка - 82x40 мм, паренхима - 10 мм. Левая почка - 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно повышена больше справа.

Проба по Зимницкому: дневной диурез - 350,0, ночной диурез - 1600,0; колебания относительной плотности мочи.

1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4 Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в рамках комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5 Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.

Назначьте лечение данному пациенту. Обоснуйте свой выбор.

При отсутствии эффекта от проводимой терапии, при формировании резистентности к глюкокортикостероидам и цитостатикам какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №38

Ситуационная задача №39

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Ребенок 3 месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Девочка 5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатии в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании. Перенесла краснуху, гепатит А. ОРВИ - редко.

Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной температуры. На слух появилась резкая боль в поясничной области, озноб, температура тела 39°C, двукратная рвота, желтушность темного цвета.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, в сознании, вялая. Кожные покровы бледные с желтушной обобщенностью. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 100 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +4 см из-под края реберной дуги пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Стул жидкий, с прожилками крови. На следующий день - анурия.

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоциты - 8%, тромбоциты - $70,0 \times 10^9$ /л, Лейк - 12%, с - 70%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 20,0 мл, цвет - темно-коричневый, относительная плотность - 1008, лейкоциты - 4-6 в п/з, эритроциты - до 100 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, СРБ - ++, общий билирубин - 40 мкмоль/л (прямой - не прямой - 36,5 мкмоль/л), холестерин - 4,7 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л, мочевины - 38,6 ммоль/л, креатинина - 6,19 ммоль/л, калий - 6,19 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л.

Клиренс по эндогенному креатинину: среднесуточная фильтрация 18 мл/мин.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается повышение эхогенности паренхимы, ЧЛС не изменена.

1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4 Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в рамках комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

5 Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: по материнской линии отмечалась ранняя детская смертность.

Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 6500 г. Состояние тяжелое. Признаки дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.

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

Общий анализ крови: Hb - 100 г/л, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,0 \times 10^9$ /л, п/я - 3%, сегментоядерные - 4%, лимфоциты - 52%, моноциты - 10%, СОЭ - 20 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины - 38%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 18%, гамма-глобулины - 24%, креатинин 35 мкмоль/л, мочевины - 3,0 ммоль/л, холестерин - 8 ммоль/л.

УЗИ почек - нефромегалия, уплотнение коркового слоя почек.

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

1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4 Какие препараты для коррекции отечного синдрома показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.

5 Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача №41

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Ребенок 2,5 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и нефропатией во вто Роды в срок. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал удовлетворител мес, стоит с 11 мес, ходит с 1 года 3 мес. Семейный анамнез: родители мальчика здоровы, матери 23 год первый ребенок здоров. Первые признаки заболевания наблюдались с возраста 1 года в виде кост деформаций. Имеющиеся изменения оценивались как проявления витамин D-дефицитного рахита. Реб лечение витамином D2 в дозе 5000 МЕ в течении 3 месяцев. Однако улучшения не было. В возрасте 1 г обратили внимание на отставание ребенка в росте.

В стационар ребенок поступил в 2 года 6 месяцев. При поступлении обращало на себя внимание отставание развитию, варусные деформации нижних конечностей. Рост 85 см, вес 12 кг.

Общий анализ крови: Hb - 106 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, MCV 72 fl, MCH 24 пг, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/л$, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 3%, лимфоциты - 56%, моноциты - 8%, СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1012, реакция - кислая, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62 г/л, ЩФ - 1100 ед/л, кальций общий - 2,57 ммоль/л, ионизированный - 1,4 ммоль/л, фосфор - 0,62 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок - 180 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 22 мг/сут, кальций - 3,8 мг/кг/сут (норма - до 20), фосфор - 81 мг/кг/сут (норма - до 20), аммиак - 12,0 ммоль/сут (норма - 30-65).

1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4 Какие препараты для лечения основного заболевания показаны пациенту. Обоснуйте свой выбор.

5 Какие препараты для коррекции анемии наиболее целесообразны? Обоснуйте Ваш выбор.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

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

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

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние ср Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и сто гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Перкуторно над легкими звук ясн При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД 24 в минуту. Границы сер возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, отчетливые, чсс 90 ударов минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Ж формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной д пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 320 мл, моча красн 24 кг, рост 124 см.

Общий анализ крови: Гемоглобин - 125 г/л, эритроциты - $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $12,3 \times 10^9$ /л: п/я - 5 эозинофилы - 5%, лимфоциты - 24%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/зрения, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 1-2 в п/зрения, цилиндры - зернистые 3-4 в п/зрения, белок - 0,99г/л

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа -глобулины - 3%, альфа -глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевины - 7,2 ммоль/л, креатинин - 87 мкмоль/л, калий - натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета-липопротеиды - 92,0 ед. (норма до 44 ед.).

Биохимический анализ мочи: белок - 600 мг/сутки (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сутки (норма - 19 - 63 ммоль/сутки (норма - 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сутки (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сутки (норма - до 17). титруемая кислотность - 40 ммоль/сутки (норма - 48-62), оксалаты - 14 мг/сутки (норма - до 17).

УЗИ ОБП и почек: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

1 Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3 Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4 Объясните происхождение артериальной гипертензии у пациента

5 Составьте план лечения данному пациенту, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача №42

Ситуационная задача №43

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВО

Мальчик 10 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание. Мальчик первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В п госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно от поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29 кг, рост 140 см. Кожа бледная, носогубного треугольника. Выражены симптомы "часовых стекол" и "барабанных палочек". АД 90/60 мм.рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы.

легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, с уменьшением интенсивности. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5-6 см по средне-краниальной линии пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,85, Лейк. - $17,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины - 46%, альфа₁-глобулины - 10,5%, гамма-глобулины - 19,5%, СРБ - 35 мг/л, ЩФ - 850 Ед/л, АЛТ - 120 Ед/л, АСТ - 150 Ед/л, билирубин - 2,5 мг/дл, креатинин - 0,8 мг/дл, мочевина - 10 мг/дл.

<p>мккат\л . Потовый тест \ NANODUCT \ хлориды пота 86 ммоль\л \норма 0-60 ммоль\л\</p> <p>Пилокарпиновая проба: натрий-132ммоль/л, хлор-120 ммоль/л. Копрограмма: большое количество нейтрального жира.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация брон преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней д Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: Печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, нео периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани. Поджелудочная ж диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы). Желчный пузырь - S-образной фо Селезенка увеличена, уплотнена, стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.</p>
1Предположите наиболее вероятный диагноз.
2Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3Составьте план обследования
4Составить план лечения
5Прогноз и особенности диспансерного наблюдения

Ситуационная задача №44

~~ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ~~

Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричал сразу, к груди приложен в первые сутки. Выписан из роддома на 4-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Стоит с 10 мес., ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю. Болеет ОРВИ, которые сопровождаются кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия. Практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, которое несколько дней стало влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач. Выделения слизисто-гнойные, ночью храпит. Осмотрен ЛОР-врачом. По задней стенке глотки стекает отдел желтого цвета, аденоидные вегетации.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов. Кашель влажный, малопродуктивный. Температура тела 37,3°C. Над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно: дыхание жесткое, на фоне удлиненного выдоха - свистящие сухие хрипы. ЧД - 30 в 1 минуту. Тоны ритмичные, ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю правого подреберья пальпируется. Стул оформленный, мочится адекватно.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк. - $5,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 48%, э - 7%, л - 38%, м - 9 мм³/час.

Общий анализ мочи - уд. вес - 1019, белок-отр., глюкоза-отр., лейкоциты - 2 в п/з, эритроциты 0-1 в п/з, эпителий в п/з, соли, бактерии - отр.

Биохимия крови: АсАТ-16 Ед/л, АлАт - 18 Ед/л, глюкоза - 4,2 ммоль/л, общ. билирубин - 10,8 мкмоль/л, креатинин - 4,1 ммоль/л, мочевины - 4,1 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет компонента и перибронхиальных изменений, повышенная прозрачность легочных полей. Инфильтративных изменений не выявлено. Легочные синусы свободные. Тень сердца не расширена.

1Предположите наиболее вероятный диагноз.

2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4	План лечения
5	Профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №45

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>Ребенок 12 лет, заболел остро после купания в реке. Отмечался подъем температуры до 38,8°C, сухой болезненный кашель.</p> <p>Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении беременности. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующем перенес лакунарную ангину, ветряную оспу. Вакцинирован по возрасту, реагирует на прививки. При поступлении в больницу: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой и влажный кашель, бледные, с «мраморным» рисунком. Раздувание крыльев носа. Слизистые оболочки гиперемированы. Дыхание хрипящее. ЧД – 42 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина в акте дыхания. Перкуторно: справа, ниже лопатки, опрессованный перкуторный звук. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления слышны единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Sa O₂ = 85 %. Тоны сердца приглушены, ритм в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень - у края реберно-дуги оформленной, мочеиспускание не нарушено.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,85, лейкоц. – $18,6 \times 10^9/л$, п/я – 7%, СОЭ – 28 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эритроц. – отсутств.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α₁ – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – 30 мг/л</p> <p>Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное гомогенное затемнение долей правого легкого. Определяется уровень жидкости в правой плевральной полости</p>	
1Предположите наиболее вероятный диагноз.	
2Обоснуйте поставленный Вами диагноз.	
3Составьте и обоснуйте план обследования пациента.	
4План лечения	
5 Профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение.	

Ситуационная задача №46

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
<p>Мальчик М., 3-х лет, поступает в стационар с жалобами матери на ухудшение состояния, повышение температуры тела до 38,8°C, влажный кашель.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, отсутствие аппетита. Одновременно отмечались заложенность и слизистое отделяемое из носа, редышечный педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание, назначил симптоматическое лечение, десенсибилизирующую терапию. На фоне проводимых мероприятий. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился участковый врач.</p> <p>При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 40 вдохов в минуту вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими в межлопаточной области слышны притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. Sa O₂ = 92%. Тоны се</p>	

<p>140 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Ребено</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 110 г/л, Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, гематокрит - 49%, Лейк. – $15,3 \times 10^9/л$ - 7%, СОЭ - 23 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - 0,033‰, глюкоза - нет, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь – немного.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 135 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма до 40), СРБ – 37 мг/л (норма – до 10).</p> <p>Кислотно-основное состояние крови: рО – 68 мм. рт. ст. (норма-80-100), рСО₂ - 52 мм рт. ст. (норма - 35-45), ВЕ - -2,3 ммоль/л (норма - +2,3), АВ - 17 ммоль/л (норма - 16-23), ВВ - 39 ммоль/л (норма - 17-23).</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в нижних отделах легочных полей. Синусы свободные.</p>
1 Предположите наиболее вероятный диагноз.
2 Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3 Составьте и обоснуйте план обследования пациента
4 План лечения
5 Профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача №47

<p>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.</p> <p>Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с обильной мокротой, выделения из ушей, заложенность носа.</p> <p>Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первого (первый ребенок, мальчик, имеет частые обострения гнойного гайморита). Масса тела при рождении 3,5 кг. вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял по 1 кг.</p> <p>Болен с первых дней жизни, отмечалось частое сопение носом. В дальнейшем появились приступы удушья. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии в 1 года и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия обострения риносинусита, длительный кашель, повторные отиты.</p> <p>У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул.</p> <p>При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 32 в 1 минуту. Перкуторно над легкими – тимпанические звуки, разнокалиберные влажные хрипы, на выдохе – сухие, свистящие хрипы, выдох по правой средне-ключичной линии, левая - по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, справа, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. под краем левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.</p> <p>Общий анализ крови: Нв - 115 г/л., Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$., лейкоц. - $6,8 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 52 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: количество - 60,0 мл, относительная плотность-1014, белок - нет, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.</p> <p>Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты, усиление и деформация бронхоскопической области нижней доли.</p> <p>Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндо-бронхит.</p> <p>Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение верхнечелюстных пазух.</p> <p>Осмотр ЛОР: двухсторонний хронический синусит, двухсторонний экссудативный средний отит.</p> <p>МСКТ легких: подмышечные лу не увеличены. Трахеобронхиальное дерево развито. Просветы трахеи, главных и сегментарных бронхов прослеживаются, свободны. Стенки просветов невыраженно расширены. Диаметр сосудов умеренно увеличен. Синусы сво</p>
--

	<p>пневматизации в базальных отделах субсегментарного характера. Средостение не см обратное расположение структур средостения. Дополнительных образований и увели брюшной полости и забрюшинного пространства без видимых изменений.определяется ЭКГ: дэкстракардия, умеренная аритмия, вертикальное положение ЭОС.</p> <p>Эхо-КГ: признаки дэкстракардии- левосформированное праворасположеное сердце с полостей в норме.</p> <p>ИССЛЕДОВАНИЕ щеточного биоптата мерцательного эпителия слизистой обол микроскопе: удалось зафиксировать слабо выраженное движение ресничек; при ми двигательная активность не регистрируется. Найдены 3 клетки с активным пул Эффективного ундулирующего движения не зарегистрировано ни в одном биопт ресничек: удлинены.</p>
1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3	Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4	План лечения
5	Профилактика, прогноз, диспансерное наблюдение.

Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач.	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций*	Требуется повторное обучение Низкий	Средний/высокий

* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для экзамена (пример)

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
Полнота знаний	0 Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	0 Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и

НАВЫКОВ И

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн	удовлетворительн	хорошо	отлично
	0	0 дополнительная практика по большинству практических задач	мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Средний
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

*

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)