ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ДЕТСТВА
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ»

ПРИНЯТО
Ученым советом
ГБУЗ Московской области «НИКИ детства
Минздрава Московской области»,
Протокол № 6
«28» июня 2023

УТВЕРЖДАЮ
Директор
_____ Н.Д. Одинаева
«_29_» _июня_ 2023

Приказ № 100А

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)
«Педиатрия»

Направленность (профиль) программы
31.08.19 Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Мытищи 2023

Настоящий фонд оценочных средств дисциплины **«Педиатрия»** (далее - ФОС) является частью программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19. «Педиатрия».

ФОС подготовлен авторским коллективом ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» под руководством Одинаевой Нуринисо Джумаевны, д-ра мед. наук.

Список разработчиков ФОС:

№ п/п	Фамилия Имя Отчество	Ученая степень, ученое звание	Занимаемая должность
1.	Одинаева Нуринисо Джумаевна	д-р мед. наук	Директор ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
2	Кондратьева Елена Ивановна	д-р мед. наук, профессор	Заместитель директора по научной работе ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
3	Лошкова Елена Владимировна	канд. мед. наук, доцент	Ведущий научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
4	Шадрина Вера Владиславовна	канд. мед. наук, доцент	Заведующая кафедрой клинической генетики и орфанных заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
5	Смбатян Сиран Мануковна	д-р мед. наук, доцент	Главный научный сотрудник научно – организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
6	Левашева Светлана Владимировна	канд. мед. наук, доцент	старший научный сотрудник научно – организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
7	Петрова Анастасия Сергеевна	канд. мед. наук, доцент	Заведующая кафедрой неонатологии, ведущий научный сотрудник отдела неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
8	Горбунов Сергей Георгиевич	д-р мед. наук, доцент	Заведующий кафедрой детских инфекционных заболеваний и эпидемиологии, заведующий отделом детских инфекционных заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
9	Хавкин Анатолий Ильич	д-р мед. наук, профессор	Заведующий кафедрой гастроэнтерологии и диетологии им. А.В. Мазурина, главный научный сотрудник отдела педиатрии, главный научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»

10	Малахов Александр Борисович	д-р мед. наук, профессор	Заведующий отделом педиатрии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
11	Максимычева Татьяна Юрьевна	канд. мед. наук	Заведующий отделом наследственных и метаболических заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
12	Захарова Нина Ивановна	д-р мед. наук, профессор	Заведующий отделом неонатальной медицины и когнитивного развития ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
13	Мартынович Наталья Николаевна	д-р мед. наук, профессор	Профессор кафедры социальной педиатрии и поликлинического обучения ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
14	Воронкова Анна Юрьевна	канд. мед. наук	Ведущий научный сотрудник отдела наследственных и метаболических заболеваний ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»
15	Мельяновская Юлия Леонидовна	-	Научный сотрудник научно-организационного отдела ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области»

ФОС дисциплины обсужден и одобрен на заседании учебно-методической комиссии ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» (Протокол №1 от «07» июня 2023 г.).

Председатель учебно-методической комиссии, д-р мед.наук,
_____ Л.А. Пак «07» июня 2023 г.

ФОС дисциплины рассмотрен и одобрен на заседании Ученого совета ГБУЗ Московской области «НИКИ детства Минздрава Московской области» (Протокол № 6 от «28» июня 2023 г.).

Председатель ученого совета, д-р мед.наук
_____ Н.Д. Одинаева «28» июня 2023г.

Варианты оценочных заданий для проведения промежуточного аттестации в форме зачета (тестирование и решение ситуационных задач)
I семестр

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия» для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия.
Тестовые задания для промежуточной аттестации.

Вопрос 1
При подозрении на сахарный диабет 1 типа следует обратить внимание на:
1. Наличие температурных «свечек»
2. Динамику массы тела
3. Размеры селезёнки
4. Показатели артериального давления
Правильный ответ: 2
Вопрос 2
Железодефицитная анемия является:
1. Гипохромной и микроцитарной
2. Гиперхромной и макроцитарной
3. Гипохромной и макроцитарной
4. Нормохромной и нормоцитарной
Правильный ответ: 1
Вопрос 3
Одним из критериев анафилактического шока является гипотония. Какой уровень артериального давления у детей до 1 года считается гипотонией?
1. Менее 90 мм рт.ст.
2. Менее 100 мм рт.ст.
3. Менее 50 мм рт.ст.
4. Менее 70 мм рт.ст.
Правильный ответ: 4
Вопрос 4
Одним из критериев анафилактического шока является гипотония. Какой уровень артериального давления у детей от 11 до 17 лет считается гипотонией?
1. Менее 90 мм рт.ст.
2. Менее 100 мм рт.ст.
3. Менее 50 мм рт.ст.
4. Менее 70 мм рт.ст.
Правильный ответ: 1
Вопрос 5
К центральным органам иммунной системы относится:
1. Красный костный мозг
2. Селезенка
3. Печень
4. Лимфоидная ткань
Правильный ответ: 1
Вопрос 6
Фактором неспецифического иммунитета, играющим ведущую роль в защите слизистых оболочек от патогенной микрофлоры, является:
1. Интерферон
2. Лизоцим
3. Система комплемента
4. Пропердин
Правильный ответ: 2

Вопрос 7
Наиболее частым побочным эффектом ингаляционных глюкокортикостероидов является:
1. Повышение артериального давления
2. Кандидоз полости рта
3. Гипогликемия
4. Остеопороз
Правильный ответ: 2
Вопрос 8
Наиболее часто у детей с атопическим дерматитом встречается осложнение в виде:
1. Герпесвирусной инфекции
2. Поражения центральной нервной системы
3. Кандидоза
4. Вторичной бактериальной инфекции
Правильный ответ: 2
Вопрос 9
Удлинение времени свертывания крови характерно для:
1. Геморрагического васкулита
2. Тромбоцитопенической пурпуры
3. Гемолитической анемии
4. Гемофилии
Правильный ответ: 4
Вопрос 10
Для В12-дефицитной анемии характерны:
1. Микроцитарная анемия
2. Мегалобластный тип кроветворения
3. Гипохромная анемия
4. Повышение уровня сывороточного железа
Правильный ответ: 2
Вопрос 11
При наследственном сфероцитозе разрушение эритроцитов происходит в:
1. Сосудистом русле
2. Селезенке
3. Костном мозге
4. Тимусе
Правильный ответ: 2
Вопрос 12
Основные лабораторные критерии гемолиза:
1. Анемия, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина
2. Анемия, лейкопения, ретикулоцитоз
3. Лейкопения, повышение фетального гемоглобина, повышение непрямого билирубина
4. Повышение фетального гемоглобина, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина
Правильный ответ: 1
Вопрос 13
Тип кровоточивости при геморрагическом васкулите:
1. Петехиально-экхимозный
2. Гематомный
3. Смешанный
4. Васкулитно-пурпурный
Правильный ответ: 4
Вопрос 14
Препаратами для базисной терапии при бронхиальной астме являются:
1. Сальбутамол
2. Будесонид
3. Дезлоратадин

4. Холекальциферол
Правильный ответ: 2
Вопрос 15
Какие антигистаминные препараты запрещено применять во время обострения бронхиальной астмы?
1. Дезлоратадин
2. Цетиризин
3. Хлорпирамин
4. Фексофенадин
Правильный ответ: 3
Вопрос 16
Максимально быстрым бронхолитическим действием при бронхиальной астме обладают:
1. Холиноблокаторы
2. Агонисты адренорецепторов
3. Антигистаминные препараты
4. Глюкокортикостероиды
Правильный ответ: 2
Вопрос 17
Основой противовоспалительной терапии бронхиальной астмы являются:
1. Моноклональные антитела
2. Антагонисты лейкотриеновых рецепторов
3. Ингаляционные глюкокортикостероиды
4. Антигистаминные препараты
Правильный ответ: 3
Вопрос 18
Клиническими признаками тяжелого обострения бронхиальной астмы являются:
1. Отсутствие дыхательных шумов («немое легкое»)
2. Инспираторная одышка
3. Малопродуктивный кашель
4. Шумное дыхание
Правильный ответ: 1
Вопрос 19
Показатель MCH — это:
1. Средний объем одного эритроцита
2. Распределение эритроцитов по объему
3. Средняя концентрация гемоглобина в эритроците
4. Среднее содержание гемоглобина в эритроците
Правильный ответ: 4
Вопрос 20
Показатель MCV — это:
1. Распределение эритроцитов по объему
2. Среднее содержание гемоглобина в эритроците
3. Средняя концентрация гемоглобина в эритроците
4. Средний объем одного эритроцита
Правильный ответ: 4
Вопрос 21
Показатель MCHC — это:
1. Средний объем одного эритроцита
2. Среднее содержание гемоглобина в эритроците
3. Распределение эритроцитов по объему
4. Средняя концентрация гемоглобина в эритроците
Правильный ответ: 4
Вопрос 22
У пациентов с ГУС определяется:

1. Снижение гемоглобина
2. Снижение ретикулоцитоза
3. Шизоцитоз ≥ 1%
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 23
Факторы риска формирования мочекаменной болезни у детей:
1. Наличие в анамнезе у ближайших родственников факторов риска развития МКБ
2. Метаболические нарушения камнеобразующих веществ
3. Наличие аномалии развития мочевыводящих путей
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 24
Для диагностики МКБ рекомендовано проводить:
1. УЗИ органов мочевой системы
2. Обзорную рентгенографию органов мочевой системы
3. Спиральную компьютерную томографию мочевыделительной системы
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 25
Для купирования болей у детей с почечной коликой рекомендуется применять:
1. Метамизол натрия
2. Парацетамол
3. Ибупрофен
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 26
Показания для экстренной госпитализации при МКБ:
1. Инфекционные осложнения МКБ
2. Некупируемый болевой синдром, вызванный камнями мочевой системы
3. Полная обструкция ВМП камнем
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 27
Возможные причины гиперкалиемии у пациентов с ХБП:
1. Применение лекарственных препаратов (антигипертензивные препараты и антагонисты альдостерона, например, спиронолактон, ингибиторы АПФ, например, каптоприл)
2. Высокое потребление калия с пищей
3. Ацидоз
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 28
Посев мочи проводится при:
1. Появлении лейкоцитурии более 10 в поле зрения и/или при немотивированных подъемах температуры без катаральных явлений
2. Боли в животе
3. Появлении лейкоцитурии 4–6 в поле зрения
4. Появлении лейкоцитурии более 7–8 в поле зрения
Правильный ответ: 1
Вопрос 29
Показаниями для экстренной госпитализации пациентов с гипертонической болезнью являются:
1. Гипертонический криз, не купирующийся на догоспитальном этапе
2. Гипертонический криз при феохромоцитоме
3. Гипертонический криз с осложнениями, требующими интенсивной терапии

4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 30
Клиническая картина гипертонического криза включает:
1. Головокружение, нарушение зрения (пелена перед глазами, мелькание мушек)
2. Тошноту, рвоту, озноб, бледность или гиперемию лица, ощущение страха
3. Головную боль, изменение психического статуса, судороги или расстройства зрения
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 31
Частыми проявлениями пороков развития сердца у детей раннего возраста являются:
1. Плохой аппетит, недостаточная прибавка веса
2. Вялое сосание из груди/бутылочки
3. Цианоз
4. Все утверждения верны
Правильный ответ: 4
Вопрос 32
Ведение пациентов с юношеским артритом, получающих генно-инженерную биологическую терапию (фактор некроза опухоли, абатацепт, тоцилизумаб, ритуксимаб), в амбулаторных условиях включает проведение клинического анализа крови:
1. 1 раз в 1–2 недели
2. 1 раз в неделю
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в 6 месяцев
Правильный ответ: 1
Вопрос 33
Ведение пациентов с юношеским артритом, получающих генно-инженерную биологическую терапию (фактор некроза опухоли, абатацепт, тоцилизумаб, ритуксимаб), в амбулаторных условиях включает проведение биохимического анализа крови:
1. 1 раз в 1–2 недели
2. 1 раз в месяц
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в 6 месяцев
Правильный ответ: 1
Вопрос 34
Направление на санаторно-курортное лечение детей после хирургической коррекции дефекта межпредсердной перегородки рекомендуется не ранее, чем через:
1. 1 месяц после оперативного лечения
2. 6 месяцев после оперативного лечения
3. 1 год после оперативного лечения
4. 2 года после оперативного лечения
Правильный ответ: 2
Вопрос 35
Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов в монотерапии при юношеском артрите проводится сроком не более:
1. 2 месяцев
2. 6 месяцев
3. 1 года
4. 2 лет
Правильный ответ: 1
Вопрос 36
Препаратом выбора для лечения артериальной гипертензии при хроническом гломерулонефрите является:
1. Эналаприл

2. Амлодипин
3. Верошпирон
4. Фуросемид
Правильный ответ: 1
Вопрос 37
При лечении сердечной недостаточности у детей более быстрое диуретическое действие оказывает:
1. Лазикс
2. Спиронолактон
3. Диакарб
4. Гипотиазид
Правильный ответ: 1
Вопрос 38
Измененные эритроциты в моче появляются при:
1. Интерстициальном нефрите
2. Геморрагическом цистите
3. Почечно-каменной болезни
4. Пиелонефрите
Правильный ответ: 1
Вопрос 39
Для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса и аномалий мочевого пузыря используют:
1. Микционную цистографию
2. Цистоскопию
3. Цистометрию
4. Ангиографию
Правильный ответ: 1
Вопрос 40
Сочетание абдоминального синдрома с фебрильной температурой и дизурией характерно для:
1. Пиелонефрита
2. Цистита
3. Травмы мочевого пузыря
4. Гломерулонефрита
Правильный ответ: 1
Вопрос 41
Острый постстрептококковый гломерулонефрит обусловлен инфекцией:
1. Клебсиеллезной
2. Стафилококковой
3. Стрептококковой
4. Аденовирусной
Правильный ответ: 3
Вопрос 42
Наиболее частым возбудителем миокардита у новорожденных детей является:
1. Вирус Коксаки
2. Стрептококк
3. Клебсиелла
4. Стафилококк
Правильный ответ: 1
Вопрос 43
Для миокардита наиболее характерны физикальные изменения в виде:
1. Смещения границ относительной сердечной тупости вправо
2. Смещения границ относительной сердечной тупости влево
3. Грубого систолического шума
4. Тихого диастолического шума
Правильный ответ: 2

Вопрос 44
Для феохромоцитомы характерным проявлением является:
1. Повышенная ломкость костей
2. Желтуха
3. Артериальная гипертензия
4. Артериальная гипотония
Правильный ответ: 3
Вопрос 45
Наиболее частой причиной артериальной гипертензии у детей 7–12 лет является:
1. Паренхиматозное поражение почек
2. Эссенциальная артериальная гипертензия
3. Стеноз почечных артерий
4. Коарктация аорты
Правильный ответ: 1
Вопрос 46
Для нефротического синдрома характерна:
1. Макрогематурия
2. Массивная бактериурия
3. Артериальная гипертензия
4. Протеинурия 2,5 г/сут и более
Правильный ответ: 4
Вопрос 47
Особенностью аускультативной картины аускультации сердца у детей является:
1. Ритм галопа
2. Дыхательная аритмия
3. Приглушение тонов
4. Экстрасистолия
Правильный ответ: 2
Вопрос 48
До какого возраста у детей печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии:
1. 3–5 лет
2. 5–7 лет
3. 7–9 лет
4. 9–11 лет
Правильный ответ: 2
Вопрос 49
Склонность детей первого полугодия жизни к срыгиваниям не обусловлена:
1. Расположением дна желудка ниже антрально-пилорического отдела
2. Слабой запирательной функцией нижнего пищеводного сфинктера
3. Высоким тонусом пилорического отдела желудка
4. Низкой протеолитической активностью желудочного сока
Правильный ответ: 4
Вопрос 50
К стеаторее может привести недостаток в кишечнике:
1. Желчных пигментов
2. Солей желчных кислот
3. Холестерина
4. Пепсина
Правильный ответ: 2
Вопрос 51
Клиническим проявлением сахарного диабета не является:
1. Появление стрий на коже
2. Потеря веса

3. Полидипсия
4. Низкая относительная плотность мочи
Правильный ответ: 4
Вопрос 52
Стул ребенка, находящегося на грудном вскармливании, характеризуется следующими признаками:
1. Золотисто-желтого цвета
2. Кашицеобразный
3. Имеет кислую реакцию
4. Имеет щелочную реакцию
Правильный ответ: 4
Вопрос 53
Для желудочно-пищеводного рефлюкса у детей не характерно:
1. Срыгивания в горизонтальном положении
2. Кашель во сне
3. Симптом «мокрой подушки»
4. Гепатомегалия
Правильный ответ: 4
Вопрос 54
Укажите последствия прекращения или резкого уменьшения поступления желчи в кишечник:
1. Усиление моторики кишечника
2. Уменьшение всасывания витаминов A, D, E, K
3. Уменьшение всасывания витаминов B1, B2, C
4. Усиление пристеночного расщепления жиров
Правильный ответ: 2
Вопрос 55
Симптомом механической кишечной непроходимости у детей на рентгенограмме является:
1. Наличие уровней жидкости в кишечных петлях
2. Равномерное и повышенное газонаполнение кишечника
3. Свободный газ в брюшной полости
4. Наличие уровня в свободной брюшной полости
Правильный ответ: 1
Вопрос 56
Пилоростеноз у ребенка раннего возраста является:
1. Врожденным функциональным нарушением
2. Врожденным анатомическим дефектом
3. Последствием неправильного кормления
4. Последствием перинатальной травмы
Правильный ответ: 2
Вопрос 57
Наличие изжоги свидетельствует о:
1. Забросе желудочного содержимого в пищевод
2. Повышении кислотности желудочного содержимого
3. Диафрагмальной грыже
4. Язвенной болезни 12-перстной кишки
Правильный ответ: 1
Вопрос 58
Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является:
1. Кровотечение
2. Перфорация
3. Пенетрация в поджелудочную железу
4. Малигнизация
Правильный ответ: 1
Вопрос 59
Для синдрома Жильбера в биохимическом анализе крови характерно:

1. Повышение непрямого билирубина
2. Повышение прямого билирубина
3. Повышение трансаминаз (АлТ, АсТ)
4. Снижение холестерина
Правильный ответ: 1
Вопрос 60
На развитие холестаза не влияет:
1. Повреждение гепатоцита
2. Патология билиарных путей
3. Синдром избыточного бактериального роста
4. Обилие жира в пище
Правильный ответ: 4
Вопрос 61
Какой из перечисленных показателей является маркером внутрипеченочного холестаза?
1. Аланинаминотрансфераза (АЛТ)
2. Аспартатаминотрансфераза (АСТ)
3. Гаммаглутаматтранспептидаза (γ-ГТП)
4. Щелочная фосфатаза (ЩФ)
Правильный ответ: 3
Вопрос 62
У детей до 2,5–3 лет печень выступает книзу от реберной дуги на:
1. 1,5–2 см
2. 5 см
3. Не пальпируется
4. 3–5 см
Правильный ответ: 1
Вопрос 63
Наличие видимой крови в стуле обозначается термином:
1. Гематохезия
2. Креаторея
3. Амилорея
4. Стеаторея
Правильный ответ: 1
Вопрос 64
Какой препарат не показан для лечения панкреатита?
1. Эзомепразол
2. Панкреатин
3. Сандостатин
4. Морфин
Правильный ответ: 4
Вопрос 65
Наличие изжоги не является подтверждением:
1. Гастроэзофагеального рефлюкса
2. Недостаточности кардиального отдела желудка
3. Хеликобактерной этиологии гастрита
4. Рефлюкс-эзофагита
Правильный ответ: 3
Вопрос 66
Ведущим клиническим симптомом при целиакии является:
1. Боль в эпигастрии
2. Синдром нарушенного кишечного всасывания
3. Изжога
4. Запоры
Правильный ответ: 2

Вопрос 67
Для стеатореи характерно наличие в кале:
1. Нейтрального жира и жирных кислот
2. Йодофильной флоры
3. Зерен крахмала
4. Мышечных волокон
Правильный ответ: 1
Вопрос 68
К основному копрологическому признаку язвенного колита относится:
1. Гематохезия
2. Стеаторея
3. Амилорея
4. Креаторея
Правильный ответ: 1
Вопрос 69
Какие симптомы являются показанием для проведения колоноскопии?
1. Запор
2. Боли по ходу толстой кишки перед дефекацией
3. Выделение крови при дефекации
4. Наличие геморроидальных узлов
Правильный ответ: 3
Вопрос 70
При каких заболеваниях обязательна прицельная биопсия?
1. При язвенном колите и болезни Крона
2. При дивертикулезе
3. При синдроме раздраженного кишечника
4. При геморрое
Правильный ответ: 1
Вопрос 71
При кишечном кровотечении показаны все перечисленные исследования, за исключением:
1. Ирригографии с двойным контрастированием и нагнетанием бариевой взвеси и кислорода под давлением
2. Ректороманоскопии
3. Колоноскопии
4. Пальцевого ректального исследования
Правильный ответ: 1
Вопрос 72
Какой метод наиболее информативен для диагностики аномалий развития толстой кишки?
1. Ректороманоскопия
2. Ирригоскопия
3. Энтероскопия
4. Копрограмма
Правильный ответ: 2
Вопрос 73
Лактобактерии у здоровых детей обитают:
1. В полости рта
2. В желудке
3. Исключительно в тонкой кишке
4. Во всех отделах желудочно-кишечного тракта
Правильный ответ: 4
Вопрос 74
Активность трипсина сыворотки крови повышается при:
1. Остром панкреатите
2. Язвенной болезни

3. Хроническом гепатите
4. Рефлюкс-эзофагите
Правильный ответ: 1
Вопрос 75
При повышении уровня неконъюгированного билирубина крови при гемолизе эритроцитов характерны:
1. Кожный зуд
2. Уробилинурия
3. Гипертрансаминаземия
4. Увеличение щелочной фосфатазы
Правильный ответ: 2
Вопрос 76
Суточное мониторирование pH пищевода позволяет определить:
1. Наличие желудочно-пищеводного рефлюкса
2. Выраженность эзофагита
3. Наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
4. Наличие эрозивного эзофагита
Правильный ответ: 1
Вопрос 77
К адипоцитокинам не относится:
1. Фактор некроза опухоли (TNF-α)
2. Адипонектин
3. Лептин
4. Инсулин
Правильный ответ: 4
Вопрос 78
Инсулинорезистентность — это:
1. Повышение чувствительности тканей к инсулину, приводящее к уменьшению инсулинозависимой утилизации глюкозы
2. Снижение чувствительности тканей к инсулину, приводящее к уменьшению инсулинозависимой утилизации глюкозы
3. Повышение чувствительности тканей к инсулину, приводящее к повышению инсулинозависимой утилизации глюкозы
4. Снижение чувствительности тканей к инсулину, приводящее к повышению инсулинозависимой утилизации глюкозы
Правильный ответ: 2
Вопрос 79
Факторами риска развития деструкции легочной ткани являются все, кроме:
1. Ранний возраст
2. Гиперлейкоцитоз в крови
3. Сохранение лихорадки более 3-х суток при адекватной антибиотикотерапии
4. Отсутствие возможности проведения рентгенографии грудной клетки
Правильный ответ: 4
Вопрос 80
Симптомами, характерными для пневмонии, вызванной «типичными» возбудителями, являются все, кроме:
1. Отсутствует эффект от лечения препаратами бета-лактамного ряда
2. Инфильтрат на снимке гомогенный, плотный
3. Повышены маркеры воспаления в крови
4. Лихорадка часто с ознобом
Правильный ответ: 4
Вопрос 81
Укажите наиболее типичные особенности инфильтрата при пневмонии, вызванной микоплазмой:

1. Локализация в области междолевой щели с реакцией междолевой плевры, негомогенность инфильтрата
2. Буллезный тип разрешения инфильтрата
3. Локализация в средней доле или язычке, наличие сопутствующего костального плеврита
4. Негомогенность инфильтрата
Правильный ответ: 4
Вопрос 82
Лечение неосложненной внебольничной пневмонии в большинстве случаев осуществляется:
1. Амбулаторно
2. В стационаре
3. Сначала в стационаре, затем амбулаторно
4. На усмотрение законных представителей/опекунов
Правильный ответ: 1
Вопрос 83
Для синпневмонического плеврита характерно все, кроме:
1. Развивается вместе с пневмонией
2. Имеет хороший ответ на антибиотики
3. Отсутствует ответ на глюкокортикостероиды
4. Отсутствует ответ на антибиотики
Правильный ответ: 4
Вопрос 84
Для метапневмонического плеврита характерно все, кроме:
1. Развивается после начала терапии
2. Не имеет ответа на антибиотики
3. Хороший ответ на глюкокортикостероиды
4. Отсутствует ответ на глюкокортикостероиды
Правильный ответ: 4
Вопрос 85
Какой из клинических признаков/симптомов не специфичен для «типичной» пневмонии?
1. Стонущее кричащее дыхание
2. Обструктивный синдром
3. Температура выше 40 градусов
4. Втяжение межреберий на вдохе
Правильный ответ: 2
Вопрос 86
Пневмония, вызванная микоплазмой пневмонии, отличается обилием хрипов. Какие хрипы наиболее специфичны для этой инфекции?
1. Крупные и среднепузырчатые
2. Сухие
3. Свистящие
4. Асимметричные мелкопузырчатые
Правильный ответ: 4
Вопрос 87
Отличие рентгеновской картины пневмонии, вызванной C. pneumoniae, от пневмонии другой этиологии:
1. Наличие полостных компонентов инфильтрата
2. Наличие множественных очаговых инфильтратов
3. Локализация в нижних долях
4. Лобарный характер инфильтрата
Правильный ответ: 2
Вопрос 88
Какова доля пневмококковой этиологии внебольничной пневмонии у детей до 5 лет?
1. 5–10%
2. 30–40%

3. 40–50%
4. Более 80%
Правильный ответ: 4
Вопрос 89
Продолжите утверждение: помимо пневмококка одним из ведущих возбудителей внебольничной пневмонии у детей старше 5 лет является:
1. Вирус Коксаки
2. Mycoplasma pneumoniae
3. Вирус гриппа
4. S. aureus
Правильный ответ: 2
Вопрос 90
Укажите препараты, относящиеся к группе блокаторов гистаминовых рецепторов 2-го типа:
1. Омепразол, эзомепразол, ранитидин
2. Ранитидин, фамотидин
3. Висмут, ранитидин
4. Рабепразол, эзомепразол
Правильный ответ: 2
Вопрос 91
Признаками пневмонии являются:
1. Учащение дыхания при отсутствии обструкции
2. Втяжение межреберий в отсутствии обструкции
3. Все утверждения верны
4. Стонущее кряхтящее дыхание
Правильный ответ: 3
Вопрос 92
Предпочтение в доставке ингаляционных глюкокортикостероидов у детей до 6 лет отдается:
1. Небулайзерной терапии
2. Дозированным аэрозольным ингаляторам
Правильный ответ: 1
Вопрос 93
Вакцина против гемофильной инфекции тип В:
1. Дрожжевая
2. Живая бактериальная
3. Полисахаридная
4. Конъюгированная с белком
Правильный ответ: 4
Вопрос 94
Введение пневмококковой вакцины противопоказано:
1. Больным детским церебральным параличом
2. Детям с иммунодефицитом
3. Детям, получившим вакцину менее чем за 5 лет до этого
4. Детям, перенесшим пневмококковый менингит
Правильный ответ: 3
Вопрос 95
Детям, получающим кортикостероидные препараты в дозах более 20 мг в сутки более 14 дней, противопоказана вакцина:
1. АКДС
2. Паротитно-коревая
3. Пневмококковая
4. Полиомиелитная инактивированная
Правильный ответ: 2
Вопрос 96
Иммунизирующим агентом вакцины против гепатита В является:

1. HBcAg
2. HBeAg
3. HBsAg
4. Anti-HBs
Правильный ответ: 3
Вопрос 97
Каким препаратом рекомендовано проводить ревакцинацию против коклюша, дифтерии и столбняка у детей старше 6 лет?
1. АаКДС вакциной
2. АДС анатоксином
3. АДС-м анатоксином или АДС-м анатоксином в сочетании с бесклеточным коклюшным компонентом (АакдС)
4. АКДС вакциной
Правильный ответ: 3
Вопрос 98
Укажите правильное высказывание об одновременном введении вакцины против менингококковой инфекции с другими вакцинами:
1. Одновременное введение других вакцин противопоказано
2. Можно вводить одновременно со всеми вакцинами, предусмотренными Национальным календарём профилактических прививок, кроме БЦЖ
3. Можно вводить одновременно только с анатоксинами
4. Можно вводить одновременно только с инактивированными вакцинами
Правильный ответ: 2
Вопрос 99
После вакцинации против гепатита А в сыворотке крови появляются:
1. HAV-Ag
2. Anti-HAV-IgG
3. Anti-HAV-IgM
4. Anti-HBs
Правильный ответ: 3
Вопрос 100
Какие противопоказания для вакцинации против бешенства с лечебной целью?
1. Беременность
2. Новорожденные
3. Острое заболевание или обострение хронического заболевания
4. Противопоказаний нет
Правильный ответ: 4
Вопрос 101
Побочное проявление после иммунизации — это:
1. Явление, имеющее причинную связь с иммунизацией
2. Общая или местная реакция в поствакцинальном периоде
3. Любое событие, следующее за иммунизацией
4. Явление, возникшее в течение трех месяцев после иммунизации
Правильный ответ: 3
Вопрос 102
Артралгии и артриты встречаются очень редко после введения:
1. Коревой вакцины
2. Паротитной вакцины
3. Краснушной вакцины
4. Гриппозной вакцины
Правильный ответ: 3
Вопрос 103
Какое высказывание в отношении оральной регидратации при кишечной инфекции является наиболее точным?

1. Оральную регидратацию следует проводить только низкоосмолярными регидратационными растворами
2. При отсутствии низкоосмолярных регидратационных растворов можно развести водой изоосмолярные регидратационные растворы для уменьшения в них концентрации натрия
3. При отсутствии низкоосмолярных регидратационных растворов можно чередовать выпаивание изоосмолярными регидратационными растворами с водой
4. Изоосмолярные регидратационные растворы можно использовать у детей старшего возраста
Правильный ответ: 1
Вопрос 104
По каким признакам следует оценить эффективность оральной регидратации при острой кишечной инфекции?
1. Прекратилась рвота
2. Частота стула уменьшилась
3. Слизистые рта стали влажными
4. Снизилась лихорадка
Правильный ответ: 3
Вопрос 105
Антибактериальная терапия показана при любой форме тяжести кишечной инфекции у ребенка с установленным диагнозом:
1. Дизентерия
2. Сальмонеллез
3. Кампилобактериоз
4. Клостридиоз
Правильный ответ: 4
Вопрос 106
Какие показания для отмены антибактериальной терапии при бактериальной кишечной инфекции?
1. Санация от возбудителя
2. Полная нормализация стула
3. Нормализация общего состояния и исчезновение в стуле крови и гноя
4. Исчезновение в копрограмме скрытой крови
Правильный ответ: 3
Вопрос 107
Какие противорвотные средства рекомендованы в качестве единственной дозы у ребенка с многократной рвотой в первый день болезни?
1. Ондасетрон
2. Домперидон
3. Метоклопрамид
4. Дротаверин
Правильный ответ: 1
Вопрос 108
Какое высказывание является наиболее точным при лечении пациентов с вирусной кишечной инфекцией?
1. Противорвотные средства противопоказаны детям с диареей, которая длится более 48 часов
2. Так как вирусная диарея является триггером бактериальных осложнений, антибиотики могут быть назначены детям раннего возраста
3. Для лечения легкой формы вирусной диареи обычно достаточно оральной регидратации
4. Лоперамид может быть назначен ребенку с профузной вирусной диареей
Правильный ответ: 3
Вопрос 109
Какое положение при проведении пульсоксиметрии является верным?
1. Сатурация крови кислородом (SpO_2) – чувствительный показатель и позволяет определить даже умеренную гипоксемию
2. У ребенка с тяжелой пневмонией, получающего оксигенотерапию, не требуется определение газов крови, если сатурация крови кислородом > 93%

3. У ребенка с сепсисом результаты пульсоксиметрии могут быть неточными из-за недостаточной перфузии периферических тканей
4. Переохлаждение не влияет на показатели сатурации крови кислородом
Правильный ответ: 3
Вопрос 110
Какое высказывание в отношении лечения COVID-19 является наиболее точным?
1. Принципиальное значение имеет клинический мониторинг пациента с оценкой возможных осложнений
2. Рано назначенные кортикостероиды могут предотвратить осложнения
3. Детям первого года жизни следует назначить антибактериальную терапию
4. Инфузионная регидратация значительно улучшает состояние пациента
Правильный ответ: 1
Вопрос 111
Какое высказывание в отношении лечения гриппа является наиболее точным?
1. Пациенты с клинически узнаваемым гриппом должны быть госпитализированы
2. Назначить противовирусные препараты для лечения гриппа необходимо после его лабораторного подтверждения
3. Пациентам с клинически узнаваемым гриппом следует назначить противовирусный препарат в первые 48 часов от начала заболевания до получения результатов обследования
4. После получения отрицательных тестов на грипп противовирусные препараты следует отменить
Правильный ответ: 3
Вопрос 112
Какое положение при лечении гриппа с использованием антибактериальных препаратов является наиболее точным?
1. Антибактериальные препараты следует рекомендовать всем детям, если лихорадка при гриппе сохраняется более 3 дней
2. Следует назначать антибиотики как можно раньше при прогрессирующем гриппе и гриппе тяжелой степени тяжести
3. Антибактериальные препараты следует назначать, если при гриппе кашель сохраняется более недели
4. Антибактериальные препараты следует назначать, если при гриппе в анализе крови обнаруживается лейкопения
Правильный ответ: 2
Вопрос 113
Какой критерий помимо прочих наиболее важен при оценке тяжести течения стенозирующего ларинготрахеита?
1. Стридор
2. Частый лающий кашель
3. Затрудненное дыхание
4. Гемодинамические нарушения
Правильный ответ: 4
Вопрос 114
Выберите наиболее точное высказывание о назначении кортикостероидов при стенозирующем ларинготрахеите:
1. При легком стенозе гортани кортикостероиды не показаны
2. Системный или ингаляционный метод введения кортикостероидов является альтернативным у детей раннего возраста
3. Системные кортикостероиды более эффективны, чем ингаляционные кортикостероиды
4. Кортикостероиды следует пролонгировать не менее 2–3 дней после купирования крупа
Правильный ответ: 2
Вопрос 115
Какое положение верно при выборе тактики лечения обструкции нижних дыхательных путей?
1. Обструкция нижних дыхательных путей требует назначения антибактериальной терапии
2. Ингаляции с препаратами бронхолитического действия — назначение первой линии

3. Ингаляционные кортикостероиды следует чередовать с ингаляционными бронходилататорами при любой степени бронхообструкции
4. Комбинация ингаляционных и системных (пероральных) бронходилататоров повышает эффективность лечения
Правильный ответ: 2
Вопрос 116
Какой критерий является ключевым при решении вопроса о проведении обследования на пиогенный стрептококк и назначения антибактериальной терапии ребенку с острым тонзиллитом?

1. Наложения на миндалинах
2. Хотя бы один катаральный симптом (кашель, ринит и другие)
3. Лимфаденит
4. Лихорадка более 39°С
Правильный ответ: 2
Вопрос 117
Какая клиническая форма стрептококковой инфекции наиболее опасна для жизни ребенка?
1. Стрептококковая пневмония
2. Скарлатина
3. Синдром токсического шока
4. Рожа
Правильный ответ: 3
Вопрос 118
Какое утверждение является наиболее точным при лечении младенцев с бронхиолитом?
1. Бронхиолит у младенцев требует назначения антибиотиков, так как высока вероятность бактериальной инфекции
2. Ингаляционные кортикостероиды являются препаратом выбора лечения, так как у ребенка имеются признаки дыхательной недостаточности
3. Оксигенация, регидратация и поддерживающая терапия являются основой лечения бронхиолита
4. Бронходилататоры следует назначать планово до купирования дыхательной недостаточности
Правильный ответ: 3
Вопрос 119
Какое вынужденное положение тела характерно для эпиглоттита?
1. Ребенок сидит, наклонившись вперед с опорой на руки и открытым ртом
2. Ребенок сидит, прижав колени к животу
3. Ребенок лежит неподвижно, боясь пошевелиться
4. Ребенок лежит на боку, согнув ноги в коленях
Правильный ответ: 1
Вопрос 120
Какой антибиотик следует назначить ребенку с эпиглоттитом?
1. Цефтриаксон или цефотаксим внутривенно
2. Амоксициллин + клавулановая кислота внутривенно
3. Азитромицин внутрь
4. Цефиксим внутрь
Правильный ответ: 1
Вопрос 121
Какое утверждение является наиболее точным при проведении диагностики внебольничной пневмонии?
1. Отсутствие тахипноэ — полезный клинический признак для исключения пневмонии
2. При бактериальной пневмонии могут отмечаться как гипертермия, так и гипотермия, а также тахикардия или брадикардия
3. Гнойная мокрота чаще встречается при пневмонии, вызванной пневмококком
4. Консолидаты — частый рентгенологический признак пневмонии, вызванной Mycoplasma pneumoniae или Chlamydophila pneumoniae
Правильный ответ: 2

Вопрос 122
Какое высказывание наиболее верно в отношении рентгенологического исследования при внебольничной пневмонии?
1. Основным показанием для назначения рентгенографии органов грудной клетки при пневмонии являются диффузные хрипы в легких
2. Основным показанием для назначения рентгенографии органов грудной клетки при пневмонии являются признаки дыхательной недостаточности и локальные хрипы в легких
3. Контрольный рентгенологический снимок следует назначить через 10 дней от начала антибактериальной терапии
4. Контрольный рентгенологический снимок следует обязательно назначить, чтобы констатировать выздоровление
Правильный ответ: 2
Вопрос 123
Ребенку, посещающему дошкольные учреждения, доза амоксициллина + клавулановая кислота 90 мг/кг/сутки (по амоксициллину) назначается в случае:
1. Если он вернулся из путешествия
2. Если он не привит против пневмококковой инфекции
3. Если в детском коллективе зарегистрировано несколько случаев внебольничной пневмонии
4. Если он принимал антибиотики в течение предшествующих 3 месяцев
Правильный ответ: 2
Вопрос 124
У ребенка младше 2 месяцев антибиотиками первой линии для лечения внебольничной пневмонии являются:
1. Цефтриаксон
2. Амоксициллин + гентамицин
3. Цефотаксим
4. Амоксициллин
Правильный ответ: 2
Вопрос 125
Продолжите фразу. Ибупрофен не следует назначать при ветряной оспе, так как:
1. Ибупрофен может потенцировать развитие синдрома токсического шока при носительстве стафилококка или стрептококка
2. Ибупрофен может провоцировать развитие синдрома Рея при всех вирусных инфекциях
3. Ибупрофен может провоцировать развитие гепатита при всех вирусных инфекциях
4. Ибупрофен при ветряной оспе может провоцировать развитие крапивницы
Правильный ответ: 1
Вопрос 126
В какие сроки ребенок, заболевший корью, не заразен?
1. После 5 дня от начала болезни
2. После 5 дня от появления сыпи
3. После 7 дня от появления сыпи
4. При появлении пигментации на коже
Правильный ответ: 2
Вопрос 127
В какие сроки ребенок, заболевший эпидемическим паротитом, не заразен?
1. После 5 дня от начала болезни
2. После 7 дня от начала болезни
3. После 9 дня от начала болезни
4. После 14 дня от начала болезни
Правильный ответ: 3
Вопрос 128
Какая тактика ведения пациента при гепатите, вызванном вирусом Эпштейна-Барр?
1. Госпитализация обязательна
2. В остром периоде болезни необходимо назначить ацикловир курсом на 10 дней

3. В остром периоде болезни следует назначить урсодезоксихолиевую кислоту
4. Необходима поддерживающая терапия
Правильный ответ: 4
Вопрос 129
Какова тактика ведения ребенка с легкой формой врожденной цитомегаловирусной инфекции (вЦМВ)?
1. Ребенок должен получать валганцикловир при любой форме тяжести вЦМВ
2. Ребенка следует направлять на аудиоскрининг в 3, 6, 12 месяцев, далее на втором году жизни 2 раза в год и далее до 4 лет 1 раз в год, так как нейросенсорная тугоухость развивается с вероятностью 20–40%
3. Необходимо ежемесячно контролировать ДНК ЦМВ в моче, крови или слюне, так как ДНК ЦМВ может циркулировать в крови до 2 лет
4. У ребенка с вЦМВ часто развивается тромбоцитопения и лейкопения, поэтому анализ крови следует обязательно назначать ежемесячно или чаще
Правильный ответ: 2
Вопрос 130
Выберите наиболее правильное высказывание по поводу тактики ведения ребенка, родившегося от матери с вирусным гепатитом С (ВГС):
1. Следует определить анти-ВГС и РНК ВГС в возрасте 2–4 и 18 месяцев для решения вопроса о вероятности перинатального инфицирования
2. Обследовать ребенка на РНК ВГС следует в три года, так как лечение ВГС рекомендовано с трех лет
3. ВГС протекает легко, у детей до 5–6 лет может произойти самопроизвольная эрадикация вируса, поэтому тестирование на ВГС следует проводить после 6 лет
4. В РФ лечение ВГС лицензировано только с 12 лет, поэтому тестирование на ВГС следует провести в возрасте 10–11 лет
Правильный ответ: 1
Вопрос 131
Вероятность хронического пожизненного вирусного гепатита В у ребенка, инфицированного в результате перинатального контакта с матерью, составляет:
1. 10–20%
2. 30–50%
3. 60–70%
4. 80–100%
Правильный ответ: 4
Вопрос 132
Тактика ведения ребенка, рожденного от матери с хроническим вирусным гепатитом В (ВГВ), включает:
1. Вакцинацию против ВГВ в первые сутки жизни и далее по схеме 0, 1, 6
2. Вакцинацию против ВГВ в первые сутки жизни и далее по схеме 0, 1, 2
3. Вакцинацию против ВГВ в первые сутки жизни и далее по схеме 0, 1, 2 + введение специфического иммуноглобулина не позже 7 дня жизни
4. Вакцинацию против ВГВ в первые сутки жизни и далее по схеме 0, 1, 2 + введение специфического иммуноглобулина не позже 7 дня жизни + оценку анти-HBs через 1 месяц или позже после последней прививки в 12 месяцев
Правильный ответ: 4
Вопрос 133
Доношенный ребенок — ребенок, который родился в сроке гестации:
1. От 22 недель до 37 недель беременности
2. От 22 недель до 42 недель беременности
3. От 37 недель до 42 недель беременности
4. От периода зачатия до 37 недель
Правильный ответ: 3

Вопрос 134
Недоношенный ребенок — ребенок, который родился в сроке гестации:
1. До 37 недель беременности
2. От 22 недель до 42 недель беременности
3. От 37 недель до 42 недель беременности
4. От периода зачатия до 34 недель
Правильный ответ: 1
Вопрос 135
Переношенный ребенок — ребенок, который родился в сроке гестации:
1. От 22 недель до 37 недель беременности
2. Более 42 недель беременности
3. От 37 недель до 42 недель беременности
4. От периода зачатия до 37 недель
Правильный ответ: 2
Вопрос 136
Пограничные состояния новорожденного — это:
1. Патологические состояния, которые приводят к стойким нарушениям состояния здоровья
2. Временные состояния, которые отражают процесс приспособления к новым внеутробным условиям
3. Временные состояния, которые появляются после рождения только у недоношенных детей
4. Патологические состояния, которые возникают во внутриутробном периоде до рождения ребенка
Правильный ответ: 2
Вопрос 137
Транзиторная убыль первоначальной массы тела здорового новорожденного ребенка не должна превышать:
1. 1% от первоначальной массы тела к 7 дню жизни
2. 6% от первоначальной массы тела к 3–4 дню жизни
3. 50% от первоначальной массы тела к 7 дню жизни
4. Не должно быть убыли массы тела
Правильный ответ: 2
Вопрос 138
Жизнеспособным считается плод с внутриутробным весом:
1. Свыше 500 г
2. Свыше 1000 г
3. Свыше 1500 г
4. Свыше 2500 г
Правильный ответ: 1
Вопрос 139
Дефицит массы при III степени постнатальной гипотрофии составляет:

1. 5–8%
2. 20–30%
3. 10–20%
4. Более 30%
Правильный ответ: 4
Вопрос 140
Дефицит массы при II степени постнатальной гипотрофии составляет:
1. 5–8%
2. 20–30%
3. 10–20%
4. Более 30%
Правильный ответ: 2
Вопрос 141
Дефицит массы при I степени постнатальной гипотрофии составляет:

1. 5–8%
2. 20–30%
3. 10–20%
4. Более 30%
Правильный ответ: 3
Вопрос 142
Интранатальный период включает в себя период:
1. С момента начала родовой деятельности до рождения ребенка
2. С момента рождения до 28 суток жизни
3. С 7 суток жизни до 28 суток жизни
4. С 22 недель внутриутробной жизни до 7 полных суток жизни
Правильный ответ: 1
Вопрос 143
Антенатальный период включает в себя период:
1. С момента рождения до 7 суток жизни
2. С момента рождения до 28 суток жизни
3. С 7 суток жизни до 28 суток жизни
4. С 22 недель внутриутробной жизни до рождения
Правильный ответ: 4
Вопрос 144
Перинатальный период включает в себя период:
1. С момента рождения до 7 суток жизни
2. С момента рождения до 28 суток жизни
3. С 7 суток жизни до 28 суток жизни
4. С 22 недель внутриутробной жизни до 7 полных суток жизни
Правильный ответ: 4
Вопрос 145
Неонатальный период (период новорожденности) включает в себя период:
1. С момента рождения до 7 суток жизни
2. С момента рождения до 28 суток жизни
3. С 7 суток жизни до 28 суток жизни
4. С 22 недель внутриутробной жизни до 7 полных суток жизни
Правильный ответ: 2
Вопрос 146
Преждевременное половое развитие — это:
1. Ускорение темпов роста
2. Появление вторичных половых признаков у девочек раньше 8 лет
3. Появление вторичных половых признаков у мальчиков раньше 13 лет
4. Появление вторичных половых признаков у мальчиков раньше 15 лет
Правильный ответ: 2
Вопрос 147
Какое высказывание верно по отношению к острому менингиту?
1. Классическая триада симптомов — лихорадка, головная боль и менингеальные знаки — надежные критерии острого менингита
2. Сонливость может быть единственным критерием менингита
3. Боли в животе и диарея не встречаются при менингите
4. Остро возникшее психическое расстройство не характерно для менингита
Правильный ответ: 2
Вопрос 148
Какой признак наиболее опасен при тяжелой форме коклюша?
1. Рвота после кашля с репризами
2. Фебрильная лихорадка
3. Цианоз, сохраняющийся между приступами кашля
4. Кровоизлияния в кожу лица и глаз

Правильный ответ: 3
Вопрос 149
Какая тактика ведения пациента необходима при гепатите, вызванном вирусом Эпштейна-Барр?
1. Госпитализация обязательна
2. В остром периоде болезни необходимо назначить ацикловир курсом на 10 дней
3. В остром периоде болезни следует назначить урсодезоксихолиевую кислоту
4. Необходима поддерживающая терапия
Правильный ответ: 4

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия.
Ситуационные задачи для промежуточной аттестации.

Задача N 1

Мальчик 5 лет. Родители обратились к педиатру с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ.

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

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

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 37,2°С. Выражены бледность кожных покровов, без высыпаний; слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие хрипы, а также среднепузырчатые влажные на вдохе необильно. ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное, стул ежеднено оформленный.

Общий анализ крови:HGB - 120 г/л. RBC - 5,1x10^{12}/л, WBC - 4,9x10^{9}/л, NEUT 50%, EO - 3%, LYMPH- 38%, MONO - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений. Четких инфильтративно-очаговых изменений не определяется. Купола диафрагмы четкие. Синусы свободны. Плевра интактна.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Назначьте лечение.
4. Каков прогноз?
5. Какое значение для прогноза заболевания имеет курение родителей?

Задача N 2

Больной А., 10 лет, поступил в дежурный стационар с жалобами на боли в поясничной области, красное окрашивание мочи.

Из анамнеза: с рождения страдает кровотечениями (в 3 месяца – гематома лба, в 1 год – травма уздечки языка, массивное кровотечение, в дальнейшем - периодические кровоизлияния в суставы).

В возрасте 1 год 2 мес выставлен диагноз: гемофилия, определён уровень фактора VIII-2%. Настоящее обострение началось 3 часа назад, накануне катался со снежной горки.

Состояние при поступлении средней степени тяжести, испуган. Правильного телосложения, достаточного питания. Кожные покровы бледные, на нижних конечностях единичные экхимозы, отеков нет. Контрактура правого коленного сустава. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД 22 вмин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 95 в мин. АД 115/79. Живот не напряжён, обычной формы. Кишечник эластичный, безболезненный. Симптом поколачивания положителен справа.Стул был вчера оформленный. Мочится свободно, безболезненно, моча окрашена в красный цвет.

Общий анализ крови:HGB – 102г/л,RBC – $3,5x10^{12}$/л, PLT – 360x10 ^{9}/л, WBC – 12,0x10 ^{9}/л,NEUT– 74%, EO– 2%, LYMPH – 20%, MONO – 4%, СОЭ – 18мм/ч.

Общий анализ мочи: коричневая, мутная, уд вес 1015, белок – 0,07г/л, лейкоциты – ед в п/з, эритроциты свежие в большом количестве.

Задание

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Перечислитенеобходимые дополнительные методы исследования.
3. Какие изменения Вы ожидаете увидеть в результатах дополнительных исследований?
4. Определите объём неотложной терапии.
5. Диспансеризация.

Задача N 3

Больная В., 7 лет, поступила в дежурный стационар с жалобами на сыпь, боли в ногах и животе.

Из анамнеза: родилась в срок, раннее развитие без особенностей. До 1 года – признаки аллергического диатеза. Респираторными заболеваниями болеет редко. За 2 недели до заболевания перенесла ОРЗ. 2 дня назад появились единичные высыпания на нижних конечностях, которые были расценены как укусы насекомых. В тот же день стала жаловаться на боль в голеностопных суставах.

Объективно: состояние средней степени за счет болевого синдрома. Кожа естественной окраски, на голенях, задней поверхности бёдер, ягодицах – папулёзная сыпь симметрично, геморрагические точки в центре папул, зуда нет. Голеностопные суставы отёчны, движения не ограничены, болезненны. В зеве небольшая гиперемия дужек. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, без шумов, ЧСС 102 в мин.АД 98/76 мм рт.ст. Живот обычной формы, болезненный в околопупочной области. Печень по краю рёберной дуги ,селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие параклинические методы требуются для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Назначьте лечение.
5. Диспансеризация.

Задача N 4

Девочка 13 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, сердцебиение. Данные симптомы появились около полугода назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2 лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Девочка стала раздражительной, апатичной. Mensis нерегулярные с 12 лет, 6-7 дней, обильные.

Самочувствие снижено. В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранён. Телосложение нормостеническое. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы мелкие до 0,5см в диаметре единичные, безболезненные при пальпации. Носовое дыхание свободно, катаров нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 104 уд/мин, АД 96/63мм.рт.ст. Живот

мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформлен, ежедневный, мочится свободно, безболезненно.

Общий анализ крови: HGB 80г/л, RBC3,0x10^{12}/л, MCV 70fL(норма 80-89), MCH 20pg(норма26-30), MCHC 301g/L(норма320-380),RDW 19%(норма 11-14); PLT 289x10 ^{9}/л,WBC 7,6x10 ^{9}/л, NEUT 63%, LYMPH28%, BASO 0%, EO 5%, MONO 4%, СОЭ 16 мм/ч.

Задание

1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Назначьте дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза. Что Вы ожидаете в них увидеть?
4. Назначить медикаментозную терапию.
5. Диспансеризация.

ЗадачаN 5

Больная Р., 11 лет, поступает в стационар повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, боли и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5 лет, когда после перенесенной ОРВИ отмечалось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных суставах. Суставной синдром сохранялся в течение 6 месяцев и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течение этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовлечение в процесс и других суставов.

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии(вес 24кг, рост 135см). Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2х2 см) и кубитальных (1,5х1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Катаров нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см. Физиологические отправления со слов не нарушены.

Общий анализ крови: HGB - 90 г/л,RBC 3,87x10^{12}/л, PLT - 492x10^{9}/л, WBC – 12,92x10^{9}/л, NEUT -46%, EO - 2%, LYMPH - 49%, MONO - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок -отриц, лейкоциты - 1-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: a1- 5%, a2 - 12%, b- 5%, g - 30%,глюкоза 4,5 ммоль/л, билирубин общий 10,0 мкмоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л, креатинин 32 мкмоль/л, кальций 2,29 ммоль/л, СРБ +++.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените результаты представленных методов исследования.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Каковы принципы фармакотерапии данного заболевания?
5. Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 6

Девочка 5 лет, поступила в отделение с жалобами на отеки, слабость, сниженный аппетит.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Перенесла

ветряную оспу, часто болела ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа- появились отеки на стопах, в дальнейшем отеки нарастали, стала реже мочиться.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 90/45 мм рт.ст. ЧСС - 102 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, без шумов. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделила за сутки 450 мл мочи.

Общий анализ крови: HGB - 123 г/л,RBC 5,05x10^{12}/л, PLT - 396x10^{9}/л, WBC – 9,46x10^{9}/л, NEUT -70,4%, EO – 0,4%, LYMPH – 26,7%, MONO – 2,5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, pH 8,0, относительная плотность - 1,005, белок - 4,91 г/л;кетоны, глюкоза, уробилиноген - отриц.; лейкоциты - 0-2-4 в п/з, эритроциты - 0-1-1 в п/з, эпителий плоский 0-0-1 в п/з.

Биохимический анализ крови:общий белок – 44,2 г/л, глюкоза 5,1 ммоль/л, билирубин общий 10,0 мкмоль/л, холестерин 6,99 ммоль/л, АЛТ – 13,0 Ед/л, АСТ – 21,2 Ед/л, мочевина -4,4 ммоль/л, креатинин 48 мкмоль/л, хлориды 107,8 ммоль/л, натрий 136,8 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, кальций 2,25 ммоль/л, СРБ отрицат.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте генез отечного синдрома при данном заболевании.
3. Назначьте дополнительные обследования.
4. Назначьте диету, медикаментозную терапию.
5. Диспансеризация.

Задача N7

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

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

Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия, наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный пузырно-мочеточниковый рефлюкс IV-V степени, мегауретер. По поводу этого проведения антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 11-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи - нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови - периодическое повышение уровня мочевины и креатинина.

При осмотре: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. Телосложение ближе к астеническому, вес 32кг рост 144см.Катаров нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные громкие, без шумов. АД 152/100мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.Стул со слов оформленный, мочится свободно, безболезненно.

Общий анализ крови:HGB - 95 г/л, RBC - 3,3x10^{12}/л, PLT 310x10^{9}/л, WBC - 10,5x10^{9}/л, NEUT-78%, EO - 1%, LYMPH - 16%, MONO - 5%, СОЭ - 19 мм/ч.

Общий анализ мочи:желтая, мутная, уд вес 1009, белок - 0,9 г/л, глюкоза отриц., лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - единичные в преп., бактерии – много, слизь ++.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин -4,2 ммоль/л, мочевина - 15,8 ммоль/л, креатинин - 280,0 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, билирубин общий 12,0 мкмоль/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 28Ед/л, кальций 2,09 ммоль/л, СРБ +.

УЗИпочек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка -длина82мм(норма 90±4,7) ширина 40 мм(норма41,4±4,1), паренхима - 10 мм(норма 13-18). Левая почка длина 95мм(норма

89,6±4,8) ширина 47 мм(норма 42,4±3,5), паренхима - 18 мм(норма 13-18). Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

Проба по Зимницкому:обьем 1950мл,дневной диурез- 350мл, ночной диурез – 1600мл; колебания относительной плотности - 1,000-1,006.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Назначьте дальнейшее обследование.
3. Назначьте диету, медикаментозную терапию.
4. Диспансеризация.
5. Каков генез изменений в общем анализе крови?

Задача N8

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°С и выраженным возбуждением.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились скудные катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 39,4-39,5°С, появились вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра 5лет больна ОРЗ. На вторые сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°С, выражено беспокойство, вызвана скорая медицинская помощь.

При осмотре врачом бригады скорой помощи отмечаются резкое возбуждение ребенка, на осмотр реагирует резко негативно. Выражены бледность кожи, мраморность, конечности холодные. Носовое дыхание затруднено, видимого отделяемого нет, в зеве яркая гиперемия, налетов нет. ЧД - 54 в минуту. Над всей поверхностью легких перкуторный звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 148 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул ежедневный оформленный, мочится реже обычного.

Задание

1. Указать чем обусловлена тяжесть состояния ребенка.
2. Назвать предположительную этиологию заболевания.
3. Перечислить исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Описать тактику ведения заболевания у данного ребенка, сформулировать план неотложных мероприятий.
5. Перечислить варианты гипертермического синдрома.

Задача N9

Мальчик М., 1 года 1 месяц, поступает в стационар с жалобами матери на вялость, отказ от еды, повышение температуры тела до 38,8°С, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел 7 дней назад, когда впервые появились вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, редкий кашель. Вызванный участковый педиатр диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение. На фоне проводимых мероприятий состояние ребенка улучшилось. Однако на 6-й день от начала заболевания у мальчика повысилась температура тела до 38,8°С, он вновь стал вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мать повторно вызвала участкового врача.

При осмотре дома обращали на себя внимание следующие симптомы: бледность кожи, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, одышка до 60 в минуту с участием вспомогательной мускулатуры. Сатурация 91%. Перкуторно в межлопаточной области справа -участок притупления, там же и книзу от угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующис хрипы. Носовое дыхание затруднено за счет отека. В зеве разлитая гиперемия, без налетов. Над остальными участками легких выслушивается жесткое дыхание. ЧСС - 160 уд/мин, тоны сердца ритмичные, без шумов. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. Ребенок госпитализирован.

Общий анализ крови: HGB - 122 г/л, RBC - 4,5x10^{12}/л,HCT - 49% (норма - 32-45%) WBC-9,5x10^{9}/л,NEUT - 56%, EO- 1%, LYMPH- 36%, MONO - 7%, СОЭ - 17 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, мочевина -4,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий -138 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л, АСТ - 19 ЕД/л , серомукоид - 0,480 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови:pH7,32, $pO_2$72 ммрт.ст. (норма 80-100), pCO_2 49 ммрт.ст. (норма 36-40), BE -2,3 ммоль/л (норма ±2,3), BB49 ммоль/л (норма 42-52), SB - 26 ммоль/л (норма 20-27).

Рентгенограмма грудной клетки: выявляются очаговые инфильтративные тени в S9, S10 правого легкого. Усиление сосудистого рисунка легких, корни неструктурны.

Задание

1. Сформулировать диагноз в соответствии с классификацией.
2. Назвать предположительную этиологию заболевания.
3. Интерпретировать изменения ванализах.
4. Назначить терапию и обосновать рациональный выбор антибиотика.
5. Перечислить критерии эффективности антибактериальной терапии.

Задача N10

Мама с ребенком (мальчик)3 месяцев посетила участкового врача с целью проведения планового осмотра. Предыдущий прием был в возрасте 1 месяца. Мальчик на естественном вскармливании. В последние 2 недели стал беспокойным, не выдерживает прежние перерывы между кормлениями.

Родители мальчика здоровы. Беременность у матери вторая, первая - медицинское прерывание, протекала с токсикозом второй половины. Роды в срок. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3280 г, длина - 50 см. Из роддома выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребенок ничем не болел.

При осмотре: ребенок беспокоится, плачет. Антропометрия: масса тела - 4750 г, длина – 58 см, окружность грудной клетки – 39 см. Температура тела 36,7°С. Кожа чистая, обычной окраски. Подкожно-жировой слой на животе практически отсутствует, а на конечностях истончен. Слизистые чистые, зев спокоен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги. Стул до 2 раз в день, кашицеобразный, желтого цвета с кисломолочным запахом.

Хорошо держит голову. Начал переворачиваться со спины на живот. За яркими предметами следит. Рефлекс Бауэра, Моро, автоматической походки не вызываются. Тонические шейные (симметричный и асимметричный) и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются.

Задание

1. Сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией.
2. Назвать причины возникновения данного состояния.
3. Требуются ли дополнительные исследования?
4. Назначить диетотерапию.
5. Оценить данные неврологического осмотра.

Задача N11

Родители самообратились в дежурный стационар с ребенком 6 дней жизни, жалобы на опухоли молочных желез.

Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, роды в срок 39 недель. Масса при рождении 3650 г, длина 52 см, закричала сразу, к груди приложена в родзале, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Физиологическая убыль массы составила 4%. Привита от гепатита В и вакциной БЦЖ-М. Выписана из роддома на 4 сутки.

У девочки при осмотре крик громкий, эмоциональный. Аппетит сохранен.Кожные покровы лица, туловища, склеры с желтушным оттенком. На коже носа, лба определяются множественные беловатые узелки размером до 1 мм в диаметре. Отмечается симметричное увеличение молочных желез до 2 см в диаметре, без гиперемии вокруг. По органам — без особенностей. Пупочная ранка

сухая. При осмотре области гениталий определяется незначительное количество слизисто-сукровичного отделяемого из половой щели.

Задание

1. Поставить диагноз.
2. Объясните причину возникшего состояния.
3. Требует ли ребенок госпитализации?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику данного состояния?
5. Необходимо ли лечение?

Задача N12

На приеме девочка 7 месяцев Родители отмечают, что в последнее время у ребенка появились вздрагивания во сне и повышенное потоотделение.

Анамнез: девочка от третьей беременности, протекавшей на фоне гестоза 2 половины. Первые 2 ребенка здоровы. Роды в срок. Масса тела 3580 г, рост - 53 см, окружность головы - 35 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. К груди ребенок приложен в первые 30 минут. На естественном вскармливании до 6 месяцев, затем молочная смесь. В 3 месяца сделана прививка АКДС и против полиомиелита, реакции на прививку не было. В 4 и 5 месяцев на профилактический прием мать с ребенком не явилась. Прикорм не введен. В течение последнего месяца мать обратила внимание, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне. Физическое развитие: рост 63 см, масса тела 7500 г.

Нервно-психическое развитие: поворачивается со спины на живот, свободно берет игрушку из разных положений, гулит. Ребенок плохо опирается на ноги

Объективно: Ребенок активный. Выражены уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стрело- и лямбовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, пальпируются реберные четки. Большой родничок - 3×3 см. Мышечная гипотония. Легкие и сердце – без особенностей. Живот мягкий, распластанный. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: HGB 115 г/л, RBC $3,9\times10^{12}$/л, WBC $7,9\times10^{9}$/л, EO3%,NEUT 35%, LYMPH 60%, MONO 5%, СОЭ – 10 мм/ч.

Задания

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите причины, которые привели к развитию выявленной патологии у ребенка.
3. Требуется ли дообследование пациента?
4. Назначьте лечение.
5. Опишите меры профилактики данного заболевания.

Задача N13

Доношенный мальчик от 1 беременности, протекавшей без особенностей, от 1 родов через естественные родовые пути в переднем виде затылочного вставления, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8\9 баллов. Вес при рождении 3350г. Привит от гепатита В в первые сутки.

Ухудшение состояния на 3 сутки жизни. Жалобы матери-при беспокойстве и сосании у ребенка появляется синюшность губ и носогубного треугольника, снижение аппетита (отказ от еды). Объективно: ЧД 61вмин ЧСС 180 в мин. Температура 36,7°С. При беспокойстве выраженный периоральный цианоз, цианоз губ. Пульс на лучевой артерии высокого наполнения, на ногах – не прощупывается. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается систолический шум. Перкуторно границы сердца расширены. Аускультативно дыхание в легких проводится во все отделы, в нижних отделах ослаблено, без хрипов. АД на левой руке 115\75, сатурация 96%.

Печень +3 см, пастозность конечностей, селезенка не пальпируется. Пупочный остаток в скобе, без воспаления.

Задания

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Чем обусловлено ухудшение состояния к 3 дню жизни?
3. Какое обследование необходимо ребенку?
4.Какое лечение требует данная патология?

Задача N14

Девочка 12 лет, в течение 2 лет беспокоят боли в эпигастрии, которые возникают чаще после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Кроме этого отмечаются изжога, отрыжка с кислым запахом, боли за грудиной практически после каждого приема пищи и ночью. Часто просыпается от того, что во рту кислое содержимое. Наследственность: мать, 35 лет, здорова; отец, 38 лет, – гастродуоденит; у дедушки (по линии матери) – рак пищевода.

Ребенок доношенный, на естественном вскармливании был до 5 мес. Аллергоанамнез не отягощен.

Обьективно: Рост 145 см, масса 32 кг. Кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 78 уд/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: HGB 118 г/л, RBC4,1×10^{12}/л, WBC8,9×10^{9}/л, EO3%,NEUT65%, LYMPH 30%, MONO 5%, СОЭ – 11 мм/ч.

ЭГДС: Слизистая оболочка пищевода розовая, в нижней трети с гиперемией по типу «языков пламени». Кардия зияет. Складки кардиального сфинктера утолщены, определяется поперечная исчерченность. В просвете желудка слизь с примесью темной желчи. Слизистая оболочка желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, слизистая оболочка гиперемирована. Слизистая оболочка постбульбарных отделов с гиперемией и единичными лимфангиоэктазиями на стенках.

Задания

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Назначить дополнительное обследование.
3. Назначьте терапию.
4. Какие режимные рекомендации следует соблюдать ребенку?

Задача N15

Девочка, 1г 3 мес поступила в стационар с жалобами матери на диарею, обильный зловонный стул, увеличение живота, нарушение аппетита, потерю в весе, нарушение поведения ребенка в виде раздражительности, агрессивности, нарушение сна.

Подобные изменения появились с 8 мес, когда ребенку ввели прикорм каши(в основном ест овсяную), хлеб. Ребенок от первой беременности, от молодых, здоровых родителей, срочных родов протекавших без патологии. Родился с весом 3500, рост 52 см. В 6 мес. весил 8200 г, рост 66 см, находился на грудном вскармливании.

В настоящее время вес 9000 г, рост 72 см. При объективном исследовании кожные покровы бледно-серого оттенка, суховаты, на губах заеды, подкожно-жировой слой истончен - 0,5 см на уровне пупка. Дыхание пуэрильное 30 в мин.. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 118 в мин. Живот увеличен в размерах, вздут. Печень, селезенка в пределах возрастной нормы. Стул жидкий, зловонный, серовато-зеленоватого цвета.

Общий анализ крови: HGB 106 г/л, RBC 3,7×10^{12}/л, PLT 313x10^{9}/л, WBC 8,9×10^{9}/л, EO 3%,NEUT 35%, LYMPH 60%, MONO 5%, СОЭ – 15 мм/ч.

В сыворотке крови выявлены антитела к тканевой трансглутаминазе(IgA) 38,43 Ед/мл (норма до 10 ед/мл).

Задания

1. Поставьте диагноз
2. Объясните изменения в ОАК.
3. Назначьте лечение
4. Дайте характеристику диеты, необходимой пациенту.
5. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?

Задача N16

Девочка, 15 лет поступила с жалобами на головные боли, сердцебиение, беспокойный сон, снижение работоспособности.

Анамнез жизни. Ранний анамнез – без особенностей, росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

Данные жалобы появились впервые около 1 года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе, девочка поправилась(много ест сладостей). Приступы головной боли в последнее время отмечаются по нескольку раз в месяц, проходят после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха. При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка гиперстеничного телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: не изменены. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 98 уд/мин. АД 150/82 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови:HGB 118 г/л, RBC4,0×10^{12}/л, PLT 350x10^{9}/л,WBC9,9×10^{9}/л, EO 3%,NEUT 65%, LYMPH 32%, MONO 3%, СОЭ – 10 мм/ч.

Биохимический анализ крови:общий белок - 69 г/л, глюкоза 5,9 ммоль/л, мочевина -3,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий -137 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л, АСТ - 19 ЕД/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 98 уд/мин. Умеренное нарушение процессов реполяризации в миокарде.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные лабораторные и инструментальные исследования.
3. Перечислите факторы риска развития данного состояния у ребенка.
4. Составьте план лечения больной.

Задача N17

Девочка 15-ти лет обратилась к врачу с жалобами на резко учащенные (каждые 10-15 мин), болезненные мочеиспускания малыми порциями, появление капельки крови в конце мочеиспускания.

Анамнез заболевания:данные жалобы появились остро после переохлаждения(долго стояла на автобусной остановке) за сутки до поступления. Ранее в анамнезе указаний на подобные симптомы и изменения в анализах мочи нет.

При осмотре: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 37,3°С. Кожные покровы обычной окраски. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС – 76 в 1 мин. АД – 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лобком. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускания болезненны. Моча мутная, в конце мочеиспускания – капелька крови. Стул оформленный.

Общий анализ крови:HGB 122 г/л, RBC4,1×10^{12}/л, PLT 343x10^{9}/л, WBC13,9×10^{9}/л, EO 3%,NEUT85%, LYMPH 12%, MONO 3%, СОЭ – 19 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый; прозрачность – мутная; реакция – нейтральная; относительная плотность– 1.022; белок – 0,033 г/л; лейкоциты – сплошь в п/зр., эритроциты – 12-10-8 в п/зр., слизь – много, эпителий плоск. 8-10-12 в п/зр, бактерии+++.

Задания

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Укажите наиболее вероятного возбудителя.
3. Нуждается ли больная в дополнительном обследовании?
4. Назначьте лечение.
5. С чем необходимо дифференцировать заболевания у данной пациентки?

Задача N18

Мальчик, 10 лет. Болен два года. Данные анамнеза: от 1-й беременности, родился доношенным. На естественном вскармливании находился до 2 мес. С 3-х месяцев отмечались проявления дерматита из-за перехода на смесь. С 1-го года часто болеет респираторными заболеваниями. В дошкольном возрасте частые обструктивные бронхиты. Первый приступ удушья на фоне нормальной температуры был в 8 лет. Постоянную терапию не получает. Приступы протекают нетяжело, купируются обычно одной ингаляцией *вентолина*. Дома есть собака и кошка. Летом, которое мальчик проводит на даче, приступов никогда не бывает. Специальное аллергологическое обследование не проходил.

Настоящий приступ, длится уже 6 часов. Купировать его ингаляцией *вентолина*, как обычно, не удалось.

Данные объективного осмотра: состояние средней тяжести за счет признаков дыхательной недостаточности. Мальчик активный. Отмечается экспираторная одышка. Грудная клетка слегка вздута. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание с удлиненным выдохом, выслушиваются сухие свистящие хрипы. Слизистые чистые, в зеве без гиперемии. Число дыханий 35 в минуту. Тоны сердца громкие, удовлетворительной звучности. ЧСС 85 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования должны были быть проведены ребенку?
3. Каков, на Ваш взгляд, наиболее вероятный причинный аллерген у данного больного?
4. Показана ли госпитализация больного?
5. Назначьте лечение.

Задача N19

Мальчик И., 4 месяца, поступил в стационар с жалобами на сыпь. Анамнез заболевания. Мать, начиная с 2,5 месяцев после перехода на искусственное вскармливание, стала замечать у ребенка преходящую красноту щек, одновременно появились серо-желтые чешуйки на волосистой части головы. К врачу за помощью не обращалась, самостоятельно лечение не проводила, смазывала щеки детским кремом. Через 2 недели после перехода на смесь, краснота кожи стала постоянной, появилась отечность. Затем сыпь распространилась на лицо, руки, ноги, ягодицы. Мать страдает бронхиальной астмой.

При поступлении состояние ребенка средней степени тяжести. Ребенок беспокоится. На лице, за исключением носогубного треугольника, за ушами, в шейных складках, в локтевых и подколенных ямках кожа гиперемирована и отечна, покрыта мокнущими микровезикулами, в области промежности и на ягодицах микровезикулы сливаются, образуя эрозии. Пальпируются периферические лимфатические узлы по всем группам – до 0,5 см в диаметре, подвижные, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями и между собой. Тоны сердца громкие, ритмичные,ЧСС 125 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.Стул разжиженный, желто-зеленый, с непереваренными комочками и слизью.

Общий анализ крови:HGB 122 г/л, RBC4,1×10^{12}/л, PLT 390x10^{9}/л, WBC11,9×10^{9}/л, EO13%,NEUT19%, LYMPH 62%, MONO 6%, СОЭ – 12 мм/ч.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования должны были быть проведены ребенку?
3. Каков, на Ваш взгляд, наиболее вероятный причинный аллерген у данного больного?
4. Скорректируйте питание ребенка.
5. Назначьте лечение.

Задача N20

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2×2 см, малый – 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар. На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной покрышкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°С, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови: HGB 162 г/л, RBC4,6×10^{12}/л,PLT 190x10^{9}/л,WBC17,0×10^{9}/л, EO1%,NEUT10%, LYMPH 79%, MONO 10%, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 51,0 г/л, билирубин: общий – 300 мкмоль/л, непрямой – 268 мкмоль/л, прямой – 32 мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, АСТ 169 Ед/л, АЛТ 135Ед/л.

Исследование ликвора: прозрачность – мутная, белок – 1,65 г/л, реакция Панди – +++, цитоз – 350 в 3 мкл: нейтрофилы – 15%, лимфоциты – 85%.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каков наиболее вероятный путь инфицирования ребенка?
3. Перечислите какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза.
4. Существует ли этиотропное лечение данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Задача N21

Мальчик, 7 лет обратился к участковому педиатру с жалобами на периодические боли в животе, метеоризм, сниженный аппетит, неприятный запах изо рта.

Из анамнеза было выявлено, что подобные жалобы возникли примерно 3 месяца назад. В лечении применяли диету с пищевыми волокнами, пробиотики, эффекта не было.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, отмечается синева под глазами. Язык обложен у корня белым налетом. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 91 в минуту. При пальпации живота отмечается болезненность в околопупочной области. Печень не увеличена. Стул оформленный. По остальным системам без патологии.

Общий анализ крови: HGB 121 г/л, RBC 3,9×10^{12}/л, PLT 290x10^{9}/л, WBC 6,3×10^{9}/л, EO 6%, NEUT 63%, LYMPH 23%, MONO 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Копрограмма : консистенция- оформленный,цветкоричневый, нейтральный жир++,жирные кислоты ++, крахмал +, слизь+, цисты Lambliaintestinalis.

УЗИ органов брюшной полости(заключение):эхо-признаки дисхолии.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Проведите интерпретацию копрологического анализа.
4. Назначьте лечение.
5. Требует ли ребенок изоляции на время лечения?

Задача N22

Девочка 6 месяцев вызов скорой медицинской помощи в связи с судорогами. Судороги начались на фоне беспокойства и плача.

Из анамнеза известно: ребенок от второй беременности. Во время беременности у матери отмечались анемия легкой степени, судороги в икроножных мышцах. Ребенок из группы социального риска(мать воспитывает ребенка одна), поликлинику регулярно не посещает. Девочка родилась с массой 3150г, 55см. На грудном вскармливании до 2 месяцев, затем переведена на смесь. С 4-месячного возраста введена манная каша. Примерно с 2 месяцев жизни появились потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность. Две недели назад мать обратилась в поликлинику, был назначен колекальциферол 2500МЕ в сутки.

Объективно при осмотре врачом скорой медицинской помощи: Ребенок в сознании, капризный. Кожные покровы физиологической окраски, выражена потливость. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3х3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". ЧСС - 130 уд/мин. Тоны сердца ясные,ритмичные. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Во время осмотра ребенок потерял сознание, возникли тонические судороги.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите исследования, которые необходимо провести для уточнения диагноза. Что Вы ожидаете в них увидеть?
3. Объясните патогенез возникших судорог.
4. Опишите неотложную помощь пациенту.
5. Назначьте лечение.

Задача N23

Ребенок 2 лет заболел остро с повышения температуры тела до 37,5°С, появления сухого кашля, насморка. Среди ночи проснулся от шумного, затрудненного дыхания, «лающего» кашля. Мать вызвала скорую помощь.

При осмотре врач скорой медицинской помощи отметил заложенность носа (ребенок дышит ртом), бледность кожных покровов, цианоз вокруг рта, втяжение межреберий, яремной и надключичной ямок при вдохе. Число дыханий – 42 в минуту. Голос осипший, вдох шумный. Кашель грубый, «лающий». При осмотре ротоглотки яркая гиперемия дужек, небных миндалин, мягкого неба, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 142 в минуту. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул (со слов мамы) был оформленным. Мочится обычно.

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Выделите ведущий клинический синдром, обусловливающий тяжесть состояния ребенка.
3. Определите место для лечения больного и обоснуйте свое решение.
4. Опишите неотложную помощь пациенту.
5. Каков прогноз заболевания?

Задача N24

Мальчик 8 лет обратился в приемный покой с жалобами на слабость, тошноту, похудание, жажду и частое мочеиспускание. Жажда и частое мочеиспускание появились около месяца назад, к врачу не обращались. Неделю назад родители отвезли ребенка в гости к бабушке на каникулы, приехав через неделю отметили выраженное снижение веса, слабость, обратились в приемный покой дежурного стационара.

При осмотре мальчик в сознании, выражена слабость, на вопросы отвечает коротко. Кожные покровы сухие, бледные, выражен румянец на щеках, тургор снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, отеков нет. Носовое дыхание свободно, в зеве без гиперемии, язык обложен белым налетом, губы сухие потрескавшиеся. Аускультативно дыхание везикулярное, глубокое, без шумов. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, немного болезненный в околопупочной области. Стул был вчера оформленный. Мочится часто, обильно, безболезненно.

В приемном покое гликемия 25 ммоль/л

Задания

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите синдром, за счет которого выражена тяжесть состояния ребенка.
3. Опишите неотложную помощь пациенту.
4. Перечислите необходимые дополнительные исследования. Что Вы ожидаете в них увидеть?
5. Каков прогноз заболевания?

Задача N25

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами на синяки разной величины и давности на лице, туловище и конечностях, кровотечение из носа. Из анамнеза болезни известно, что за две недели до начала жалоб перенесла ОРВИ с субфебрильной температурой.

Объективно: При поступлении состояние тяжелое за счет выраженного кожного геморрагического синдрома и продолжающегося носового кровотечения. На коже лица, туловища и конечностей обильная петехиальная сыпь, экхимозы разной давности размером от 0,5 до 2,0 см в диаметре. На слизистых оболочках полости рта множественные петехии. В носовых ходах влажные тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы шейной и подмышечной групп мелкие, безболезненные, подвижные. Дыхание равномерно проводится во все отделы лёгких, хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная, ЧСС 105 уд.в 1 мин. АД 99/63 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: HGB 108 г/л, RBC $3,8\times10^{12}$/л, PLT $8,0\text{x}10^{9}$/л, WBC $9,3\times10^{9}$/л, EO 4%, NEUT 46%, LYMPH 44%, MONO 6%, СОЭ – 7 мм/ч.

Время кровотечения по Дьюку 7 мин; **время свертывания** по Сухареву - начало 2 мин, конец – 4 мин.

Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, относительная плотность 1015, белок – нет, pH – 6,0, эпителий плоский – 2-4 в п/зр., лейкоциты – 1-4 в п./ зр., цилиндры – нет, слизь, бактерии – нет.

Задания

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назовите тип кровоточивости у пациента.
3. Назначьте лечение.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Какие осложнения могут возникнуть при этом заболевании?

Задача N26

Девочка. 9 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних трех месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что кожные покровы ребёнка стали бледными. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3◦С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы.

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

Общий анализ крови: гемоглобин - 86 г/л, эритроциты - $3,2\text{x}10^{12}$/л, тромбоциты (по Фонио) - единичные, лейкоциты – $208,0\text{x}10^{9}$ /л, бласты - 76%, п/я - 1%, с/я - 4%, лимфоциты- 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Миелограмма – костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.

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

Иммунологического исследования костного мозга - на бластных клетках выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

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

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания.
4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?

Объясните патогенез клинических симптомов

Задача N27

У девочки 12 лет после посещения праздника, где употребляла в пищу сладости, фрукты, пиццу, появился сильный зуд кожи, обильные красные высыпания, отек лица.

Родилась в срок, без асфиксии. С двухмесячного возраста была переведена на искусственное вскармливание. В грудном возрасте отмечены кожные проявления аллергического диатеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Изредка болела простудными заболеваниями. В дальнейшем никаких проявлений диатеза не было. У отца девочки — бронхиальная астма.

При осмотре девочка в сознании. Кожные покровы с генерализованной уртикарной сыпью, зудит. Веки, губы отечны. Слизистые чистые, язык обложен у корня белым налетом. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 91 в минуту. АД 118/89 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается умеренная болезненность в околопупочной области. Печень не увеличена. Стул оформленный.

Задания

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите неотложную медицинскую помощь пациенту.
3. Что явилось причиной развития симптоматики?
4. Какие виды аллергенов Вы знаете?
5. Укажите прогноз заболевания. Какие могут быть осложнения?

Задача N28

Мальчик, 7 лет, жалуется со слов матери на водянистые, обильные выделения из носа, чихание, зуд в области носа, глаз и ушей, нарушение носового дыхания.

Подобное состояние отмечается в течение всего месяца(май), после того как семья переехала на дачу.

Анамнез жизни: ребенок от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3250 г, длина 49 см. До 3 лет атопический дерматит с обострениями при нарушении диеты. У мамы - бронхиальная астма, отец - страдает поллинозом.

При обращении состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, сухие. Отмечается одутловатость лица, дышит ртом, сухие, потрескавшиеся губы, распухший нос, веки немного отечны, конъюнктива гиперемирована, склерит, без отделяемого. Дыхание через нос затруднено, обильное слизистое отделяемое. ЧД –24 в минуту. Грудная клетка не вздута, при аускультации дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови:HGB 128 г/л, RBC $4,5\times10^{12}$/л, PLT 296,0x10^{9}/л, WBC $6,8\times10^{9}$/л, EO 15%, NEUT 39%, LYMPH 48%, MONO 8%, СОЭ – 7 мм/ч.

Цитологический анализ со слизистой носа: эпител.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 20 в п/зр, с/я – 7-10 в п/зр.

Задания

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Наметьте план лечения больного на период обострения.
4. Какие наиболее вероятные этиологические факторы в данном случае?
5. Опишите методы лечения данного заболевания.

Варианты оценочных заданий для проведения итоговой аттестации в форме экзамена (устный опрос и практические навыки) II семестр

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия» для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия Перечень практических навыков для проведения итоговой аттестации.

Неотложные состояния

1. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при судорожном синдроме.
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме.
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипогликемической коме.
5. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите.
7. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности.

Физикальное обследование

8. Оценка физического развития ребёнка (антропометрия, оценка по центильным таблицам).
9. Оценка нервно-психического развития ребёнка (соответствие возрастным нормам).
10. Проведение аускультации лёгких, интерпретация аускультативной картины.
11. Проведение аускультации сердца, интерпретация аускультативной картины.
12. Проведение пальпации живота, интерпретация пальпаторной картины.
13. Методика измерения и оценки артериального давления у детей различного возраста.

Диагностика и интерпретация

14. Оценка показателей функции внешнего дыхания.
15. Оценка результатов лабораторного обследования (общий анализ крови, биохимия, моча).
16. Оценка результатов рентгенографического исследования органов грудной клетки.

4. Практические манипуляции и расчёты

17. Восстановление проходимости дыхательных путей (методика проведения, показания и противопоказания).
18. Проведение расчёта питания ребёнку на первом году жизни.
19. Проведение расчёта питания новорождённому ребёнку.
20. Расчёт суточной и разовой дозы лекарственного препарата ребёнку (на примере конкретного возраста).
21. Принципы расчёта инфузионной терапии у детей с различной патологией.

5. Дополнительные навыки

22. Сбор жалоб, анамнеза заболевания со слов матери или у ребёнка старшего возраста, определение

факторов риска возникновения патологии.
23. Проведение объективного обследования больного с целью выявления клинических симптомов.
24. Способы ингаляционной доставки лекарственных средств.
25. Применение глюкометра и оценка данных глюкотеста.

Фонд оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия
Перечень вопросов для проведения устного опроса
итоговой аттестации.

1. Основные факторы риска заболеваний у детей.
2. Рефлексы новорожденных.
3. Понятие о степенях недоношенности новорожденных.
4. Стигмы эмбриогенеза.
5. Транзиторные состояния новорожденных.
6. Бронхолегочная дисплазия.
7. Болезнь гиалиновых мембран.
8. Внутричерепные кровоизлияния у новорожденных.
9. Гемолитическая болезнь новорожденных.
10. Гнойно-воспалительные заболевания кожи новорожденных.
11. Сепсис новорожденных.
12. Недостатки искусственного вскармливания ребенка первого года жизни.
13. Значение режима питания в профилактике нарушений пищевого поведения у детей.
14. Этапы формирования пищевых навыков у детей первых трех лет жизни.
15. Основные проблемы питания детей школьного и подросткового возраста.
16. Основные формы документации участкового педиатра.
17. Диспансерное наблюдение за детьми первых трех лет.
18. Группы здоровья. Группы риска.
19. Основные функциональные обязанности врача ДДУ.
20. Основные функциональные обязанности школьного врача.
21. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей с хронической патологией.
22. Острые респираторные заболевания у детей (этиология, эпидемиология, клиника, лечение, профилактика)
23. Острые пневмонии у детей (этиология, клиника, принципы лечения, профилактика)
24. Специфическая и неспецифическая профилактика респираторных заболеваний у детей
25. Анемии у детей (этиология, клиника, лечение, профилактика)
26. Диспансерное наблюдение детей с хроническим пиелонефритом.
27. Принципы антибактериальной терапии пиелонефрита у детей.
28. Основные принципы терапии нефротического синдрома у детей
29. Клинико-морфологическая классификация гломерулонефритов у детей (МКБ)
30. Базисная терапия бронхиальной астмы.
31. Проблемы грудного вскармливания новорожденного ребенка на амбулаторном этапе. Алгоритм оказания помощи.
32. Классификация заменителей грудного молока. Характеристика основных групп.
33. Организация питания детей с 1 года до 3 лет жизни.
34. Энтеральное питание на педиатрическом участке. Показания к назначению, схемы и методики.
35. Признаки бактериальной инфекции у ребенка при острых респираторных заболеваниях. Показания для антибактериальной терапии.
36. Неотложная помощь при синдроме крупа на этапах оказания медицинской помощи.
37. Антибактериальные препараты для амбулаторной практики
38. Острая почечная недостаточность у детей.
39. Хроническая почечная недостаточность у детей.

40. Дизметаболические нефропатии у детей.
41. Основные задачи диспансеризации детей. Этапы диспансеризации. Группы здоровья, группы риска.
42. Особенности развития детей первых 3-х лет жизни.
43. Контроль за нервно-психическим развитием детей 2-го и 3-го года жизни в КЗР.
44. Организация прививочного дела. Календарь прививок. Противопоказания к проведению прививок.
45. Организация профилактических осмотров специалистами. Роль узких специалистов в обеспечении оптимального уровня развития и состояния здоровья.
46. Сроки введения прикорма при различных видах вскармливания.
47. Особенности вскармливания детей в разные периоды первого года жизни.
48. Тактика ведения и диетотерапия детей с пищевой аллергией.
49. Возрастные особенности иммунитета у детей.
50. Аллергия, типы аллергических реакций. Современные методы диагностики.
51. Внутриутробные инфекции. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Желтухи новорожденных. Дифференциальная диагностика. Лечение.
53. Механизмы развития, диагностика и принципы терапии перинатальных поражений ЦНС у новорожденных.
54. Рахит. Система регуляции фосфорно-кальциевого обмена. Лечение, профилактика.
55. Особенности железодефицитных анемий у детей раннего возраста. Лечение.
56. Синдром срыгивания и рвоты. Семиотика синдрома рвоты. Особенности вскармливания.
57. Атопический дерматит у детей. Возрастные особенности. Диагностика. Лечение.
58. Бронхиты. Классификация. Клиника. Лечение
59. Пневмонии. Классификация. Клиника. Лечение
60. Аллергический ринит, классификация. Клиника. Лечение.
61. Бронхиальная астма. Терапия обострений.
62. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей.
63. Вегето - сосудистая дистония. Клиника, диагностика. Подходы к терапии.
64. Ювенильный идиопатический артрит.
65. Анемии у новорожденных детей. Диагностика, лечение.
66. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий у детей.
67. Гастродуодениты. Клиника, диагностика, лечение.
68. Язвенная болезнь желудка. Клиника, диагностика, лечение.
69. Дискинезии желчевыводящих путей. Клиника, диагностика, лечение.
70. Глистные инвазии. Дифференциальный диагноз. Лечение.
71. Пиелонефрит. Клиника, диагностика, лечение.
72. Гломерулонефрит: клинико-морфологические формы, клинические проявления; классификация, дифференциальный диагноз, лечение в острый период.
73. Тубулопатии у детей. Диагностика. Лечение.
74. Профилактика и диспансерное наблюдение при заболеваниях мочевой системы у детей.
75. Патология полового развития у детей. Современные принципы диагностики и лечения.
76. Гипертермический синдром. Лечение.
77. Судорожный синдром. Дифференциальный диагноз. Лечение
78. Аллергическая крапивница. Неотложная помощь.
79. Анафилактический шок. Клиника, неотложная помощь.
80. Острая сосудистая недостаточность: обморок, коллапс, шок. Неотложная помощь.
81. Острая почечная недостаточность. Клиника. Лечение.
82. Острая надпочечниковая недостаточность Клиника, диагностика, лечение.
83. Неотложные состояния при сахарном диабете: диабетическая кома, гипогликемическая кома. Неотложная помощь.
84. Обструктивный бронхит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
85. Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь у детей, принципы терапии
86. Показания и противопоказания для назначения желчегонных средств.
87. Целиакия у детей. Определение, классификация, клинические проявления, патогенетическая

терапия.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в зачетной ведомости.
Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)
Промежуточная аттестация в **форме зачета с оценкой** осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

Проведение итоговой аттестации по дисциплине (модулю)
Промежуточная аттестация в **форме экзамена** осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период экзаменационной (зачетно-экзаменационной) сессии, установленной календарным учебным графиком.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ
к фонду оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия
Тестовые задания для промежуточной аттестации.

1 - 2	16 - 2	31 - 4	46 - 4	61 - 3	76 - 1	91 - 3	106 - 3	121 - 2	136 - 2
2 - 1	17 - 3	32 - 1	47 - 2	62 - 1	77 - 4	92 - 1	107 - 1	122 - 2	137 - 2
3 - 4	18 - 1	33 - 1	48 - 2	63 - 1	78 - 2	93 - 4	108 - 3	123 - 2	138 - 1
4 - 1	19 - 4	34 - 2	49 - 4	64 - 4	79 - 4	94 - 3	109 - 3	124 - 2	139 - 4
5 - 1	20 - 4	35 - 1	50 - 2	65 - 3	80 - 4	95 - 2	110 - 1	125 - 1	140 - 2
6 - 2	21 - 4	36 - 1	51 - 4	66 - 2	81 - 4	96 - 3	111 - 3	126 - 2	141 - 3
7 - 2	22 - 4	37 - 1	52 - 4	67 - 1	82 - 1	97 - 3	112 - 2	127 - 3	142 - 1
8 - 2	23 - 4	38 - 1	53 - 4	68 - 1	83 - 4	98 - 2	113 - 4	128 - 4	143 - 4
9 - 4	24 - 4	39 - 1	54 - 2	69 - 3	84 - 4	99 - 3	114 - 2	129 - 2	144 - 4
10 - 2	25 - 4	40 - 1	55 - 1	70 - 1	85 - 2	100 - 4	115 - 2	130 - 1	145 - 2
11 - 2	26 - 4	41 - 3	56 - 2	71 - 1	86 - 4	101 - 3	116 - 2	131 - 4	146 - 2
12 - 1	27 - 4	42 - 1	57 - 1	72 - 2	87 - 2	102- 3	117 - 3	132 - 4	147 - 2
13 - 4	28 - 1	43 - 2	58 - 1	73 - 4	88 - 4	103 - 1	118 - 3	133 - 3	148 - 3
14 - 2	29 - 4	44 - 3	59 - 1	74 - 1	89 - 2	104 - 3	119 - 1	134 - 1	149 - 4
15 - 3	30 - 4	45 - 1	60 - 4	75 - 2	90 - 2	105 - 4	120 - 1	135 - 2	

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ
к фонду оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия
Ситуационные задачи для промежуточной аттестации.

Задача №1.
Диагноз: Острый обструктивный бронхит, затяжное течение; высокий риск аллергического заболевания дыхательных путей. Сопутствующие факторы: аденоидные вегетации II степени, пассивное курение.
Обоснование:
Кашель более 3 недель после ОРВИ, утреннее усиление кашля.
Удлиненный выдох, сухие свистящие хрипы, коробочный оттенок перкуторного звука.
На рентгенограмме нет инфильтрации, есть перибронхиальные изменения.
Дифференциальная диагностика:
Пневмония
Бронхиальная астма
Коклюш/паракоклюш
Постназальный затек при аденоидите/риносинусите
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Пульсоксиметрия, оценка степени дыхательной недостаточности.
Повторный осмотр после бронхолитика; при рецидивах — спирометрия с бронходилатационным тестом с 5–6 лет.
Аллергообследование: общий IgE, специфические IgE/кожные пробы по показаниям.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Элиминация табачного дыма — обязательное условие.
Сальбутамол через спейсер/небулайзер: 100–200 мкг через ДАИ со спейсером до 3–4 раз/сут или 0,15 мг/кг через небулайзер.
При выраженной бронхообструкции: ипратропия бромид 250 мкг через небулайзер 2–3 раза/сут коротко.
Муколитики детям с бронхообструкцией применять осторожно; предпочтительны адекватное питье, санация носа.
Антибиотики не показаны без признаков бактериальной инфекции.
Диспансерное наблюдение:

Педиатр; при рецидивах — аллерголог-пульмонолог.
Обучение семьи исключению пассивного курения.
Прогноз:
Благоприятный при устранении факторов риска; пассивное курение повышает риск рецидивов и бронхиальной астмы.

Задача №2.

Диагноз: Гемофилия А, тяжелая форма по уровню FVIII 2%, обострение: макрогематурия после травматизации; хроническая гемофилическая артропатия правого коленного сустава.
Обоснование:
Мужской пол, кровотечения с раннего возраста, гемартрозы.
Фактор VIII 2% соответствует тяжелой форме.
Макрогематурия после физической нагрузки/микротравмы.
Дифференциальная диагностика:
Гломерулонефрит
Мочекаменная болезнь
Травма почки
Инфекция мочевой системы
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Коагулограмма: удлинение АЧТВ при нормальном ПВ/МНО и тромбоцитах.
Активность FVIII, ингибиторы к FVIII.
УЗИ почек/мочевого пузыря для исключения обструкции сгустками.
ОАК в динамике для оценки анемизации.
Неотложная помощь:
Немедленное введение FVIII до завершения обследования.
Госпитализация в гематологический/профильный стационар.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Концентрат фактора VIII: при макрогематурии ориентировочно 30–50 МЕ/кг в/в, далее поддержание активности фактора по тяжести кровотечения.
Покой, обильное питье при отсутствии противопоказаний; избегать НПВС и внутримышечных инъекций.
Антифибринолитики при гематурии обычно противопоказаны из-за риска обструкции мочевыводящих путей сгустками.
При боли — парацетамол 10–15 мг/кг.
Диспансерное наблюдение:
Гематолог постоянно; профилактическая заместительная терапия FVIII.
Школа гемофилии для семьи, паспорт пациента.
Ортопедическая реабилитация при артропатии.
Прогноз:
При регулярной профилактике — улучшение качества жизни; без профилактики риск инвалидизирующихартропатий и жизнеугрожающих кровотечений.

Задача №3.

Диагноз: IgA-васкулит (геморрагический васкулит, болезнь Шенлейна—Геноха), кожно-суставно-абдоминальная форма, среднетяжелое течение.
Обоснование:
Симметричная пальпируемая геморрагическая сыпь на ногах и ягодицах.
Артрит/артралгии голеностопных суставов.
Боли в животе после перенесенной инфекции.
Дифференциальная диагностика:
Менингококцемия
Иммунная тромбоцитопения
Системная красная волчанка
Острый живот
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
ОАК, тромбоциты обычно нормальные или повышены.

ОАМ и суточная протеинурия — исключить нефрит.
Коагулограмма, биохимия крови, IgA.
УЗИ брюшной полости при выраженной боли для исключения инвагинации.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Постельный режим на период активной пурпуры.
При суставном синдроме: ибупрофен 5–10 мг/кг 2–3 раза/сут коротко при отсутствии нефрита/ЖК-кровотечения.
При выраженном абдоминальном синдроме: преднизолон 1–2 мг/кг/сут с постепенной отменой.
Энтеросорбенты/антигистаминные могут использоваться как вспомогательные, но не заменяют базовую терапию.
Диспансерное наблюдение:
Контроль ОАМ 1 раз в 1–2 недели первые месяцы, затем ежемесячно до 6–12 месяцев.
Нефролог при гематурии/протеинурии.
Прогноз:
Обычно благоприятный; определяющий фактор прогноза — поражение почек.

Задача №4.

Диагноз: Железодефицитная анемия средней степени тяжести, микроцитарная гипохромная, вероятно алиментарно-постгеморрагического генеза.
Обоснование:
Hb 80 г/л — анемия средней степени.
MCV 70 fL, MCH 20 pg, MCHC снижены, RDW повышен — микроцитоз, гипохромия, анизоцитоз.
Факторы риска: обильные менструации, социальное неблагополучие, дефицит питания.
Дифференциальная диагностика:
Анемия хронического воспаления
Талассемия minor
B12/фолиеводефицитная анемия
Гемолитическая анемия
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Ферритин снижен, сывороточное железо снижено, ОЖСС повышена, насыщение трансферрина снижено.
Ретикулоциты до лечения и через 7–10 дней.
Осмотр гинеколога подростков; исключение хронических кровопотерь.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Препарат железа внутрь в пересчете на элементарное железо 3–6 мг/кг/сут.
Оптимально 1 раз/сут или через день при плохой переносимости; запивать водой/соком, не сочетать с молоком/чаем.
Контроль Hb через 3–4 недели; после нормализации Hb продолжить 2–3 месяца для восполнения запасов.
Питание: мясо, рыба, печень по переносимости, продукты с витамином C; коррекция меноррагий.
Диспансерное наблюдение:
Педиатр/гематолог; контроль ОАК, ферритина.
Гинеколог при обильных менструациях.
Прогноз:
Благоприятный при устранении причины железодефицита.

Задача №5.

Диагноз: Ювенильный идиопатический артрит, полиартикулярный вариант, высокая активность, функциональная недостаточность суставов; задержка физического развития на фоне хронического воспаления.
Обоснование:
Полиартрит более 6 недель с вовлечением коленных, голеностопных, лучезапястных, тазобедренных суставов.
СОЭ 50 мм/ч, СРБ +++, тромбоцитоз, анемия воспаления.
Гепатоспленомегалия/лимфаденопатия как проявления активности.
Дифференциальная диагностика:

Ревматическая лихорадка
Системные заболевания соединительной ткани
Лейкоз
Инфекционный/реактивный артрит
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
РФ, anti-CCP, ANA, HLA-B27 по показаниям.
Рентген/УЗИ/МРТ пораженных суставов.
Офтальмолог со щелевой лампой для исключения увеита.
Перед биологической терапией: туберкулезный скрининг, гепатиты, ВИЧ.
Лечение с ориентировочными дозировками:
НПВС: ибупрофен 30–40 мг/кг/сут в 3–4 приема или напроксен 10–15 мг/кг/сут в 2 приема.
Метотрексат: 10–15 мг/м² 1 раз в неделю подкожно/внутрь + фолиевая кислота 1 мг/сут или 5 мг через 24–48 ч после метотрексата.
Внутрисуставные ГКС по показаниям: триамцинолон гексацетонид/ацетонид по размеру сустава.
Системные ГКС только как bridging/при тяжелой системной активности: преднизолон 0,5–1 мг/кг/сут с минимально возможным сроком.
При неэффективности — генно-инженерные биологические препараты по решению ревматолога.
Диспансерное наблюдение:
Детский ревматолог постоянно.
Контроль ОАК, АЛТ/АСТ на метотрексате.
ЛФК и реабилитация.
Прогноз:
Серьезный при поражении тазобедренных суставов; ранняя базисная терапия снижает риск инвалидизации.

Задача №6.

Диагноз: Идиопатический нефротический синдром у ребенка, вероятно болезнь минимальных изменений; дебют, полный нефротический синдром.
Обоснование:
Массивные отеки, олигурия.
Протеинурия 4,91 г/л, гипопротеинемия 44,2 г/л, гиперхолестеринемия 6,99 ммоль/л.
АД нормальное, гематурия минимальная, креатинин нормальный — типично для минимальных изменений.
Дифференциальная диагностика:
Острый гломерулонефрит
Вторичный нефротический синдром
Сердечная недостаточность
Белково-энергетическая недостаточность
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Суточная протеинурия или белок/креатинин в моче.
Альбумин, липидограмма, коагулограмма.
C3/C4, ANA, маркеры инфекций при атипичном течении.
УЗИ почек.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Диета: бессолевая/малосолевая, белок по возрастной норме, ограничение жидкости при выраженных отеках.
Преднизолон 2 мг/кг/сут или 60 мг/м²/сут ежедневно 4–6 недель, затем 1,5 мг/кг или 40 мг/м² через день с постепенным снижением по схеме нефролога.
Фуросемид 1–2 мг/кг/доза при выраженных отеках; при гиповолемии — осторожно, возможно альбумин 20% 0,5–1 г/кг в/в с фуросемидом.
Профилактика тромбозов по показаниям при тяжелой гипоальбуминемии.
Диспансерное наблюдение:
Нефролог; домашний контроль белка мочи тест-полосками.
Контроль АД, массы тела, ОАМ.
Прогноз:

Чаще стероид-чувствительное течение, но возможны рецидивы.

Задача №7.

Диагноз: Хронический вторичный пиелонефрит на фоне ранее оперированного пузырно-мочеточникового рефлюкса IV–V степени, обострение. Рефлюкс-нефропатия. Хроническая болезнь почек с азотемией, артериальная гипертензия, анемия ХБП.

Обоснование:

Длительная лейкоцитурия/бактериурия с рождения, ПМР и мегауретер.

АД 152/100, креатинин 280 мкмоль/л, мочевина 15,8 ммоль/л.

Проба Зимницкого: изостенурия/гипостенурия, никтурия — снижение концентрационной функции.

Анемия Hb 95 г/л обусловлена снижением эритропоэтина при ХБП.

Дифференциальная диагностика:

Хронический гломерулонефрит

Тубулоинтерстициальный нефрит

Врожденные аномалии почек без инфекции

Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:

Посев мочи с антибиотикограммой до лечения.

Расчет СКФ по формуле Шварца.

Электролиты, КОС, фосфор, ПТГ, ферритин.

УЗИ/уродинамика, консультация уролога.

Суточное мониторирование АД.

Лечение с ориентировочными дозировками:

Антибиотик с учетом СКФ: цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут в/в или цефотаксим 100–150 мг/кг/сут с коррекцией; затем по посеву.

Контроль АД: ингибитор АПФ/БРА при протеинурии по нефрологу, например эналаприл 0,08–0,6 мг/кг/сут в 1–2 приема с контролем К/креатинина.

Диета при ХБП: ограничение соли, белка по стадии ХБП, коррекция фосфора/калия.

Анемия ХБП: железо при дефиците; эритропоэтин по нефрологу при Hb обычно <100 г/л после коррекции железа.

Диспансерное наблюдение:

Нефролог и уролог постоянно.

Контроль СКФ, АД, ОАМ, посевов, электролитов.

Прогноз:

Серьезный из-за прогрессирования ХБП; требуется нефропротекция и профилактика инфекций.

Задача №8.

Диагноз: ОРВИ, вероятно вирусная инфекция верхних дыхательных путей, гипертермический синдром, «бледная» лихорадка с периферическим вазоспазмом и риском фебрильных судорог/обезвоживания.

Обоснование:

Температура 39,8 °C, возбуждение, бледность, мраморность, холодные конечности.

Катаральные явления, контакт с больной сестрой.

Менингеальных и очаговых симптомов нет.

Дифференциальная диагностика:

Менингит/энцефалит

Инфекция мочевой системы

Пневмония

Грипп

Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:

Пульсоксиметрия, оценка гидратации.

ОАК, CRP/прокальцитонин при подозрении на бактериальную инфекцию.

ОАМ у детей раннего возраста с лихорадкой без очага.

Экспресс-тесты грипп/COVID/RSV по эпидпоказаниям.

Неотложная помощь:

При нарушении сознания, судорогах, сатурации <92%, отказе от питья — госпитализация.

Физическое охлаждение только после улучшения периферического кровотока.

Лечение с ориентировочными дозировками:
Парацетамол 10–15 мг/кг внутрь/ректально или ибупрофен 5–10 мг/кг внутрь.
При «бледной» лихорадке: согревание конечностей, растирание без спирта/уксуса; при выраженном спазме — папаверин/дротаверин не являются обязательным стандартом, решается врачом.
Оральная регидратация маленькими порциями 50–100 мл/кг/сут плюс потери.
Санация носа солевыми растворами.
Прогноз:
В большинстве случаев благоприятный; тяжесть определяется гипертермией и дегидратацией.

Задача №9.

Диагноз: Внебольничная очаговая пневмония S9–S10 правого легкого, среднетяжелое/тяжелое течение, дыхательная недостаточность I–II степени, ДН с гипоксемией.
Обоснование:
Вторая волна лихорадки после ОРВИ, вялость, отказ от еды.
Одышка 60/мин, втяжения, SpO2 91%, локальное притупление и крепитация.
Рентген: очаговые инфильтраты S9–S10 справа.
КОС: дыхательный ацидоз/гипоксемия.
Дифференциальная диагностика:
Бронхиолит
Обструктивный бронхит
Инородное тело бронха
Туберкулез
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
ОАК, CRP/прокальцитонин в динамике.
Посев крови при тяжелом течении.
Пульсоксиметрия постоянно до стабилизации.
Контроль рентгенографии по показаниям, не рутинно при улучшении.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Госпитализация.
Кислород при SpO2 <92% до целевых ≥92–94%.
Антибиотик стартово: амоксициллин/клавуланат 45–90 мг/кг/сут по амоксициллину или цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут в/в при госпитализации.
При подозрении на атипичную инфекцию добавить азитромицин 10 мг/кг в 1-й день, затем 5 мг/кг/сут до 5 дней.
Жаропонижающее: парацетамол 10–15 мг/кг или ибупрофен 5–10 мг/кг.
Регидратация, питание малыми порциями; бронхолитики только при бронхообструкции.
Прогноз:
Благоприятный при своевременной антибактериальной терапии; критерии эффективности — снижение температуры за 48–72 ч, уменьшение одышки, улучшение аппетита/самочувствия.

Задача №10.

Диагноз: Белково-энергетическая недостаточность/постнатальная гипотрофия I–II степени вследствие недостаточного поступления грудного молока.
Обоснование:
Масса 4750 г в 3 месяца при рождении 3280 г — недостаточная прибавка.
Исхудание подкожно-жирового слоя на животе и конечностях.
Беспокойство, не выдерживает интервалы между кормлениями.
Дифференциальная диагностика:
Мальабсорбция
Врожденный порок сердца
Хроническая инфекция
Эндокринная патология
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Контрольное кормление/оценка лактации.
ОАК, ОАМ, копрограмма по показаниям; исключить хроническую инфекцию/мальабсорбцию.
Расчет питания по фактической и долженствующей массе.

Лечение с ориентировочными дозировками:
Сохранить грудное вскармливание, коррекция техники прикладывания.
Увеличение частоты кормлений 8–12 раз/сут.
При подтвержденном дефиците молока — докорм адаптированной смесью после груди, объем рассчитывается индивидуально по дефициту.
Контроль массы 1 раз в 7–10 дней до стабилизации.
Прогноз:
Благоприятный при коррекции питания. Неврологически: угасание части рефлексов соответствует возрасту; сохранение хватательного/подошвенного — допустимо.

Задача №11.

Диагноз: Физиологический половой криз новорожденной: физиологическая мастопатия, милии, физиологическая желтуха, слизисто-сукровичные выделения из половой щели.
Обоснование:
Возраст 6 дней, доношенность, удовлетворительное состояние.
Симметричное увеличение молочных желез без гиперемии и инфильтрации.
Милии, желтуха, выделения из влагалища — проявления гормональной перестройки.
Дифференциальная диагностика:
Мастит новорожденного
Абсцесс молочной железы
Патологическая желтуха
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Дополнительное обследование не требуется при типичной картине.
При гиперемии/лихорадке — ОАК, CRP, УЗИ молочной железы.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Лечение не требуется.
Не массировать, не выдавливать секрет, соблюдать гигиену.
Наблюдение педиатра.
Прогноз:
Благоприятный, самопроизвольное разрешение. Госпитализация не показана при отсутствии признаков инфекции.

Задача №12.

Диагноз: Рахит, период разгара, подострое течение, II степень тяжести; задержка моторного развития на фоне мышечной гипотонии.
Обоснование:
Потливость, вздрагивания, облысение затылка.
Краниотабес, размягчение краев родничка, реберные четки, развернутая нижняя апертура грудной клетки.
Нет прикорма, профилактика витамина D вероятно не проводилась.
Дифференциальная диагностика:
Гипофосфатазия
Витамин-D-зависимый рахит
Почечный тубулярный ацидоз
Ахондроплазия
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Кальций, фосфор, щелочная фосфатаза, 25(OH)D.
Рентген лучезапястных суставов по показаниям.
Ожидаемо: 25(OH)D снижен, ЩФ повышена, фосфор снижен/норма.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Холекальциферол 2000–5000 МЕ/сут 30–45 дней с последующим переходом на профилактическую дозу 400–1000 МЕ/сут.
Коррекция питания: введение прикорма, источники кальция; при дефиците кальция — препараты кальция по возрасту 30–50 мг/кг/сут элементарного кальция по назначению.
Массаж, ЛФК после уменьшения активности процесса.
Диспансерное наблюдение:

Педиатр; контроль клиники, Ca/P/ЩФ.
Профилактика у всех детей группы риска.
Прогноз:
Благоприятный при терапии; костные деформации могут регрессировать частично.
Задача №13.
Диагноз: Критический врожденный порок сердца: коарктация аорты/перерыв дуги аорты, дуктус-зависимое системное кровообращение, сердечная недостаточность.
Обоснование:
Ухудшение на 3-и сутки после физиологического закрытия артериального протока.
Высокое АД на руке, отсутствие пульса на ногах.
Тахикардия, тахипноэ, гепатомегалия, пастозность.
Дифференциальная диагностика:
Транспозиция магистральных сосудов
Критический аортальный стеноз
Персистирующая легочная гипертензия новорожденных
Сепсис
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
ЭхоКГ экстренно.
АД на 4 конечностях, pre/postductalSpO2.
КЩС/лактат, глюкоза, электролиты.
Рентген ОГК, ЭКГ.
Неотложная помощь:
Начать PGE1 до окончательной верификации при подозрении на дуктус-зависимый порок.
Мониторинг дыхания, готовность к ИВЛ.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Простагландин Е1 (алпростадил) 0,01–0,05 мкг/кг/мин в/в инфузия для открытия протока.
Кислород осторожно по показаниям, мониторинг апноэ.
При сердечной недостаточности — фуросемид 1 мг/кг в/в, инотропная поддержка по реаниматологу.
Срочный перевод в кардиохирургический центр для хирургической коррекции.
Прогноз:
Зависит от скорости диагностики и хирургической коррекции; без лечения состояние угрожающее жизни.
Задача №14.
Диагноз: Гастроэзофагеальнаярефлюксная болезнь с рефлюкс-эзофагитом; хронический гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс.
Обоснование:
Изжога, кислая отрыжка, ночные симптомы, боли за грудиной.
ЭГДС: гиперемия нижней трети пищевода, зияние кардии, признаки гастродуоденита.
Дифференциальная диагностика:
Язвенная болезнь
Эозинофильный эзофагит
Функциональная диспепсия
Заболевания желчевыводящих путей
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
pH-импедансометрия пищевода при неполной ясности/рефрактерности.
H. pylori: дыхательный тест/антиген в кале/биопсия.
УЗИ ОБП по показаниям.
Лечение с ориентировочными дозировками:
ИПП: омепразол/эзомепразол 1 мг/кг/сут 1 раз утром за 30 мин до еды, курс 4–8 недель.
Антациды/алгинаты после еды и на ночь короткими курсами по инструкции.
При H. pylori — эрадикация по схеме с учетом резистентности и возраста.
Прокинетики только по показаниям и с учетом безопасности.
Диспансерное наблюдение:

Гастроэнтеролог; контроль симптомов, при осложнениях — повторная ЭГДС.
Прогноз:
Благоприятный при соблюдении режима: не есть за 2–3 ч до сна, приподнять головной конец, исключить газировку/острое/жирное.

Задача №15.

Диагноз: Целиакия, классическая форма, активная фаза; синдром мальабсорбции, белково-энергетическая недостаточность, анемический синдром.
Обоснование:
Связь с введением каш/хлеба.
Обильный зловонный стул, вздутие живота, недостаточная прибавка массы.
Anti-tTGIgA 38,43 Ед/мл повышены.
Дифференциальная диагностика:
Муковисцидоз
Лактазная недостаточность
Хроническая кишечная инфекция/лямблиоз
Аллергия к белкам коровьего молока
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Общий IgA для исключения дефицита IgA.
EMAIgA, HLA-DQ2/DQ8 по показаниям.
ЭГДС с биопсией тонкой кишки при необходимости подтверждения.
Ферритин, фолаты, B12, витамин D, кальций.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Пожизненная строгая безглютеновая диета: исключить пшеницу, рожь, ячмень; овес только сертифицированный безглютеновый.
Коррекция дефицитов: железо 3–6 мг/кг/сут элементарного железа при ЖДА; витамин D 1000–2000 МЕ/сут при дефиците по контролю 25(OH)D.
При выраженной мальнутриции — высококалорийное питание, контроль нутритивного статуса.
Диспансерное наблюдение:
Гастроэнтеролог; anti-tTGIgA в динамике каждые 6–12 мес.
Оценка роста/массы, нутритивных дефицитов.
Прогноз:
Благоприятный при строгой диете; нарушение диеты повышает риск осложнений.

Задача №16.

Диагноз: Артериальная гипертензия у подростка, вероятно первичная на фоне ожирения/стресса; вегетативная дисфункция по симпатикотоническому типу. Требуется исключить вторичные причины.
Обоснование:
АД 150/82 мм рт.ст. на обеих руках.
Головные боли, сердцебиение, стресс, прибавка массы.
Наследственность по гипертензии.
Дифференциальная диагностика:
Реноваскулярная/ренопаренхиматозная АГ
Эндокринная АГ
Коарктация аорты
Панические атаки
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Повторные измерения АД, СМАД.
ОАМ, креатинин, электролиты, глюкоза/HbA1c, липиды.
УЗИ почек/почечных артерий по показаниям, ЭхоКГ для ГЛЖ.
ТТГ/св.Т4, катехоламины/кортизол по показаниям.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Немедикаментозно: снижение массы, ограничение соли, регулярная аэробная нагрузка, сон, психотерапия.

При стойкой АГ/поражении органов-мишеней: эналаприл 0,08–0,6 мг/кг/сут или амлодипин 0,05–0,2 мг/кг/сут по назначению кардиолога/нефролога.
При тревоге — психотерапия; седативные средства только по показаниям.
Диспансерное наблюдение:
Кардиолог/педиатр; дневник АД, СМАД.
Контроль массы тела и факторов риска.
Прогноз:
Благоприятнее при ранней коррекции веса и образа жизни; без лечения риск стойкой АГ.

Задача №17.

Диагноз: Острый бактериальный цистит, геморрагический вариант, неосложненное течение.
Обоснование:
Частые болезненные мочеиспускания малыми порциями, боль над лобком.
Терминальная макрогематурия.
ОАМ: лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия; температура субфебрильная, нет боли в пояснице.
Дифференциальная диагностика:
Острый пиелонефрит
Уретрит/вульвовагинит
Мочекаменная болезнь
Гломерулонефрит
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Посев мочи до антибиотика.
УЗИ мочевого пузыря/почек при рецидиве, лихорадке, атипичном течении.
Тест на беременность у подростков по клиническому контексту.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Питьевой режим, частое мочеиспускание.
Нитрофурантоин 5–7 мг/кг/сут в 4 приема 5 дней или фосфомицин 3 г однократно у подростков при допуске по возрасту.
Альтернатива: амоксициллин/клавуланат 40–50 мг/кг/сут по амоксициллину 5–7 дней после посева.
При боли: ибупрофен 5–10 мг/кг.
Прогноз:
Благоприятный; контроль ОАМ после лечения по показаниям.

Задача №18.

Диагноз: Бронхиальная астма, вероятно аллергическая, персистирующее течение; обострение средней степени тяжести, неконтролируемая из-за отсутствия базисной терапии.
Обоснование:
Атопический анамнез, обструктивные бронхиты, приступы удушья.
Аллергены дома: кошка/собака; улучшение на даче.
Текущий приступ 6 часов, сальбутамол малоэффективен.
Дифференциальная диагностика:
Инородное тело
Вокальная дисфункция
Пневмония
Муковисцидоз
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Спирометрия с бронходилатационным тестом вне обострения.
FeNO по возможности, пикфлоуметрия.
IgE/специфические IgE к эпидермальным аллергенам, клещам домашней пыли.
Пульсоксиметрия при приступе.
Неотложная помощь:
Госпитализация показана при недостаточном ответе на сальбутамол, SpO2 <92–94%, нарастании ДН, невозможности наблюдения дома.
Лечение с ориентировочными дозировками:

Сальбутамол: 100 мкг 4–10 вдохов через спейсер каждые 20 мин в течение 1-го часа или 2,5–5 мг через небулайзер.
Ипратропия бромид 250–500 мкг через небулайзер каждые 20 мин в течение 1-го часа при среднетяжелом/тяжелом приступе.
Преднизолон 1–2 мг/кг/сут внутрь 3–5 дней.
После купирования: базисная терапия ИГКС, например будесонид 200–400 мкг/сут или флутиказон 100–250 мкг/сут с коррекцией по контролю.
Элиминация причинного аллергена, обучение технике ингаляции.
Прогноз:
При базисной терапии и элиминации аллергенов — благоприятный.

Задача №19.

Диагноз: Атопический дерматит младенческий, распространенная экссудативная форма, обострение; вероятная аллергия к белкам коровьего молока.
Обоснование:
Дебют после перехода на искусственное вскармливание.
Экссудация, микровезикулы, зуд/беспокойство, себорейные чешуйки.
Эозинофилия 13%, семейная атопия.
Дифференциальная диагностика:
Себорейный дерматит
Чесотка
Импетиго
Первичные иммунодефициты
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Оценка SCORAD/EASI.
Специфические IgE к белкам коровьего молока по показаниям.
Копрограмма/кал на скрытую кровь при гастроинтестинальных проявлениях.
Исключить вторичную инфекцию кожи.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Питание: смесь на основе глубокого гидролиза белка; при тяжелом течении/неэффективности 2–4 недели — аминокислотная смесь.
Эмоленты 2–4 раза/сут и обязательно после купания.
Топические ГКС коротким курсом: гидрокортизон 1% на лицо/складки 1–2 раза/сут 3–5 дней; метилпреднизолонаацепонат/мометазон на тело по возрасту 1 раз/сут 5–7 дней.
Антигистаминные при выраженном зуде: цетиризин с 6 месяцев 2,5 мг/сут по инструкции.
При бактериальной инфекции — местный/системный антибиотик по показаниям.
Диспансерное наблюдение:
Аллерголог-иммунолог/дерматолог; оценка пищевой толерантности в динамике.
Прогноз:
Часто улучшается с возрастом; риск аллергического марша.

Задача №20.

Диагноз: Неонатальная герпетическая инфекция, диссеминированная/менингоэнцефалитическая форма с поражением кожи, слизистых, печени и ЦНС; судорожный синдром.
Обоснование:
У матери генитальный герпес в 36–37 недель.
Везикулы на коже/слизистой на 13-й день.
Ликвор: лимфоцитарный плеоцитоз, белок повышен; судороги.
АЛТ/АСТ повышены, гипербилирубинемия.
Дифференциальная диагностика:
Бактериальный менингит/сепсис
Энтеровирусный менингит
Врожденные TORCH-инфекции
Метаболические судороги
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
ПЦР HSV-1/2 из ликвора, крови, содержимого везикул, мазков.

МРТ головного мозга/НСГ, ЭЭГ.
ОАК с тромбоцитами, коагулограмма, печеночные пробы.
Бакпосевы для исключения сепсиса.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Ацикловир 20 мг/кг в/в каждые 8 ч; при CNS/диссеминированной форме курс не менее 21 дня.
Контроль креатинина, гидратация во время ацикловира.
Судороги: фенобарбитал нагрузочно 15–20 мг/кг в/в, далее 3–5 мг/кг/сут; альтернативы по неонатологу.
Поддерживающая терапия: инфузии, коррекция электролитов/глюкозы, респираторная поддержка по показаниям.
Прогноз:
Серьезный; зависит от раннего начала ацикловира и выраженности поражения ЦНС.

Задача №21.

Диагноз: Лямблиоз кишечный, клинически выраженная форма с диспепсическим синдромом и признаками дисхолии.
Обоснование:
Боли в животе, метеоризм, снижение аппетита, неприятный запах изо рта.
Копрограмма: цисты Lambliaintestinalis, стеаторея, амилорея, слизь.
Эозинофилия умеренная.
Дифференциальная диагностика:
Функциональная абдоминальная боль
Целиакия
Гельминтозы
Панкреатическая недостаточность
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Повторное исследование кала на цисты 3-кратно или антиген Giardia в кале.
ОАК, биохимия по показаниям.
Обследование контактов при семейных очагах.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Нифурател 15 мг/кг 2 раза/сут 7 дней или метронидазол 15 мг/кг/сут в 3 приема 5–7 дней.
Альтернатива: альбендазол 10–15 мг/кг/сут 5 дней.
Гигиена рук, кипячение воды; лечение контактов при подтверждении.
Диета с ограничением избытка простых углеводов, коррекция дисбиоза/ферменты по показаниям.
Прогноз:
Благоприятный. Изоляция обычно не требуется, но необходимы санитарно-гигиенические меры.

Задача №22.

Диагноз: Спазмофилия, явная форма: эклампсия/тонические судороги на фоне рахита периода разгара; вероятная гипокальциемия.
Обоснование:
Признаки активного рахита: краниотабес, «четки», гаррисонова борозда, мышечная гипотония.
Судороги на фоне плача/беспокойства.
Назначение витамина D без коррекции кальция могло усилить потребность в кальции.
Дифференциальная диагностика:
Фебрильные судороги
Эпилепсия
Менингит
Гипогликемия
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Ионизированный кальций — снижен.
Фосфор, магний, ЩФ, ПТГ, 25(OH)D.
Глюкоза крови для исключения гипогликемии.
ЭКГ: удлинение QT при гипокальциемии.
Неотложная помощь:
Обеспечить проходимость дыхательных путей, положение на боку, кислород.

Диазепам 0,2–0,5 мг/кг в/в медленно или ректально при продолжающихся судорогах.
10% кальция глюконат 0,5–1 мл/кг в/в медленно под контролем ЧСС после разведения.
Госпитализация.
Лечение с ориентировочными дозировками:
После купирования — препараты кальция внутрь 30–50 мг/кг/сут элементарного кальция 2–4 недели.
Холекальциферол в лечебной дозе 2000–5000 МЕ/сут после стабилизации кальция под контролем.
Коррекция питания, исключить избыток манной каши, ввести прикорм по возрасту.
Прогноз:
Благоприятный при коррекции кальция и рахита; без лечения риск рецидива ларингоспазма/судорог.

Задача №23.

Диагноз: Острый стенозирующий ларинготрахеит вирусной этиологии, круп, стеноз гортани II степени.
Обоснование:
Остро ночью: лающий кашель, осиплость голоса, шумный вдох.
Втяжения яремной/надключичных областей и межреберий, перioральный цианоз.
ОРВИ без налетов в зеве.
Дифференциальная диагностика:
Эпиглоттит
Инородное тело гортани
Дифтерия
Аллергический отек гортани
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Диагноз клинический.
Пульсоксиметрия.
Осмотр ЛОР/инфекциониста при подозрении на эпиглоттит/дифтерию.
Неотложная помощь:
Госпитализация при стенозе II степени, цианозе, втяжениях, возрасте раннего детства.
Наблюдение не менее 2–4 часов после адреналина из-за риска рецидива.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Дексаметазон 0,15–0,6 мг/кг однократно внутрь/в/м/в/в.
Будесонид 2 мг через небулайзер однократно.
При выраженном стенозе: адреналин 0,1% 0,5 мл/кг, максимум 5 мл через небулайзер под наблюдением.
Кислород, покой, увлажненный воздух; не провоцировать плач.
Антибиотики не показаны при типичном вирусном крупе.
Прогноз:
Обычно благоприятный; ухудшение возможно при прогрессировании стеноза.

Задача №24.

Диагноз: Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный; диабетический кетоацидоз, вероятно легкой/средней степени, дегидратация.
Обоснование:
Полиурия, полидипсия, похудание, слабость.
Гликемия 25 ммоль/л.
Сухость кожи/слизистых, снижение тургора, глубокое дыхание.
Дифференциальная диагностика:
Сахарный диабет 2 типа/MODY
Несахарный диабет
Острая хирургическая патология живота
Инфекции с дегидратацией
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Кетоны крови/мочи, КОС: pH, HCO3-.
Электролиты Na/K, мочевина, креатинин, осмолярность.

HbA1c, С-пептид, аутоантитела к β-клеткам.
Мониторинг гликемии ежечасно в остром периоде.
Неотложная помощь:
Госпитализация в ОРИТ/эндокринологический стационар.
Контроль неврологического статуса из-за риска отека мозга.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Регидратация 0,9% NaCl: стартово 10–20 мл/кг за 1–2 часа при гиповолемии, далее расчет дефицита на 36–48 часов.
Инсулин короткого действия в/в инфузия 0,05–0,1 ЕД/кг/ч после начала инфузионной терапии и при K+ >3,3 ммоль/л.
Калий: добавлять 20–40 ммоль/л инфузии после восстановления диуреза и в зависимости от K+.
При снижении гликемии до ~14–17 ммоль/л добавить глюкозу в инфузию.
Бикарбонат обычно не показан, только при крайне тяжелом ацидозе по реаниматологу.
Прогноз:
При обучении и инсулинотерапии — контролируемое хроническое заболевание; риск острых осложнений при нарушении терапии.

Задача №25.

Диагноз: Иммунная тромбоцитопения, впервые диагностированная, острая форма, тяжелая тромбоцитопения, кожно-слизистый геморрагический синдром.
Обоснование:
Петехии/экхимозы после ОРВИ.
PLT 8×10^9/л при отсутствии гепатоспленомегалии.
Время кровотечения удлинено, время свертывания нормальное — тромбоцитарный тип кровоточивости.
Дифференциальная диагностика:
Острый лейкоз
Апластическая анемия
ДВС-синдром
Тромботическая микроангиопатия
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Мазок периферической крови.
Коагулограмма для исключения ДВС/коагулопатий.
Миелограмма при атипии, панцитопении, органомегалии.
ОАМ/кал на скрытую кровь при кровотечениях.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Госпитализация при PLT<20×10^9/л и кровотечении.
IVIG 0,8–1 г/кг однократно, повтор по эффекту, или преднизолон 2–4 мг/кг/сут коротким курсом.
При жизнеугрожающем кровотечении: метилпреднизолон 10–30 мг/кг/сут в/в 1–3 дня + IVIG; трансфузия тромбоцитов только при угрожающем кровотечении вместе с иммунной терапией.
Местный гемостаз при носовом кровотечении; транексамовая кислота 10–15 мг/кг 3 раза/сут коротко при слизистых кровотечениях по показаниям.
Исключить аспирин/НПВС, травматичные виды спорта.
Прогноз:
У большинства детей острая ИТП имеет благоприятный прогноз; основные осложнения — внутричерепные и массивные слизистые кровотечения.

Задача №26.

Диагноз: Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант, гиперлейкоцитоз, анемический и геморрагический синдромы, нейролейкоз.
Обоснование:
ОАК: WBC 208×10^9/л, бласты 76%, тромбоциты единичные, Hb 86 г/л.
Миелограмма: бласты 96%.
Иммунофенотипирование: маркеры зрелой Т-клетки.
Ликвор: бласты 100%, неврологическая симптоматика.
Дифференциальная диагностика:

Лейкемоидная реакция
Апластическая анемия
Инфекционный мононуклеоз
Лимфома
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Цитогенетика/молекулярная диагностика.
Иммунофенотипирование расширенное.
Коагулограмма, биохимия, ЛДГ, мочевая кислота.
Рентген/КТ грудной клетки при T-ALL для медиастинальной массы.
Неотложная помощь:
При гиперлейкоцитозе — профилактика лейкостаза и лизиса опухоли, ОРИТ по показаниям.
Нельзя начинать ГКС до завершения диагностического забора материала, если нет витальных показаний.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Лечение только в специализированном онкогематологическом стационаре по протоколу.
Этапы: индукция ремиссии, консолидация/интенсификация, профилактика/лечение нейролейкоза, поддерживающая терапия.
Профилактика синдрома лизиса опухоли: гидратация 2–3 л/м²/сут, аллопуринол 10 мг/кг/сут в 2–3 приема или расбуриказа по показаниям.
Трансфузионная поддержка: эритроцитарная масса/тромбоциты по показаниям; антибактериальная терапия при фебрильной нейтропении.
Интратекальная химиотерапия при нейролейкозе по протоколу.
Прогноз:
Зависит от варианта, ответа на терапию и MRD; T-ALL и нейролейкоз относятся к факторам риска.

Задача №27.

Диагноз: Острая аллергическая крапивница, ангиоотек лица, вероятно пищевая/псевдоаллергическая реакция; признаков анафилаксии по условию нет.
Обоснование:
Генерализованная уртикарная зудящая сыпь.
Отек век и губ.
Связь с употреблением сладостей/фруктов/пиццы, атопический анамнез.
Дифференциальная диагностика:
Анафилаксия
Наследственный ангиоотек
Вирусная экзантема
Уртикарный васкулит
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Диагноз клинический.
Оценить дыхательные пути, АД, сатурацию для исключения анафилаксии.
Аллергообследование после купирования при повторных эпизодах.
Неотложная помощь:
Если появляется одышка, осиплость, гипотония, повторная рвота — лечить как анафилаксию: адреналин 0,01 мг/кг в/м, максимум 0,3–0,5 мг, кислород, инфузии.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Цетиризин 10 мг/сут или лоратадин 10 мг/сут у 12-летнего подростка; при младшем возрасте — дозы по возрасту.
При выраженном отеке: преднизолон 1–2 мг/кг внутрь/в/м коротким курсом 1–3 дня.
Энтеросорбент может применяться в первые часы как вспомогательная мера.
Исключение подозреваемого продукта до обследования.
Прогноз:
Благоприятный при устранении триггера; осложнения — ангиоотек гортани, анафилаксия.

Задача №28.

Диагноз: Аллергический риноконъюнктивит, сезонный, среднетяжелое течение; вероятная сенсибилизация к пыльце деревьев/трав. Атопический анамнез.

Обоснование:
Симптомы в мае после переезда на дачу.
Ринорея, чихание, зуд носа/глаз, отек век.
Эозинофилия крови 15%, эозинофилы в мазке из носа.
Дифференциальная диагностика:
Инфекционный ринит
Вазомоторный ринит
Аденоидит
Синусит
Дополнительное обследование / ожидаемые изменения:
Специфические IgE/кожные пробы к пыльцевым аллергенам вне пика обострения.
Оценка сопутствующей астмы: спирометрия при симптомах.
Дневник симптомов и пыльцевого мониторинга.
Лечение с ориентировочными дозировками:
Интраназальный ГКС: мометазон 50 мкг/доза — детям 2–11 лет по 1 впрыску в каждую ноздрю 1 раз/сут, детям ≥12 лет по 2 впрыска 1 раз/сут; или флутиказон по возрасту.
Антигистаминный 2-го поколения: цетиризин 5–10 мг/сут или лоратадин 5–10 мг/сут по возрасту.
Глазные капли: олопатадин/кетотифен по инструкции при конъюнктивите.
Солевые промывания носа.
После подтверждения причинного аллергена — АСИТ с 5 лет при контролируемом течении и отсутствии противопоказаний.
Диспансерное наблюдение:
Аллерголог-иммунолог, ЛОР.
План профилактики за 2–4 недели до сезона пыления.
Прогноз:
Благоприятный при контроле; риск развития бронхиальной астмы при нелеченном аллергическом рините.
3. Универсальные критерии оценки ответа ординатора
Диагноз сформулирован по нозологии, форме, тяжести, осложнениям и сопутствующим состояниям.
Обоснование опирается на жалобы, анамнез, объективные данные и результаты лабораторно-инструментального обследования.
Названы заболевания для дифференциальной диагностики.
План обследования включает первичные и уточняющие методы.
Лечение содержит режим, диету, этиотропную/патогенетическую/симптоматическую терапию, дозировки и показания к госпитализации.
Указаны диспансерное наблюдение, профилактика и прогноз.

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ
к фонду оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия
Перечень практических навыков для проведения
итоговой аттестации.

Неотложные состояния
1. Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
- Оценка состояния и диагностика — 2 балла (сознание, дыхание, гемодинамика, кожа)
- Прекращение поступления аллергена — 1 балл
- Медикаментозная терапия — 3,5 балла (адреналин — обязательно(адреналин вводится в/м в переднебоковую поверхность бедра) + ГКС, β_2-агонисты, инфузионная терапия)-1 балл
- Обеспечение проходимости дыхательных путей и оксигенация — 2 балла

- Противошоковые мероприятия и мониторинг — 1 балл
2. Алгоритм оказания неотложной помощи при судорожном синдроме
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка состояния и диагностика — 2 балла
2. Базовые мероприятия — (боковое положение, O_2, венозный доступ)-1,5 балла
3. Экстренная медикаментозная терапия — 4 балла:
- 1-я линия: диазепам 0,3–0,5 мг/кг
- При неэффективности: мидазолам в/м
- Обязательно: глюкометрия и коррекция гипогликемии
- Контроль лихорадки
4. Эпилептический статус — (ИВЛ + тиопентал,пропофол, фентонил) -1,5 балла
5. Дифференциальная диагностика — 1 балл
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при бронхообструктивном синдроме
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка состояния — (ЧД, аускультация, SpO_2, анамнез)- 2 балла
2. Кислородотерапия и венозный доступ — 1 балл
3. Ингаляционная бронхолитическая терапия — 3 балла :
- Сальбутамол — первая линия (дозированный аэрозольный ингалятор , спейсер или небулайзер)
- Ипратропия бромид в комбинации
- При неэффективности: адреналин в/м, магния сульфат
4. Системные ГКС — (преднизолон 2–5 мг/кг или дексаметазон)- 1,5 балла
5. Инфузионная терапия — 1 балл
6. Жизнеугрожающая обструкция — 1,5 балла ("немое лёгкое", ИВЛ, ОРИТ)
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипогликемической коме
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка + глюкометрия — (глюкометрия — обязательный первый шаг) -2 балла
2. Базовые мероприятия — (боковое положение, венозный доступ, O_2)-1 балл
3. Медикаментозная терапия : -5 баллов
- 20% глюкоза 2 мл/кг в/в струйно — первая линия
- Контроль гликемии через 10–15 мин, повтор при необходимости
- Инфузия 10% глюкозы (5–8 мг/кг/мин) после восстановления сознания
- При рефрактерности — гидрокортизон, преднизолон
- Альтернатива без в/в доступа — глюкагон в/м
4. Профилактика рецидива — 1,5 балла
5. Особенности детей до года — 0,5 балла
5. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка и диагностика —определение типа лихорадки — «красная » или «белая») -2 балла
2. Физические методы охлаждения — (при «белой » — только после спазмолитиков!)- 1 балл
3. Медикаментозная терапия — 4,5 балла:
- Парацетамол 10–15 мг/кг — первая линия
- Ибупрофен 5–10 мг/кг — альтернативный препарат
- При «белой » — обязательно спазмолитики (но-шпа,папаверин)
- При неэффективности → литическая смесь в/м
4. Показания к госпитализации — 1 балл
5. Что нельзя — 1 балл

6. Алгоритм оказания неотложной помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка степени стеноза —(критический этап I–IV степени)- 2,5 балла
2. Базовые мероприятия — (покой, полусидя, увлажнение воздуха, O_2)-1 балл
3. Медикаментозная терапия — 4 балла:
- ИГКС (будесонид,пульмикорт) через небулайзер — первая линия
- Системные ГКС (дексаметазон 0,3–0,6 мг/кг или преднизолон)
- Адреналин ингаляционно — при II–III степени (быстро снимает отёк)
4. Действия при прогрессировании — (интубация/коникотомия при IV ст.)- 1,5 балла
5. Запреты — 1 балл
7. Алгоритм оказания неотложной помощи при острой дыхательной недостаточности
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка и диагностика — 2,5 балла (сознание, ЧД, механика дыхания, аускультация, SpO_2 — обязательно)
2. Обеспечение проходимости ДП — 2 балла (тройной приём Сафара, санация, установка воздуховода, ларингеальная маска)
3. Кислородотерапия — 1,5 балла (выбор метода по тяжести, целевой $SpO_2 \geq 94\%$, NIV)
4. Инвазивная респираторная поддержка — 1,5 балла (показания к интубации, оксигенация, медикаментозное обеспечение)
5. Этиотропная терапия — 1,5 балла (при бронхообструкции, отёке лёгких, стенозе гортани, судорогах, аспирации)
6. Мониторинг и госпитализация — 1 балл

Физикальное обследование

8. Оценка физического развития ребёнка (антропометрия, оценка по центильным таблицам)
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Антропометрические измерения — 3 балла (рост, длина тела, масса, ОГ, ОГК — с правильной техникой по возрасту)
2. Расчёт долженствующих величин — 1,5 балла (эмпирические формулы по возрасту)
3. Оценка по центильным таблицам — 3 балла:
- Выбор таблицы (пол , возраст)
- Определение центильного коридора (1–97+) для каждого показателя
- Гармоничность (разница коридоров ≤ 1 — норма)
- Соматотип (микро, мезо, макро)
4. Интегральная оценка — 1,5 балла (заключение, выявление патологии)
5. Документирование — 1 балл (графики, ИМТ, индексы, рекомендации)
9. Оценка нервно-психического развития ребёнка (соответствие возрастным нормам)
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Методика — основные линии развития — 4 балла:
- Моторика (1 мес — 5 лет)
- Мелкая моторика (захват, рисунок)
- Речь (гуление → лепет → слова → фразы → рассказ)
- Социально-эмоциональное развитие (комплекс оживления, игра, общение)
- Сенсорное развитие (зрение, слух)
- Самообслуживание (горшок, одевание, еда)
2. Интегральная оценка по возрастам — 2 балла (эпикризные сроки, группа НПР I–IV, темп развития)

3. Скрининговые шкалы — 1,5 балла (Денвер-II, M-CHAT-R)
4. Патология — 1,5 балла (РАС, ДЦП, регресс)
5. Заключение и рекомендации — 1 балл
10. Проведение аускультации лёгких, интерпретация аускультативной картины
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Подготовка и техника — 2 балла (детская насадка, тёплый стетоскоп, симметричный порядок, 3 зоны: передняя → боковая → задняя)
2. Определить тип дыхания — 2,5 балла (везикулярное, пуэрильное, бронхиальное, жёсткое, ослабленное — с учётом возраста: до 6 мес — ослабленное, 6 мес–7 лет — пуэрильное, > 7 лет — везикулярное)
3. Побочные шумы — 2,5 балла (влажные, сухие, шум трения плевры, бронхофония)
4. Интерпретация при заболеваниях — 2 балла (бронхит, бронхиолит, пневмония, БА, стеноз, плеврит, ателектаз)
5. Документирование — 1 балл
11. Проведение аускультации сердца, интерпретация аускультативной картины
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Подготовка и техника — 2 балла (5 стандартных точек, детская насадка, 3 положения: лёжа → левый бок → стоя)
2. Тоны сердца — 2,5 балла (I, II, III, IV тон; акцент II тона на ЛА, аорте; III тон — норма до 7–10 лет, IV — патология)
3. Шумы сердца — 3 балла:
- Систолические (изгнания, пансистолический, поздний)
- Диастолические (прото-, мезо-, пресистолический)
- Интенсивность I–VI, форма, проводимость, связь с дыханием,положением
4. Функциональные vs органические шумы — 1,5 балла (критически важный навык!)
5. Основные ВПС — 1 балл (ДМЖП, ДМПП, ОАП, аортальный стеноз, тетрада Фалло)
6. Документирование — 1 балл
12. Проведение пальпации живота, интерпретация пальпаторной картины
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Подготовка и положение — 1,5 балла (тёплые руки, согнутые ноги, отвлечение, дыхание ртом)
2. Поверхностная пальпация — 2 балла (начинать с левой подвздошной; определить мышечное напряжение(дефанс), локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины)
3. Глубокая пальпация (Образцов-Стражеско) — 3 балла:
- Строгий порядок: сигмовидная → слепая → поперечная ободочная → восходящая ободочная →нисходящая ободочная → большая кривизна желудка →печень → селезёнка → ПЖ → желудок
- Печень: у детей до 7 лет +1–2(3) см из-под рёберной дуги — физиологическая норма
4. Специальные приёмы — 2 балла (аппендикулярные, инвагинация, билиарные, панкреатические симптомы)
5. Документирование — 1 балл
13. Методика измерения и оценки артериального давления у детей различного возраста
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Выбор оборудования и подготовка — 2 балла:
- Манжета — 40% окружности плеча (слишком малая → ложное повышение, слишком большая → ложное занижение)
- Выбор метода: аускультативный (Коротков) у детей > 3 лет, осциллометрический — < 3 лет
2. Техника измерения — 3 балла:

- Рука на уровне сердца, манжета на 2–3 см выше локтевой ямки
- I фаза = САД, V фаза = ДАД (IV фаза — у детей, если тоны до 0)
- Скорость спуска 2–3 мм/сек
- 2–3 измерения, среднее значение
3. Интерпретация по центилям — 2,5 балла:
- Выбор таблицы по полу, возрасту и центилю роста (рост коррелирует с АД сильнее!)
- Норма: < 90-го центиля; предгипертензия: 90–95; гипертензия I ст.: 95–99; II ст.: > 99-го + 5 мм
4. Особенности по возрастам — 1 балл
5. Документирование — 1 балл

Диагностика и интерпретация

14. Оценка показателей функции внешнего дыхания
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Методы исследования ФВД — 2 балла (спирометрия > 5–6 лет, пикфлоуметрия, бодиплетизмография, DLCO, ИОС)
2. Подготовка и техника — 1,5 балла (отмена бронходилататоров, 3–8 манёвров, качество кривой)
3. Основные показатели — 2,5 балла:
- ФЖЕЛ (< 80% — рестрикция)
- $ОФВ_1$ (< 80% — обструкция)
- Индекс Тиффно ($ОФВ_1$/ФЖЕЛ) — ключевой: < 0,8 → обструкция; > 0,9 → рестрикция
- $СОС_{25–75}$ — ранний маркер обструкции мелких бронхов
- ПСВ — пикфлоуметрия, суточный разброс < 20%
4. Типы нарушений — 1,5 балла (обструктивный / рестриктивный / смешанный)
5. Бронходилатационный тест — 1,5 балла (прирост $ОФВ_1 \geq 12\%$ — положительный, обратимый)
6. Заключение — 1 балл

15. Оценка результатов рентгенографического исследования органов грудной клетки
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Качество снимка — 1,5 балла (симметричность, глубина вдоха — диафрагма на уровне VI–VII рёбер у детей / VIII–IX у грудных)
2. Лёгочные поля — 2,5 балла (прозрачность, лёгочный рисунок, корни, очаговые, инфильтративные тени, воздушная бронхограмма — признак консолидации)
3. Средостение — 1,5 балла (тень сердца, КТИ < 0,5; тимус — симптом «паруса» у детей до 2–3 лет; лимфоузлы, смещение трахеи)
4. Диафрагма и плевра — 1,5 балла (синусы, пневмоторакс — линия висцеральной плевры, смещение средостения)
5. Костные структуры — 1 балл
6. Возрастные особенности — 1 балл (тимус, высота диафрагмы, КТИ у новорождённых до 0,55)
7. Заключение — 1 балл

Практические манипуляции и расчёты

16. Восстановление проходимости дыхательных путей (методика проведения, показания и противопоказания)
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Оценка проходимости ДП — 1,5 балла (CAB, уровень обструкции: ВДП,трахея,бронхи)
2. Базовые методы — 2,5 балла:
- Тройной приём Сафара: у детей до 1 года — нейтральное положение (не переразгибать)
- Jaw thrust(техника открытия дыхательных путей) при травме шеи
- Санация ротоглотки (осторожно, не глубже видимой зоны)
3. Воздуховоды — 1,5 балла (орофарингеальный — без рвотного рефлекса; назофарингеальный — при сохранённом рефлексе)

4. Ларингеальная маска — 1,5 балла
5. Интубация трахеи — 2 балла:
- Атропин у детей < 10 лет (профилактика брадикардии)
- Размер ЭТТ: возраст/4 + 4
- Капнография — золотой стандарт подтверждения
6. Коникотомия — 1 балл (игольчатая < 10–12 лет; хирургическая > 12 лет)
7. Инородное тело — 1 балл (< 1 года: хлопки + толчки в грудь; > 1 года: прием Геймлиха)
17. Проведение расчёта питания ребёнку на первом году жизни
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Исходные данные — 1,5 балла (возраст, масса, вид вскармливания, долженствующая масса, состояние здоровья)
2. Расчёт суточного объёма — 2,5 балла:
- До 10 дней — формула Зайцевой / Филькинштейна
- 10 дней – 1 год — объёмный метод (⅕ → ⅛ массы) или калорийный
- Ограничение: не более 1000 мл/сут
3. Разовый объём и режим — 1,5 балла (5–7 кормлений, разовый не > 200–220 мл)
4. Расчёт прикорма — 2 балла:
- Прикорм с 4–6 мес (естественное — с 6, искусственное — с 4–5)
- Последовательность: овощи → каша → мясо → фрукты → творог, кефир
- Правила: с ½ ч.л., 1 продукт за 3–5 дней, не солить/
5. Примеры расчёта — 1,5 балла (1 мес, 5 мес, 9 мес)
6. Документирование — 1,5 балла (заключение, адекватность, витамин D)
18. Проведение расчёта питания новорождённому ребёнку
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Исходные данные — 2 балла (день жизни, масса при рождении, текущая масса, доношенность, вид вскармливания, состояние здоровья)
2. Расчёт суточного объёма (первые 10 дней) — 2,5 балла:
- Формула Зайцевой — 2% от массы × n (основной метод)
- Формула Филькинштейна — n × 70 (масса < 3200 г) или n × 80 (масса > 3200 г)
- Не более ⅕ массы тела в первые 10 дней
3. Разовый объём — 2 балла:
- Ориентир: n × 10 (мл) — 1-й день 10 мл, 5-й — 50 мл, 10-й — 100 мл
- Контрольное взвешивание (до и после кормления)
4. После 10-го дня — 1,5 балла (калорийный метод 100–120 ккал/кг или объёмный — ⅕ массы)
5. Недоношенные — 1,5 балла (калорийный метод 120–130 ккал/кг, Premature смесь, зонд при отсутствии сосательного рефлекса)
6. Оценка и коррекция — 1,5 балла (контроль лактации, докорм, витамин D)
7. Документирование — 1 балл
19. Расчёт суточной и разовой дозы лекарственного препарата ребёнку
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Исходные данные — 2 балла (возраст, масса тела — основа всех расчётов, ППТ, название/концентрация препарата, путь введения)
2. Расчёт дозы по весу — 2,5 балла:
- Разовая доза (мг/кг × масса)
- Суточная доза (мг/кг/сут × масса)
- Кратность (деление суточной на число приёмов)
- Проверка максимальной дозы (обязательно!)
3. Расчёт по ППТ — 1,5 балла (цитостатики, иммуносупрессанты)

4. Расчёт объёма для введения — 2 балла:
- V (мл) = Доза (мг) ÷ Концентрация (мг/мл)
- Расчёт таблеток, суспензий, в/м, в/в
5. Примеры для разных возрастов — 2 балла (2 года — парацетамол; 5 лет — амоксициллин; 8 лет — ибупрофен; новорождённый — ампициллин; подросток — азитромицин)
6. Оценка безопасности — 1 балл (возрастные ограничения, двойная проверка)
20. Принципы расчёта инфузионной терапии у детей с различной патологией
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Исходные данные — 1,5 балла (степень дегидратации: лёгкая 3–5%, средняя 5–10%, тяжёлая > 10%; тип: изо/гипо/гипертоническая)
2. Поддерживающий объём (Holiday-Segar) — 2 балла:
- 0–10 кг: 4 мл/кг/ч (100 мл/кг/сут)
- 10–20 кг: 40 + 2 × (кг − 10) мл/ч
- > 20 кг: 60 + 1 × (кг − 20) мл/ч
3. Дефицит жидкости — 1,5 балла: мл = % × кг × 10
4. Состав инфузии — 2 балла (выбор раствора по типу дегидратации; KCl — только при диурезе > 1 мл/кг/ч!; глюкоза 4–6 мг/кг/мин)
5. Скорость и мониторинг — 1,5 балла (капельный фактор, диурез 1–2 мл/кг/ч)
6. Особые случаи — 1,5 балла (диабетический кетоацидоз, ожоги, сепсис, нефротический синдром, парентеральное питание)

Дополнительные навыки

21. Сбор жалоб, анамнеза заболевания, определение факторов риска
Максимум — 10 баллов

Критерии оценки:
1. Сбор жалоб — 2 балла:
- Мать (ребенок от 0 до–4 лет) → ребёнок старше 4 лет + мать ; подростки — отдельно
- Активные + пассивные жалобы (опрос по системам)
- PQRST-анализ (провокация, качество, иррадиация, тяжесть, время)
2. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi) — 2,5 балла:
- Начало (остро,постепенно, связь с провокацией)
- Хронология симптомов
- Лечение на догоспитальном этапе (препараты, дозы, эффект)
- Причина обращения, госпитализации
3. Анамнез жизни (Anamnesis vitae) — 3 балла:
- Антенатальный (беременность, TORCH, заболевания матери)
- Период новорожденности (срок, Апгар, масса, длина при рождении, реанимация)
- Неонатальный (первое прикладывание, желтуха, прививки)
- Вскармливание (вид, прикорм, отнятие от груди)
- Нервно-психическое развитие (стато-моторное + речевое)
- Перенесённые заболевания и прививки
4. Факторы риска — 1,5 балла (перинатальные, наследственные, социальные, ятрогенные, по ведущей патологии)
5. Документирование — 1 балл
22. Проведение объективного обследования больного с целью выявления клинических симптомов

Максимум — 47 баллов

Общие требования:
- Готовность к осмотру (мытьё рук, перчатки, представление) — 1 балл
- Психологический контакт (доброжелательность, объяснение хода осмотра) — 1 балл
- Гигиена и безопасность — 1 балл

Этапы объективного обследования:
Общий осмотр (status praesens) — 9 баллов:
- Оценка общего состояния — 1
- Оценка сознания — 1
- Положение больного — 1
- Телосложение, конституция, трофологический статус — 1
- Оценка кожных покровов — 1
- Оценка видимых слизистых — 1
- Оценка подкожно-жировой клетчатки — 1
- Оценка лимфатических узлов — 1
- Оценка костно-мышечной системы — 1

Дыхательная система — 8 баллов:
- Осмотр грудной клетки (форма, ЧДД) — 1
- Пальпация (резистентность, голосовое дрожание) — 1
- Сравнительная перкуссия лёгких — 1
- Топографическая перкуссия — 1
- Аускультация лёгких (характер дыхания, хрипы) — 2
- Оценка дыхательных шумов — 1
- Бронхофония — 1

Сердечно-сосудистая система — 8 баллов:
- Осмотр области сердца — 1
- Пальпация верхушечного толчка — 1
- Перкуссия границ относительной сердечной тупости — 1
- Аускультация сердца (тоны, ритм, шумы) — 2
- Пульс — 1
- Измерение АД (подбор манжеты по возрасту) — 1
- Оценка периферического кровообращения — 1

Пищеварительная система — 8 баллов:
- Осмотр полости рта, зева, языка — 1
- Осмотр живота — 1
- Поверхностная пальпация — 1
- Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско — 2
- Пальпация печени, селезёнки — 1
- Перкуссия живота — 1
- Аускультация перистальтики — 1

Мочевыделительная система — 5 баллов:
- Осмотр поясничной области — 1
- Пальпация почек — 1
- Симптом Пастернацкого — 1
- Пальпация мочевого пузыря — 1
- Оценка наружных половых органов (у детей раннего возраста) — 1

Нервная система — 6 баллов:
- Оценка менингеальных знаков (Керниг, Брудзинский) — 1
- Оценка черепно-мозговых нервов — 1
- Оценка рефлексов — 1
- Оценка двигательной сферы — 1
- Оценка чувствительности — 1
- Координаторные пробы — 1

Особенности детей раннего возраста — 5 баллов:
- Оценка физического развития (масса, рост, ОГ, ОГК) — 1
- Оценка нервно-психического развития — 1
- Оценка большого родничка — 1
- Оценка зубной формулы — 1
- Поведение ребёнка при осмотре — 1

Заключение по объективному статусу — 4 балла:
- Логичное структурированное заключение по системам — 2
- Выделение специфических синдромов/симптомов — 1
- Соответствие выводов возрасту ребёнка — 1

Штрафные баллы:
- Не обработаны руки до/после осмотра — −1
- Грубое обращение с ребёнком — −2
- Неправильная методика исследования — −1 за ошибку
- Некорректная интерпретация данных — −1–2
- Не учтён возраст ребёнка — −1
- Пропуск раздела осмотра — −1 за раздел

Критические ошибки (автоматическая «неудовлетворительно»):
- Пропуск аускультации сердца или лёгких
- Неверная оценка жизненно важных функций (дыхание, пульс, сознание)
- Грубое нарушение безопасности ребёнка
- Отсутствие заключения
- Невозможность ответить на базовые вопросы по методике осмотра

23. Способы ингаляционной доставки лекарственных средств

Максимум — 49 баллов

Общие требования — 6 баллов:
- Объяснение цели ингаляции ребёнку(родителям) — 1
- Выбор способа доставки по возрасту и состоянию — 2
- Подготовка оборудования — 1
- Гигиена рук — 1
- Контроль дозировки и разведения — 1

Классификация (теория) — 6 баллов:
- Основные типы устройств (небулайзер, pMDI, DPI, Spacer) — 1
- Принцип работы каждого устройства — 1
- Возрастные ограничения для каждого типа — 2
- Преимущества и недостатки каждого способа — 2

Возрастные рекомендации:
- 0–3 года: небулайзер (компрессорный / mesh) + маска
- 3–6 лет: pMDI(автономный ингалятор) спейсер с лицевой маской (или небулайзер)
- 6–12 лет: + спейсер с мундштуком, DPI (при обучении)
- > 12 лет: pMDI, DPI, небулайзер (при обострениях)

Небулайзер (практика) — 15 баллов:

Подготовка:
- Проверка исправности небулайзера — 1

- Выбор типа камеры — 1
- Приготовление раствора — 1
- Контроль конечного объёма (2–4 мл) — 1
- Сборка камеры, подключение маски/мундштука — 1

Проведение:
- Правильное положение пациента — 1
- Фиксация маски (плотное прилегание) — 2
- Включение компрессора, оценка аэрозоля — 1
- Контроль длительности — 1
- Контроль дыхания — 1

Завершение:
- Выключение, снятие маски — 1
- Уход за оборудованием — 1
- Рекомендации (полоскание рта после иГКС) — 1

pMDI + спейсер (практика) — 13 баллов:
- Снятие колпачка, встряхивание — 1
- Присоединение спейсера — 1
- Положение пациента — 1
- Полный выдох (не в ингалятор) — 1
- Плотный охват мундштука — 1
- Нажатие на баллончик на начале медленного глубокого вдоха (координация) — 2
- Задержка дыхания на 5–10 с — 1
- Выдох (не в ингалятор) — 1
- Повторная доза через 30–60 с — 1
- Использование спейсера с клапаном — 2

DPI (практика) — 9 баллов:
- Открытие, зарядка устройства — 1
- Вертикальное положение при зарядке — 1
- Полный выдох (не в устройство) — 1
- Плотный охват мундштука — 1
- Энергичный, резкий, глубокий вдох — 2
- Задержка дыхания на 5–10 с — 1
- Выдох (не в устройство) — 1
- Закрытие, контроль счётчика доз — 1

Критические ошибки (автоматическая «неудовлетворительно»):
- Отсутствие знания возрастных ограничений
- Неправильная техника вдоха (pMDI — медленный, DPI — резкий)
- Использование препаратов, не предназначенных для ингаляций
- Превышение разовой дозы
- Отсутствие гигиенической обработки
- Неумение объяснить правила ухода за ингалятором

Штрафные баллы:
- Путаница в названиях устройств — −1
- Неверный порядок сборки небулайзера — −1
- Отсутствие рекомендаций по полосканию рта после иГКС — −1
- Не проверен счётчик доз (DPI) — −1
- Не указано, что суспензии требуют специальной камеры — −1

24. Применение глюкометра и оценка данных глюкотеста
Максимум — 16 баллов

Подготовка к процедуре:
1. Установление контакта с ребёнком/родителями, объяснение цели — 1 балл
2. Подготовка оснащения (глюкометр, тест-полоски, ланцет, спирт, вата) — 1 балл
3. Обработка рук, использование перчаток — 1 балл
4. Проверка целостности упаковки тест-полосок, срока годности, кода на полосках — 1 балл

Выполнение процедуры:
5. Выбор места прокола (боковая поверхность пальца — у детей > 1 года; пятка — у новорождённых и детей до 1 года) — 1 балл
6. Обработка места прокола спиртом, ожидание высыхания — 1 балл
7. Установка ланцета, иглы, прокол быстрым движением — 1 балл
8. Снятие первой капли сухой ватой — 1 балл
9. Нанесение второй капли крови на тест-полоску — 1 балл
10. Прижатие ваты к месту прокола до остановки кровотечения — 1 балл

Оценка результата:
11. Считывание результата с дисплея глюкометра — 1 балл
12. Интерпретация результата (норма, гипо-/гипергликемия) — 1 балл
13. Утилизация ланцета и тест-полоски в контейнер для острых отходов — 1 балл
14. Запись результата в медицинскую документацию — 1 балл

Дополнительные баллы (усложнённый уровень):
15. Демонстрация алгоритма действий при критических значениях (гипогликемия < 2,5 ммоль/л: глюкоза 20% в/в или глюкагон в/м) — 1 балл
16. Объяснение факторов, искажающих результат (недостаточная капля, загрязнение, просроченные полоски, гемолиз) — 1 балл

Возрастные нормы гликемии (натощак):
- Новорождённые (1–28 дней): 2,5–4,4 ммоль/л
- Дети (1 мес – 5 лет): 3,3–5,0 ммоль/л
- Дети (5–18 лет): 3,3–5,5 ммоль/л

Шкала итоговой оценки:
- 14–16 баллов — отлично
- 11–13 баллов — хорошо
- 8–10 баллов — удовлетворительно
- < 8 баллов — неудовлетворительно
Общие положения

Каждый навык оценивается по трём составляющим:
1. Теоретическая подготовка — знание показаний, противопоказаний, возрастных особенностей, алгоритма
2. Техника выполнения — правильная последовательность, точность манипуляций, безопасность
3. Интерпретация и заключение — умение объяснить результат, сформулировать выводы, дать рекомендации

Оценка может быть снижена за:
- Нарушение этики и деонтологии
- Несоблюдение правил асептики
- Неуверенное выполнение навыка

- Неполное заключение
- Отсутствие ответов на дополнительные вопросы комиссии

неудовлетворительная оценка может быть выставлена в следующих случаях :
- Действие, угрожающее жизни и здоровью пациента
- Грубое нарушение алгоритма оказания неотложной помощи
- Введение препарата при абсолютном противопоказании
- Отказ от выполнения навыка

ЭТАЛОННЫЕ ОТВЕТЫ
к фонду оценочных средств по дисциплине «Педиатрия»
для ординаторов по специальности 31.08.19 Педиатрия
Перечень вопросов для проведения устного опроса
итоговой аттестации.

Документ подготовлен в формате кратких экзаменационных эталонов: определение/классификация, клиника и диагностика, лечение/профилактика, диспансеризация или тактика ведения при необходимости.

1. Основные факторы риска заболеваний у детей

Биологические: отягощенная наследственность, патология беременности и родов, недоношенность/ЗВУР, врожденные пороки, низкая масса тела, перинатальное поражение ЦНС.

Медико-социальные: неблагоприятные жилищные условия, низкий уровень санитарной культуры, курение родителей, алкоголизация семьи, дефекты ухода, позднее обращение за медицинской помощью.

Пищевые: отсутствие грудного вскармливания, ранний/нерациональный прикорм, дефицит белка, железа, витамина D, избыток сахара/соли/трансжиров.

Инфекционные и экологические: частые контакты в организованных коллективах, неполная вакцинация, загрязнение воздуха, пассивное курение, аллергены, профессиональные вредности родителей.

Профилактика: антенатальное наблюдение, вакцинация, поддержка грудного вскармливания, диспансеризация, санитарное просвещение, коррекция питания и условий жизни.

2. Рефлексы новорожденных

Безусловные рефлексы отражают зрелость ЦНС и адаптацию новорожденного: сосательный, поисковый, хоботковый, ладонно-ротовой Бабкина, хватательный, Моро, опоры и автоматической ходьбы, ползания Бауэра, Галанта, Переса.

Оценка проводится симметрично, с учетом гестационного возраста, состояния ребенка, температуры, сытости, неврологического статуса.

Физиологическое угасание: поисковый и хоботковый — к 3–4 мес, Моро — к 4–5 мес, автоматическая ходьба/опора — к 1,5–2 мес, ползание Бауэра — к 3–4 мес, хватательный — к 3–4 мес.

Патология: отсутствие, асимметрия, резкое угнетение или длительное сохранение рефлексов может указывать на поражение ЦНС, периферических нервов, мышечную гипотонию/гипертонус.

3. Понятие о степенях недоношенности новорожденных

Недоношенный — ребенок, родившийся до 37 полных недель гестации.

По гестационному возрасту: поздний недоношенный 34–36 нед 6 дн; умеренно недоношенный 32–33 нед 6 дн; глубоконедоношенный 28–31 нед 6 дн; экстремально недоношенный <28 нед.

По массе тела: низкая масса <2500 г, очень низкая <1500 г, экстремально низкая <1000 г.

Клинические особенности: незрелость дыхательной системы, терморегуляции, иммунитета, ЖКТ, высокий риск РДС, апноэ, ВЖК, NEC, инфекций, БЛД, ретинопатии.

Тактика: специализированная помощь, термонейтральная среда, респираторная поддержка, профилактика инфекций, нутритивная поддержка, мониторинг неврологических и офтальмологических осложнений.

4. Стигмы эмбриогенеза

Стигмы дизэмбриогенеза — малые аномалии развития, возникшие вследствие нарушения эмбриогенеза, не всегда нарушающие функцию органа.

Примеры: эпикант, гипертелоризм, низко расположенные ушные раковины, деформация ушных раковин, высокое небо, короткая шея, клинодактилия, синдактилия, сандалевидная щель, кожные складки, гемангиомы.

Диагностическое значение: множественные стигмы повышают вероятность наследственного синдрома, хромосомной патологии, внутриутробного воздействия тератогенов.

Оценка: количество, сочетание с пороками развития, задержкой роста/психомоторного развития, семейным анамнезом.

Тактика: консультация генетика при множественных стигмах, кариотипирование/молекулярная диагностика по показаниям, УЗИ внутренних органов, ЭхоКГ, нейросонография.

5. Транзиторные состояния новорожденных

Транзиторные состояния — физиологические адаптационные реакции первых дней жизни при переходе к внеутробному существованию.

К ним относятся: физиологическая убыль массы до 6–10%, транзиторная гипертермия, физиологическая желтуха, мочекислый инфаркт почек, транзиторный дисбактериоз, катар кишечника, половой криз, токсическая эритема.

Признаки физиологичности: удовлетворительное состояние, сохраненный аппетит, отсутствие интоксикации, нормальная динамика массы, регресс симптомов.

Лечение обычно не требуется; необходимы правильный уход, грудное вскармливание, контроль билирубина/массы/диуреза.

Дифференцировать с патологической желтухой, инфекцией, обезвоживанием, эндокринными и метаболическими нарушениями.

6. Бронхолегочная дисплазия

БЛД — хроническое заболевание легких преимущественно у недоношенных, связанное с незрелостью легких, кислородотерапией, ИВЛ, воспалением и нарушением альвеоляризации.

Критерий: потребность в кислороде/респираторной поддержке в 28 дней жизни и/или в 36 недель постконцептуального возраста с оценкой тяжести.

Клиника: тахипноэ, втяжения, гипоксемия, приступы бронхообструкции, плохая прибавка массы, частые респираторные инфекции.

Лечение: минимизация кислородной токсичности, оптимальная респираторная поддержка, питание 120–150 ккал/кг/сут по показаниям, диуретики коротко при отечном синдроме, бронхолитики при обструкции, профилактика RSV и вакцинация.

Прогноз зависит от степени недоношенности и тяжести; возможны рецидивирующая обструкция, легочная гипертензия, задержка роста.

7. Болезнь гиалиновых мембран

Болезнь гиалиновых мембран/РДС новорожденных — дыхательная недостаточность из-за дефицита сурфактанта, чаще у недоношенных.

Факторы риска: гестационный возраст <34 нед, диабет матери, кесарево сечение без родовой деятельности, асфиксия, мужской пол.

Клиника: тахипноэ, экспираторный стон, втяжения, цианоз, снижение SpO2 вскоре после рождения.

Диагностика: клиника, рентген — ретикулогранулярный рисунок, воздушная бронхограмма, снижение воздушности; КОС — гипоксемия, ацидоз.

Лечение: профилактика антенатальными ГКС при угрозе преждевременных родов, CPAP, кислород с целевыми SpO2, введение сурфактанта эндотрахеально/методом LISA, ИВЛ при тяжелой ДН.

8. Внутричерепные кровоизлияния у новорожденных

ВЧК — кровоизлияния в полость черепа: субэпендимальные, внутрижелудочковые, паренхиматозные, субдуральные, субарахноидальные.

Факторы риска: глубокая недоношенность, гипоксия, колебания мозгового кровотока, родовая травма, коагулопатия, инфекция.

Клиника: угнетение/возбуждение, апноэ, судороги, выбухание родничка, анемия, нестабильность гемодинамики; у недоношенных может быть малосимптомно.

Диагностика: нейросонография в динамике, МРТ/КТ по показаниям, ОАК, коагулограмма.

Лечение: стабилизация дыхания и гемодинамики, коррекция коагулопатии/анемии, противосудорожная терапия, нейрохирург при гидроцефалии.

9. Гемолитическая болезнь новорожденных

ГБН — иммунный гемолиз эритроцитов плода/новорожденного вследствие несовместимости крови матери и ребенка, чаще Rh(D) или ABO.

Формы: анемическая, желтушная, отечная; по тяжести — легкая, средняя, тяжелая.

Клиника: ранняя желтуха в первые 24 ч, анемия, гепатоспленомегалия, высокий непрямой билирубин, риск билирубиновой энцефалопатии.

Диагностика: группа/Rh матери и ребенка, прямая проба Кумбса, билирубин в динамике, Hb, ретикулоциты.

Лечение: раннее грудное вскармливание при отсутствии противопоказаний, фототерапия, внутривенный иммуноглобулин по показаниям, заменное переливание крови при критической гипербилирубинемии/анемии, профилактика Rh-иммуноглобулином матери.

10. Гнойно-воспалительные заболевания кожи новорожденных

Включают везикулопустулез, пузырчатку новорожденных, омфалит, пиодермию, абсцессы, флегмону новорожденных.

Возбудители: Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, грамотрицательная флора, возможно смешанная инфекция.

Клиника: пустулы/пузыри, гиперемия, инфильтрация, мокнутие, гнойное отделяемое; при генерализации — лихорадка/гипотермия, вялость, отказ от еды.

Диагностика: осмотр кожи и пупочной ранки, ОАК, CRP, посев отделяемого, гемокультура при системных симптомах.

Лечение: местные антисептики при ограниченных формах, системные антибиотики при распространенном процессе/омфалите/флегмоне, хирургическая обработка абсцессов, профилактика внутрибольничной инфекции.

11. Сепсис новорожденных

Сепсис новорожденных — системная воспалительная реакция на инфекцию с бактериемией/инвазивной инфекцией и риском полиорганной недостаточности.

Ранний сепсис — первые 72 ч жизни, связан с вертикальной передачей; поздний — после 72 ч, часто госпитальный/контактный.

Возбудители: Streptococcus agalactiae, E. coli, Listeria, стафилококки, грамотрицательные бактерии, Candida у крайне недоношенных.

Клиника неспецифична: температурная нестабильность, апноэ, тахипноэ, плохое сосание, вялость, мраморность, желтуха, гипогликемия, шок.

Диагностика: гемокультура до антибиотиков, ОАК, CRP/прокальцитонин в динамике, ликвор по показаниям, посевы из очагов.

Лечение: немедленная эмпирическая антибиотикотерапия, инфузии, респираторная и гемодинамическая поддержка, санация очага.

12. Недостатки искусственного вскармливания ребенка первого года жизни

Не воспроизводит полностью биологические свойства грудного молока: нет живых иммунных факторов, оптимального состава олигосахаридов, ферментов, гормонов.

Выше риск кишечных и респираторных инфекций, аллергии к белкам коровьего молока, ожирения, метаболических нарушений при неправильном разведении и перекорме.

Требует строгой санитарии, правильного приготовления, контроля объема и переносимости.

Психоэмоциональный контакт «мать—ребенок» может быть менее выраженным при формальном кормлении.

Искусственное вскармливание назначается при невозможности грудного; выбираются адаптированные смеси по возрасту и показаниям.

13. Значение режима питания в профилактике нарушений пищевого поведения у детей

Режим питания формирует чувство голода/насыщения, пищевую дисциплину, профилактику переедания и эмоционального питания.

Основы: регулярные приемы пищи, завтрак, ограничение перекусов сладостями, питание без гаджетов, семейные приемы пищи.

Запрещены насильственное кормление, еда как награда/наказание, жесткие диеты без показаний.

Важно формировать разнообразие рациона, уважать аппетит ребенка, давать возрастные порции.
Профилактика ожирения и РПП: физическая активность, сон, адекватное отношение к телу, раннее выявление тревоги/депрессии.

14. Этапы формирования пищевых навыков у детей первых трех лет жизни

0–6 мес: грудное вскармливание, формирование сосания, режима кормлений по требованию.
4–6 мес: признаки готовности к прикорму — удержание головы, интерес к пище, исчезновение рефлекса выталкивания; начало с пюре/каши по показаниям.
6–9 мес: кормление с ложки, густая пюреобразная пища, знакомство с овощами, кашами, мясом, фруктами.
9–12 мес: кусочковая пища, развитие жевания, питье из чашки, самостоятельное участие.
1–3 года: общий семейный стол с адаптацией по соли/сахару/консистенции, самостоятельное пользование ложкой, режим 4–5 приемов пищи.

15. Основные проблемы питания детей школьного и подросткового возраста

Нерегулярное питание, пропуск завтрака, избыток фастфуда, сладких напитков, соли и насыщенных жиров.
Дефициты: железо у девочек-подростков, кальций и витамин D, йод, омега-3, пищевые волокна.
Избыточная масса и ожирение, инсулинорезистентность; реже — дефицит массы.
Риск расстройств пищевого поведения: ограничительные диеты, переедание, булимия, влияние соцсетей.
Профилактика: школьное питание, семейный рацион, физическая активность ≥60 мин/сут, ограничение экранного времени, мониторинг ИМТ.

16. Основные формы документации участкового педиатра

Медицинская карта ребенка, история развития ребенка, амбулаторная карта.
Карта профилактических прививок/сертификат вакцинации, информированные согласия/отказы.
Журналы патронажа новорожденных, диспансерного наблюдения, вызовов на дом.
Направления на консультации, госпитализацию, обследования; выписки и эпикризы.
Справки в образовательные учреждения, санаторно-курортные карты, листки нетрудоспособности по уходу за ребенком, учет льготного лекарственного обеспечения.

17. Диспансерное наблюдение за детьми первых трех лет

Цель: контроль роста, развития, питания, вакцинации, раннее выявление заболеваний и факторов риска.
Патронаж новорожденного: осмотр после выписки, оценка вскармливания, желтухи, пупочной ранки, массы, условий ухода.
На 1-м году: регулярные осмотры педиатра, антропометрия, НПР, профилактика рахита/анемии, вакцинация, скрининги.
На 2–3-м году: контроль речи, моторики, поведения, питания, профилактические осмотры специалистов, подготовка к ДДУ.
Документируется группа здоровья, группа риска, индивидуальный план наблюдения.

18. Группы здоровья. Группы риска

I группа здоровья — здоровые дети с нормальным развитием и редкими острыми заболеваниями.
II группа — здоровые, но с функциональными отклонениями, факторами риска, частыми ОРИ, реконвалесценты, дети с пограничными состояниями.
III группа — хронические заболевания в компенсации.
IV группа — хронические заболевания в субкомпенсации, частые обострения, сниженная функция органов.
V группа — тяжелые хронические заболевания в декомпенсации, инвалидность.
Группы риска: социальная, биологическая, перинатальная, инфекционная, аллергическая, по анемии/рахиту/туберкулезу и др.

19. Основные функциональные обязанности врача ДДУ

Профилактический контроль здоровья детей в дошкольной организации, анализ заболеваемости и причин пропусков.
Организация утреннего фильтра, изоляции заболевших, противоэпидемических мероприятий.
Контроль питания, санитарно-гигиенического режима, физического воспитания, закаливания.

Проведение профилактических осмотров, вакцинации совместно с поликлиникой, диспансеризация.

Медико-педагогическое взаимодействие: адаптация детей, рекомендации по режиму, нагрузкам, профилактике травматизма.

20. Основные функциональные обязанности школьного врача

Контроль состояния здоровья школьников, профилактические осмотры, распределение по медицинским группам для физкультуры.

Организация вакцинации, противоэпидемических мероприятий, санитарного просвещения.

Контроль школьного питания, режима учебной нагрузки, гигиены классов, освещения, мебели.

Профилактика нарушений зрения, осанки, ожирения, зависимостей, стрессовых расстройств.

Оказание первичной помощи при острых состояниях и травмах, направление к специалистам.

21. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения детей с хронической патологией

Показания: хронические заболевания в ремиссии/стойкой компенсации, период реконвалесценции, потребность в реабилитации, климато- и физиотерапии.

Профили: пульмонологический, гастроэнтерологический, нефрологический, кардиоревматологический, неврологический, ортопедический и др.

Общие противопоказания: острые инфекции, обострение хронического заболевания, декомпенсация, заразные кожные болезни, активный туберкулез, злокачественные заболевания без разрешения онколога, тяжелые психические расстройства.

Необходимы санаторно-курортная карта, обследования, заключение лечащего врача и учет противопоказаний к климату/процедурам.

Цель — реабилитация, снижение частоты обострений, восстановление функциональных возможностей.

22. Острые респираторные заболевания у детей

Этиология: риновирусы, RSV, грипп, парагрипп, аденовирусы, коронавирусы, метапневмовирус, бокавирус; реже бактерии.

Эпидемиология: воздушно-капельный/контактный путь, высокая заболеваемость в детских коллективах, сезонность.

Клиника: ринит, кашель, боль в горле, лихорадка, интоксикация; у детей раннего возраста возможны бронхиолит, круп, фебрильные судороги.

Лечение: режим, питье, туалет носа, жаропонижающие — парацетамол 10–15 мг/кг или ибупрофен 5–10 мг/кг; противовирусные при гриппе по показаниям; антибиотики только при бактериальных осложнениях.

Профилактика: вакцинация против гриппа, гигиена рук, проветривание, изоляция больных, грудное вскармливание, отказ от пассивного курения.

23. Острые пневмонии у детей

Этиология: S. pneumoniae, H. influenzae, S. aureus, Mycoplasma/Chlamydophila pneumoniae у школьников, вирусно-бактериальные ассоциации.

Клиника: лихорадка, кашель, тахипноэ, одышка, втяжения, локальные хрипы/крепитация, притупление перкуторного звука, гипоксемия.

Диагностика: клиника, SpO2, ОАК, CRP/ПКТ по показаниям, рентген при тяжелом/неясном течении или осложнениях.

Лечение: амоксициллин 45–90 мг/кг/сут внутрь; при тяжелом течении цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут в/в; макролид при атипичной этиологии; кислород при SpO2 <92%.

Профилактика: вакцинация против пневмококка, Hib, гриппа, грудное вскармливание, снижение контакта с табачным дымом.

24. Специфическая и неспецифическая профилактика респираторных заболеваний у детей

Специфическая: вакцинация против гриппа, пневмококковой инфекции, Hib-инфекции, коклюша, кори, COVID-19 по актуальным показаниям.

Пассивная иммунопрофилактика RSV у групп высокого риска — моноклональные антитела по региональным/клиническим показаниям.

Неспецифическая: гигиена рук, проветривание, влажная уборка, масочный режим при эпидсезоне, изоляция больных.

Укрепление здоровья: грудное вскармливание, полноценное питание, сон, физическая активность, закаливание без экстремальных нагрузок.

Вторичная профилактика: санация хронических очагов, контроль астмы/аллергического ринита, обучение родителей признакам осложнений.

25. Анемии у детей

Анемия — снижение Hb ниже возрастной нормы; классифицируют по морфологии (микро-, нормо-, макроцитарные), патогенезу (дефицитные, гемолитические, апластические, анемии хронических заболеваний).

Чаще встречается железодефицитная анемия: дефицит поступления, повышенная потребность, кровопотери, мальабсорбция.

Клиника: бледность, утомляемость, тахикардия, одышка, сухость кожи, ломкость ногтей, извращение вкуса при ЖДА.

Диагностика: ОАК с индексами эритроцитов, ретикулоциты, ферритин, сывороточное железо, ОЖСС, CRP.

Лечение ЖДА: элементарное железо 3–6 мг/кг/сут внутрь до нормализации Hb плюс 2–3 мес; профилактика — рацион, контроль групп риска.

26. Диспансерное наблюдение детей с хроническим пиелонефритом

Наблюдение педиатра, нефролога/уролога; частота зависит от активности и функции почек.

Контроль ОАМ, анализа мочи по Нечипоренко, посевов мочи при симптомах, АД, роста, массы, СКФ.

УЗИ почек и мочевого пузыря в динамике, оценка уродинамических нарушений, ПМР, запоров и дисфункции мочеиспускания.

Профилактика обострений: питьевой режим, регулярное мочеиспускание, лечение запоров, интимная гигиена, санация очагов инфекции.

Антибактериальная профилактика — индивидуально при рецидивах, ПМР, обструктивной уропатии по решению нефролога/уролога.

27. Принципы антибактериальной терапии пиелонефрита у детей

Антибиотик назначают после забора мочи на посев, но при лихорадочном пиелонефрите лечение начинают без задержки.

Старт зависит от возраста, тяжести, локальной резистентности: цефалоспорины III поколения, амоксициллин/клавуланат, аминогликозиды по строгим показаниям.

Примеры: цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут в/в; цефотаксим 100–150 мг/кг/сут в/в; цефиксим 8 мг/кг/сут внутрь.

Ступенчатая терапия: парентерально до улучшения, затем перорально; общая длительность обычно 10–14 дней.

Обязательна коррекция доз при сниженной СКФ, контроль эффективности через 48–72 ч, коррекция по антибиотикограмме.

28. Основные принципы терапии нефротического синдрома у детей

Режим и диета: ограничение соли при отеках, адекватный белок по возрасту, контроль жидкости при выраженных отеках.

При идиопатическом нефротическом синдроме: преднизолон 2 мг/кг/сут или 60 мг/м²/сут 4–6 нед, затем альтернирующий режим с постепенным снижением.

Отеки: фуросемид 1–2 мг/кг/доза; при гиповолемии осторожно, возможно альбумин 20% 0,5–1 г/кг с диуретиком по показаниям.

Профилактика осложнений: контроль АД, тромбозов, инфекций; вакцинация вне активности/иммуносупрессии по правилам.

При стероидозависимости/резистентности — нефробиопсия, ингибиторы кальциневрина, микофенолат, ритуксимаб и др. по нефрологу.

29. Клинико-морфологическая классификация гломерулонефритов у детей

Клинически выделяют острый постинфекционный ГН, быстро прогрессирующий ГН, хронический ГН, IgA-нефропатию, мембранозную нефропатию и др.

Синдромы: нефритический, нефротический, изолированный мочевой, смешанный, гипертензивный.

Морфологические формы: минимальные изменения, фокально-сегментарный гломерулосклероз, мезангиопролиферативный, мембранопролиферативный, мембранозный, экстракапиллярный с полулуниями.

МКБ-кодирование обычно относится к рубрикам N00–N08: острый нефритический синдром, быстро прогрессирующий нефритический синдром, хронический нефритический синдром, нефротический синдром и др.

Морфология уточняется нефробиопсией при атипичном/тяжелом/резистентном течении.

30. Базисная терапия бронхиальной астмы

Цель — достижение и поддержание контроля симптомов, профилактика обострений, сохранение функции легких.

Основные препараты: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) в низких/средних/высоких дозах по ступени терапии.

Дополнительно: антилейкотриеновые препараты (монтелукаст), длительно действующие β2-агонисты только в комбинации с ИГКС, биологическая терапия при тяжелой астме.

Обязательны обучение технике ингаляции, письменный план действий, контроль триггеров, лечение аллергического ринита.

Оценка контроля каждые 1–3 мес; при контроле ≥3 мес возможен step-down, при отсутствии контроля — проверка диагноза, техники, приверженности.

31. Проблемы грудного вскармливания новорожденного на амбулаторном этапе

Частые проблемы: неправильное прикладывание, боль/трещины сосков, лактостаз, гипогалактия, нагрубание молочных желез, недостаточная прибавка массы, сонливость ребенка при желтухе/недоношенности.

Алгоритм помощи: оценить кормление, захват груди, частоту мочеиспусканий/стула, массу, желтуху, состояние матери.

Коррекция: раннее и частое прикладывание 8–12 раз/сут, кормление по требованию, исключение необоснованного докорма, помощь консультанта.

При лактостазе: частое опорожнение груди, мягкий массаж, холод после кормления; при мастите — врачебная оценка, антибиотик при бактериальном процессе.

Докорм назначается при медицинских показаниях, предпочтительно сцеженным молоком, затем донорским/смесью по расчету.

32. Классификация заменителей грудного молока

По возрасту: стартовые смеси 0–6 мес, последующие 6–12 мес, смеси для детей старше года.

По степени адаптации: адаптированные, частично адаптированные; современные смеси приближены по белку, жирам, углеводам, витаминам и минералам.

Специализированные: гипоаллергенные профилактические, лечебные гидролизаты, аминокислотные, антирефлюксные, безлактозные/низколактозные, смеси для недоношенных, при мальабсорбции.

Выбор зависит от возраста, состояния ребенка, аллергологического анамнеза, массы тела, переносимости.

Нельзя использовать цельное коровье/козье молоко как основной продукт у детей первого года жизни.

33. Организация питания детей с 1 года до 3 лет жизни

Режим: 4–5 приемов пищи в день, регулярность, объем порций по возрасту.

Рацион: овощи, фрукты, крупы, мясо/рыба/яйцо, молочные продукты, растительные масла; достаточное потребление воды.

Ограничить соль, сахар, кондитерские изделия, соки, колбасные изделия, жареную и острую пищу.

Консистенция постепенно приближается к семейному столу, но с учетом навыков жевания и безопасности.

Профилактика аспирации: избегать орехов целиком, винограда целиком, твердых мелких продуктов без измельчения.

34. Энтеральное питание на педиатрическом участке

Показания: недостаточное самостоятельное питание, задержка роста, хронические заболевания ЖКТ/неврологические нарушения, онкопатология, муковисцидоз, восстановление после тяжелых заболеваний.

Методы: пероральные сипинговые смеси, зондовое питание через назогастральный зонд, гастростома при длительной потребности.

Смеси: стандартные полимерные, гиперкалорийные, полуэлементные/элементные, специализированные по заболеванию.

Схемы: болюсное, дробное, непрерывное насосное питание; расчет калорий, белка, жидкости по возрасту и заболеванию.

Контроль: масса, рост, переносимость, стул, рвота, гидратация, электролиты, риск рефидинга у истощенных.

35. Признаки бактериальной инфекции при ОРЗ и показания к антибиотикам

Признаки: лихорадка >3 дней или повторная волна, выраженная интоксикация, локальные физикальные симптомы, гнойный отит/синусит, пневмония, тонзиллит с подтверждением БГСА.

Лабораторно: нейтрофильный лейкоцитоз, высокий CRP/прокальцитонин подтверждают, но не заменяют клиническую оценку.

Антибиотики показаны при бактериальной пневмонии, остром среднем отите у групп риска/тяжелом течении, стрептококковом тонзиллите, бактериальном синусите, пиелонефрите и др.

Не показаны при неосложненной ОРВИ, вирусном бронхите, ларингите, прозрачном рините без осложнений.

Выбор антибиотика — по вероятному возбудителю, возрасту, тяжести, аллергии, локальной резистентности.

36. Неотложная помощь при синдроме крупа

Оценить степень стеноза: осиплость, лающий кашель, стридор в покое, втяжения, цианоз, SpO2, сознание.

Обеспечить покой, доступ воздуха, кислород при гипоксемии, не осматривать глотку грубо при подозрении на эпиглоттит.

ГКС всем при крупе: дексаметазон 0,15–0,6 мг/кг однократно внутрь/в/м/в/в или будесонид 2 мг через небулайзер.

При стенозе II–III степени: адреналин 0,1% 0,5 мл/кг, максимум 5 мл через небулайзер под наблюдением.

Госпитализация при стридоре в покое, цианозе, SpO2 <92–94%, возрасте до 6–12 мес, рецидиве после адреналина, сомнениях в диагнозе.

37. Антибактериальные препараты для амбулаторной практики

Пенициллины: амоксициллин, амоксициллин/клавуланат — первая линия при многих ЛОР-инфекциях и пневмонии.

Цефалоспорины: цефалексин, цефуроксим, цефиксим — по показаниям, не как универсальная замена пенициллинам.

Макролиды: азитромицин/кларитромицин — при атипичной инфекции или аллергии к β-лактамам, с учетом резистентности.

Уроантисептики: нитрофурантоин, фуразидин, фосфомицин у подростков — при цистите по показаниям.

Принципы: правильная доза мг/кг, кратность, длительность, оценка эффекта 48–72 ч, отказ от необоснованных антибиотиков.

38. Острая почечная недостаточность у детей

ОПП — внезапное снижение функции почек с ростом креатинина и/или снижением диуреза.

Причины: преренальные (дегидратация, шок), ренальные (гломерулонефрит, тубулонекроз, гемолитико-уремический синдром), постренальные (обструкция).

Клиника: олигурия/анурия, отеки, гипертензия, уремия, гиперкалиемия, метаболический ацидоз.

Диагностика: диурез, креатинин/мочевина, электролиты, КОС, ОАМ, УЗИ почек/мочевых путей, оценка гиповолемии.

Лечение: устранение причины, коррекция объема, лечение гиперкалиемии, ограничение нефротоксинов, диализ при рефрактерной гиперкалиемии, перегрузке жидкостью, уремии, ацидозе.

39. Хроническая почечная недостаточность у детей

ХПН/ХБП — стойкое снижение функции почек или признаки повреждения почек более 3 месяцев.

Причины у детей: врожденные аномалии почек и мочевых путей, рефлюкс-нефропатия, гломерулопатии, наследственные нефропатии.

Клиника: задержка роста, анемия, гипертензия, полиурия/никтурия, костно-минеральные нарушения, уремические симптомы.

Диагностика: расчет СКФ, креатинин, мочевина, электролиты, Ca/P/PTH, Hb, ферритин, ОАМ, протеинурия, УЗИ.

Лечение: нефропротекция, контроль АД/протеинурии, диета, коррекция анемии эритропоэтином/железом, коррекция ацидоза и минеральных нарушений, подготовка к диализу/трансплантации.

40. Дизметаболические нефропатии у детей

Дизметаболические нефропатии — поражение почек, связанное с нарушением обмена веществ и кристаллурией.

Варианты: оксалатная, уратная, фосфатная, цистиновая кристаллурия.

Факторы: наследственность, недостаток питья, избыток определенных продуктов, кишечная мальабсорбция, инфекции мочевых путей.

Клиника: часто бессимптомная кристаллурия, боли в животе/пояснице, дизурия, микрогематурия, риск камнеобразования.

Лечение: питьевой режим, диета по типу кристаллурии, коррекция pH мочи, магний/витамин B6 при оксалурии по показаниям, лечение ИМС.

41. Основные задачи диспансеризации детей

Задачи: оценка здоровья и развития, раннее выявление заболеваний и факторов риска, вакцинация, профилактика, маршрутизация к специалистам.

Этапы: профилактический осмотр, скрининги, лабораторно-инструментальные исследования по возрасту, заключение, определение группы здоровья, индивидуальный план.

Группы здоровья I–V отражают наличие/тяжесть хронической патологии и функциональных нарушений.

Группы риска формируются по биологическим, социальным, наследственным, инфекционным и другим факторам.

Результаты используются для допуска к физкультуре, образовательным нагрузкам, диспансерного наблюдения.

42. Особенности развития детей первых 3-х лет жизни

Первый год — наиболее быстрый рост и интенсивное психомоторное развитие: удержание головы, перевороты, сидение, ползание, ходьба, лепет/первые слова.

Второй год — совершенствование ходьбы, предметной деятельности, понимания речи, активный словарь, навыки самообслуживания.

Третий год — фразовая речь, активная игра, формирование самостоятельности, контроль физиологических отправлений.

Оценка включает антропометрию, НПР, сенсорное развитие, поведение, сон, питание.

Красные флаги: регресс навыков, отсутствие фиксации взгляда/улыбки, отсутствие сидения к 9 мес, ходьбы к 18 мес, слов к 18–24 мес.

43. Контроль за нервно-психическим развитием детей 2-го и 3-го года жизни в КЗР

КЗР — кабинет здорового ребенка, где проводится оценка развития, обучение родителей уходу, питанию, профилактике.

На 2-м году оценивают ходьбу, бег, предметные действия, понимание речи, словарь, навыки еды/одевания, эмоциональный контакт.

На 3-м году оценивают фразовую речь, игру, мелкую моторику, самостоятельность, поведение, коммуникацию.

Используются возрастные шкалы/таблицы, наблюдение, опрос родителей, скрининг аутизма по показаниям.

При задержке — консультация невролога, логопеда, психолога, сурдолога, офтальмолога; ранняя помощь.

44. Организация прививочного дела

Прививки проводятся согласно национальному календарю профилактических прививок и календарю по эпидемическим показаниям.

Перед вакцинацией: осмотр, термометрия, сбор анамнеза, информированное согласие, оценка противопоказаний.

Абсолютные противопоказания: тяжелая аллергическая реакция на предыдущую дозу/компонент, тяжелое осложнение на вакцину; для живых вакцин — тяжелый иммунодефицит, беременность.

Временные противопоказания: острое заболевание, обострение хронического — вакцинация после стабилизации.

После вакцинации: регистрация серии/даты, наблюдение 30 минут, информирование о возможных реакциях.

45. Организация профилактических осмотров специалистами

Профосмотры проводятся в декретированные сроки для раннего выявления патологии зрения, слуха, опорно-двигательной системы, сердца, нервной системы, эндокринных нарушений.

Специалисты: невролог, хирург/ортопед, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог, психиатр/психолог, гинеколог/уролог-андролог, эндокринолог по возрасту и показаниям.

Результаты фиксируются в медицинской документации, формируется группа здоровья и рекомендации.

Узкие специалисты определяют показания к дообследованию, лечению, ограничениям физнагрузки, реабилитации.

Педиатр координирует маршрутизацию и выполнение рекомендаций.

46. Сроки введения прикорма при различных видах вскармливания

Оптимальное окно введения прикорма — около 4–6 месяцев при наличии признаков готовности, независимо от вида вскармливания.

Исключительно грудное вскармливание рекомендуется до 6 месяцев при достаточном росте и развитии.

При искусственном вскармливании прикорм также вводят не ранее 4 месяцев и обычно около 5–6 месяцев.

Первые продукты: овощное пюре или безмолочная каша; далее мясо, фруктовое пюре, желток, творог/кисломолочные продукты по возрастным рекомендациям.

Правила: один новый продукт, постепенное увеличение объема, кормить ложкой, не вводить новые продукты при остром заболевании.

47. Особенности вскармливания детей в разные периоды первого года жизни

0–6 мес: грудное молоко — оптимальное питание; при невозможности — адаптированная смесь.

С 4–6 мес: прикорм для покрытия потребности в энергии, железе, цинке; сохранение грудного молока/смеси.

6–8 мес: пюреобразная пища 2–3 раза/сут, мясо как источник железа, каши, овощи.

9–12 мес: более густая и кусочковая пища, 3–4 приема прикорма, развитие жевания и самостоятельности.

Запрещено: цельное коровье молоко как напиток до 12 мес, мед до 1 года, избыток соли/сахара, продукты риска аспирации.

48. Тактика ведения и диетотерапия детей с пищевой аллергией

Основа — выявление причинного продукта по анамнезу, пищевому дневнику, элиминационно-провокационной пробе под контролем врача, IgE-диагностике при IgE-опосредованных реакциях.

Диета: исключение только доказанного аллергена, равноценная нутритивная замена, профилактика дефицитов.

При аллергии к белкам коровьего молока у грудничка на ИВ — глубокий гидролизат; при тяжелых реакциях — аминокислотная смесь.

При грудном вскармливании — элиминация аллергена в рационе матери только при доказанной связи и под контролем питания.

Лечение реакций: антигистаминные при крапивнице, адреналин при анафилаксии, обучение родителей и план действий.

49. Возрастные особенности иммунитета у детей

Новорожденный имеет пассивные материнские IgG, низкую продукцию собственных антител и незрелый клеточный иммунитет.

В 3–6 месяцев возникает физиологическое снижение материнских IgG — повышается восприимчивость к инфекциям.

Секреторный IgA формируется постепенно, поддерживается грудным вскармливанием.

У детей раннего возраста преобладают первичные иммунные ответы, иммунологическая память формируется после инфекций и вакцинации.

Подростковый период сопровождается гормональной перестройкой иммунной регуляции, возможным дебютом аутоиммунных заболеваний.

50. Аллергия, типы аллергических реакций, современные методы диагностики

Аллергия — иммунопатологическая реакция на аллерген с повреждением тканей.

Типы по Gell-Coombs: I — IgE-опосредованный немедленный; II — цитотоксический; III — иммунокомплексный; IV — клеточный замедленный.

Клиника: ринит, астма, крапивница, атопический дерматит, анафилаксия, лекарственная аллергия.

Диагностика: анамнез, кожные прик-тесты, специфические IgE, компонентная диагностика, элиминационно-провокационные тесты, патч-тесты при контактной/не-IgE аллергии.

Лечение: элиминация, фармакотерапия, аллерген-специфическая иммунотерапия при показаниях, обучение действиям при анафилаксии.

51. Внутриутробные инфекции

ВУИ — инфекции плода/новорожденного, возникшие антенатально или интранатально; TORCH, сифилис, ВИЧ, гепатиты, парвовирус B19, ветряная оспа, энтеровирусы и др.

Клиника: ЗВУР, гепатоспленомегалия, желтуха, сыпь, тромбоцитопения, микроцефалия/гидроцефалия, хориоретинит, пневмония, менингоэнцефалит.

Диагностика: анамнез матери, ПЦР, серология IgM/динамика IgG, обследование ликвора, УЗИ/нейросонография, офтальмолог/аудиолог.

Лечение зависит от возбудителя: ацикловир при HSV, пенициллин при сифилисе, антиретровирусная терапия при ВИЧ, специфическая терапия токсоплазмоза и др.

Профилактика: скрининг беременных, вакцинация до беременности, лечение инфекций матери, профилактика вертикальной передачи.

52. Желтухи новорожденных

Физиологическая желтуха появляется после 24 ч жизни, максимум на 3–5 сутки, состояние удовлетворительное.

Патологическая: появление в первые 24 ч, быстрый рост билирубина, длительность >14 дней у доношенного, прямой билирубин повышен, анемия/гепатоспленомегалия/ахоличный стул.

Причины непрямой гипербилирубинемии: ГБН, полицитемия, кефалогематома, инфекции, гипотиреоз, грудное молоко.

Причины прямой: атрезия желчных путей, неонатальный гепатит, инфекции, метаболические болезни.

Лечение: частое кормление, фототерапия по номограммам, IVIG/заменное переливание при ГБН, срочная диагностика холестаза.

53. Перинатальные поражения ЦНС

Механизмы: гипоксия-ишемия, кровоизлияния, инфекция, метаболические нарушения, травма, токсические воздействия.

Клиника: синдром угнетения/возбуждения, судороги, мышечная гипотония/гипертонус, нарушения сосания, апноэ, внутричерепная гипертензия.

Диагностика: оценка Апгар, неврологический осмотр, НСГ, ЭЭГ, МРТ, КОС, глюкоза, электролиты, инфекционный скрининг.

Лечение: поддержка дыхания и гемодинамики, коррекция гипогликемии/электролитов, противосудорожная терапия, терапевтическая гипотермия при тяжелой ГИЭ у доношенных по критериям.

Реабилитация: раннее вмешательство, ЛФК, массаж по показаниям, наблюдение невролога и оценка развития.

54. Рахит

Рахит — нарушение минерализации растущей кости из-за дефицита витамина D, кальция/фосфора и расстройства фосфорно-кальциевого обмена.

Регуляция: витамин D повышает всасывание Ca/P в кишечнике, ПТГ повышает кальций и снижает фосфор, кальцитонин снижает резорбцию костей.

Клиника: потливость, беспокойство, краниотабес, лобные бугры, «четки», гаррисонова борозда, мышечная гипотония, задержка моторики.

Лечение: холекальциферол 2000–5000 МЕ/сут 30–45 дней по тяжести, затем профилактическая доза; коррекция кальция и питания.

Профилактика: 400–1000 МЕ/сут витамина D детям раннего возраста с учетом риска, прогулки, рациональное вскармливание.

55. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста

Факторы: недоношенность, низкие запасы железа, быстрый рост, позднее введение мясного прикорма, избыток коровьего молока, кровопотери.

Клиника: бледность, вялость, плохой аппетит, задержка психомоторного развития, сухость кожи, ломкость волос.

Диагностика: Hb ниже возрастной нормы, низкие MCV/MCH, высокий RDW, низкий ферритин; CRP учитывают для интерпретации ферритина.

Лечение: элементарное железо 3–6 мг/кг/сут внутрь; контроль ретикулоцитов через 7–10 дней и Hb через 3–4 недели.

Профилактика: грудное вскармливание, своевременный мясной прикорм, препараты железа недоношенным по показаниям.

56. Синдром срыгивания и рвоты

Срыгивание — пассивное поступление небольшого количества пищи из желудка, часто физиологично у младенцев.

Рвота — активный акт с участием мышц, может быть признаком инфекции, хирургической, неврологической, метаболической патологии.

Тревожные признаки: желчная рвота, кровь, фонтанирующая рвота, обезвоживание, потеря массы, неврологические симптомы, лихорадка, вздутие живота.

Тактика при функциональных срыгиваниях: не перекармливать, правильная техника кормления, вертикализация после еды, антирефлюксная смесь при ИВ по показаниям.

Дифференциально: пилоростеноз, ГЭРБ, кишечная непроходимость, инфекция, внутричерепная гипертензия.

57. Атопический дерматит у детей

АтД — хроническое воспалительное зудящее заболевание кожи с нарушением барьерной функции и иммунным воспалением.

Возрастные формы: младенческая — лицо, разгибательные поверхности, мокнутие; детская — сгибы, лихенификация; подростковая — кисти, лицо, шея, сгибы.

Диагностика клиническая: зуд, типичная локализация, хроническое рецидивирующее течение, атопический анамнез.

Лечение: ежедневные эмоленты, мягкое очищение, топические ГКС/ингибиторы кальциневрина по активности, антигистаминные при нарушении сна от зуда, лечение инфекции.

Пищевая элиминация только при доказанной пищевой аллергии.

58. Бронхиты

Классификация: острый простой бронхит, острый обструктивный бронхит, бронхиолит, рецидивирующий бронхит, хронический бронхит при хронической патологии.

Этиология чаще вирусная; бактериальный бронхит встречается реже.

Клиника: кашель сухой/влажный, рассеянные хрипы, без очаговой инфильтрации и выраженной интоксикации; при обструкции — экспираторная одышка, свистящие хрипы.

Лечение: питье, увлажнение воздуха, туалет носа; бронхолитики при обструкции; антибиотики не показаны при типичном вирусном бронхите.

Дифференцировать с пневмонией, астмой, коклюшем, инородным телом.

59. Пневмонии

Классификация: внебольничная/госпитальная, очаговая, сегментарная, долевая, интерстициальная; осложненная/неосложненная; по тяжести.

Клиника: лихорадка, кашель, тахипноэ, одышка, локальные физикальные признаки, гипоксемия, интоксикация.

Диагностика: клиника, SpO2, ОАК/CRP по показаниям, рентген при тяжелом или неясном течении.

Лечение: антибиотик по вероятному возбудителю — амоксициллин 45–90 мг/кг/сут, при тяжелой госпитализации цефтриаксон 50–80 мг/кг/сут; кислород, регидратация.

Осложнения: плеврит, эмпиема, абсцесс, ДН, сепсис.

60. Аллергический ринит

Классификация: интермиттирующий/персистирующий, легкий/среднетяжелый/тяжелый; сезонный и круглогодичный.

Клиника: чихание, зуд носа, ринорея, заложенность, зуд глаз, аллергические «синяки», дыхание ртом.

Диагностика: анамнез, риноскопия, эозинофилы в мазке, специфические IgE/кожные пробы.

Лечение: элиминация аллергенов, интраназальные ГКС, антигистаминные 2-го поколения, антилейкотриены при сочетании с астмой, АСИТ по показаниям.

Важен контроль астмы, аденоидита и синусита.

61. Бронхиальная астма. Терапия обострений

Оценить тяжесть: речь, положение, ЧДД, ЧСС, участие мышц, SpO2, ПСВ/ОФВ1 при возможности.

Легкое/среднетяжелое: сальбутамол 100 мкг 4–10 вдохов через спейсер или 2,5–5 мг через небулайзер каждые 20 мин в 1-й час.

Добавить ипратропия бромид 250–500 мкг через небулайзер при среднетяжелом/тяжелом обострении.

Системные ГКС: преднизолон 1–2 мг/кг/сут 3–5 дней.

Кислород при SpO2 <94%, госпитализация при тяжелом приступе, плохом ответе, истощении, SpO2 <92%.

62. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей

Ступенчатый подход: увеличение терапии при отсутствии контроля и снижение при стабильном контроле.

Основной препарат — ИГКС в минимальной эффективной дозе; дозы зависят от возраста и молекулы.

Дополнительно: монтелукаст, ИГКС/ДДБА у детей старшего возраста, биологическая терапия при тяжелой Т2-астме.

Контроль: дневные/ночные симптомы, потребность в SABA, ограничения активности, обострения, функция легких.

Обязательны техника ингаляции, спейсер, приверженность, устранение триггеров, лечение коморбидного ринита.

63. Вегето-сосудистая дистония

Термин часто соответствует вегетативной дисфункции/соматоформным проявлениям; требуется исключить органическую патологию.

Клиника: головные боли, сердцебиение, потливость, лабильность АД, обмороки, тревожность, нарушение сна.

Диагностика: анамнез, АД в динамике/СМАД, ЭКГ, ОАК, ферритин, ТТГ, глюкоза, оценка психоэмоциональных факторов.

Лечение: режим сна, физическая активность, ограничение стимуляторов, психотерапия, коррекция тревоги, лечение хронических очагов.

Медикаменты — только по показаниям после исключения соматической патологии.

64. Ювенильный идиопатический артрит

ЮИА — артрит неясной причины длительностью ≥6 недель, начавшийся до 16 лет.

Варианты: системный, олигоартикулярный, полиартикулярный РФ−/РФ+, энтезит-ассоциированный, псориатический, недифференцированный.

Клиника: припухлость, боль, утренняя скованность, ограничение движений, возможны лихорадка, сыпь, лимфаденопатия, увеит.

Диагностика: клиника, СОЭ/CRP, РФ, anti-CCP, ANA, HLA-B27, УЗИ/МРТ суставов, осмотр офтальмолога.

Лечение: НПВС, внутрисуставные ГКС, метотрексат 10–15 мг/м²/нед, биологические препараты по показаниям, ЛФК.

65. Анемии у новорожденных детей

Причины: кровопотеря, гемолиз (ГБН, мембранопатии, ферментопатии), недоношенность, инфекции, дефициты, ятрогенные кровопотери.

Клиника: бледность, тахикардия, тахипноэ, плохое сосание, апноэ, желтуха при гемолизе.

Диагностика: Hb/Hct с учетом возраста, ретикулоциты, билирубин, группа крови/Кумбс, мазок крови, ферритин по показаниям.

Лечение: устранение причины, фототерапия/заменное переливание при ГБН, эритроцитарная масса при тяжелой симптомной анемии, железо недоношенным профилактически.

Анемия недоношенных связана с низким эритропоэтином и быстрым ростом.

66. Дифференциальная диагностика лимфоаденопатий у детей

Оценить локализацию, размер, болезненность, консистенцию, спаянность, длительность, системные симптомы.

Инфекционные причины: ОРВИ, тонзиллит, EBV/CMV, токсоплазмоз, туберкулез, болезнь кошачьей царапины.

Неинфекционные: аллергия, аутоиммунные заболевания, лекарственные реакции.

Онкогематология: лимфома, лейкоз — подозревать при плотных безболезненных узлах, надключичной локализации, похудании, ночной потливости, гепатоспленомегалии.

Обследование: ОАК с формулой, CRP/СОЭ, серология по показаниям, УЗИ узлов, рентген ОГК, биопсия при красных флагах.

67. Гастродуодениты

Гастродуоденит — воспаление слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Причины: H. pylori, нарушения питания, НПВС, желчный рефлюкс, стресс, наследственность.

Клиника: боли в эпигастрии, тошнота, изжога, отрыжка, связь с пищей, снижение аппетита.

Диагностика: ЭГДС с биопсией, тесты на H. pylori, ОАК, кал на скрытую кровь по показаниям.

Лечение: режим питания, ИПП, эрадикация H. pylori при подтверждении, антациды/альгинаты, прокинетики по показаниям.

68. Язвенная болезнь желудка

Язвенная болезнь — хроническое рецидивирующее заболевание с язвенным дефектом слизистой желудка/ДПК.

Причины: H. pylori, НПВС, наследственность, стрессовые факторы, гиперацидность.

Клиника: эпигастральные боли, ночные/голодные боли при ДПК, изжога, тошнота, возможны кровотечение/перфорация.

Диагностика: ЭГДС с биопсией, H. pylori-тесты, ОАК, кал на скрытую кровь.

Лечение: ИПП 4–8 недель, эрадикация H. pylori, отказ от НПВС, диета без раздражителей, контроль осложнений.

69. Дискинезии желчевыводящих путей

ДЖВП — функциональное нарушение моторики желчного пузыря и сфинктерного аппарата без органической патологии.

Варианты: гипокинетический и гиперкинетический тип.

Клиника: боли в правом подреберье, тошнота, горечь во рту, связь с жирной пищей/стрессом.

Диагностика: УЗИ ОБП с оценкой желчного пузыря, биохимия печени для исключения органики, паразитологическое обследование по показаниям.

Лечение: режим питания, стол с ограничением жирного/жареного, спазмолитики при гипертонусе, холекинетики/холеретики при гипокинезии только после исключения камней.

70. Глистные инвазии

Частые: энтеробиоз, аскаридоз, токсокароз, описторхоз, тениозы, лямблиоз как протозойная инвазия.

Клиника: зуд перианальной области, боли в животе, тошнота, аллергические проявления, эозинофилия, снижение аппетита.

Диагностика: соскоб на энтеробиоз, кал на яйца гельминтов 3-кратно, серология при тканевых паразитозах.

Лечение: мебендазол/альбендазол/пирантел по виду паразита и возрасту; повторный курс при энтеробиозе.

Профилактика: гигиена рук, короткие ногти, стирка белья, лечение контактных при энтеробиозе.

71. Пиелонефрит

Пиелонефрит — бактериальное воспаление чашечно-лоханочной системы и интерстиция почек.

Клиника: лихорадка, интоксикация, боль в животе/пояснице, дизурия, у младенцев неспецифические симптомы.

Диагностика: ОАМ — лейкоцитурия/бактериурия, посев мочи, ОАК/CRP, УЗИ почек, оценка аномалий мочевых путей.

Лечение: антибиотики 10–14 дней с учетом тяжести — цефалоспорины III, амоксициллин/клавуланат, ступенчатая терапия; питьевой режим.

После эпизода — поиск факторов риска: ПМР, обструкция, дисфункция мочеиспускания, запоры.

72. Гломерулонефрит

ГН — иммуновоспалительное поражение клубочков с мочевым синдромом, отеками, гипертензией, снижением функции почек.

Клинические формы: нефритическая, нефротическая, смешанная, изолированный мочевой синдром, быстропрогрессирующая.

Морфология: минимальные изменения, ФСГС, мезангиопролиферативный, мембранопролиферативный, мембранозный, полулуния.

Дифференциально: пиелонефрит, IgA-нефропатия, наследственный нефрит, СКВ, HUS.

Острый период: госпитализация, ограничение соли/жидкости, контроль АД, диуретики, антигипертензивные, лечение инфекции, иммуносупрессия по форме/биопсии.

73. Тубулопатии у детей

Тубулопатии — наследственные или приобретенные нарушения канальцевого транспорта веществ.

Виды: синдром Фанкони, почечный тубулярный ацидоз, фосфат-диабет, синдром Барттера/Гительмана, цистинурия.

Клиника: задержка роста, полиурия, рахитоподобные деформации, электролитные нарушения, нефрокальциноз, камни.

Диагностика: электролиты крови и мочи, КОС, Ca/P, ЩФ, ПТГ, анализ аминокислот/глюкозурия, УЗИ почек, генетика.

Лечение: коррекция электролитов и ацидоза, фосфаты/активные метаболиты витамина D при фосфат-диабете, цитраты, нефропротекция.

74. Профилактика и диспансерное наблюдение при заболеваниях мочевой системы

Профилактика: достаточное питье, регулярное мочеиспускание, лечение запоров, гигиена, санация инфекций, исключение переохлаждения как провоцирующего фактора.

Диспансеризация: педиатр, нефролог/уролог, контроль ОАМ, АД, СКФ, УЗИ, посевы при симптомах.

При рецидивирующих ИМС — поиск ПМР, обструкции, нейрогенного мочевого пузыря.

При гломерулопатиях — контроль протеинурии, АД, функции почек, комплемента/иммунологии по показаниям.

Обучение семьи признакам обострения и правилам сбора мочи.

75. Патология полового развития у детей

Варианты: преждевременное половое развитие, задержка полового развития, нарушения дифференцировки пола, гипогонадизм, гиперандрогения.

ППР: появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет, у мальчиков до 9 лет.

Задержка: отсутствие признаков пубертата у девочек к 13 годам, у мальчиков к 14 годам.

Диагностика: рост, стадия Tanner, костный возраст, ЛГ/ФСГ/эстрадиол/тестостерон, ТТГ, пролактин, 17-ОН-прогестерон, УЗИ малого таза/яичек, МРТ гипофиза по показаниям.

Лечение зависит от причины: аналоги ГнРГ при центральном ППР, заместительная гормонотерапия при гипогонадизме, лечение опухолей/эндокринопатий.

76. Гипертермический синдром

Гипертермический синдром — патологическое повышение температуры с нарушением микроциркуляции и риском осложнений.

Варианты: «розовая» лихорадка — теплые конечности, розовая кожа; «бледная» — вазоспазм, холодные конечности, мраморность.

Лечение: раскрыть ребенка, питье, температура в комнате 18–22 °C.

Жаропонижающие: парацетамол 10–15 мг/кг или ибупрофен 5–10 мг/кг; ацетилсалициловая кислота детям противопоказана.

При бледной лихорадке сначала улучшить периферическое кровообращение, согреть конечности; госпитализация при нарушении сознания, судорогах, менингеальных симптомах.

77. Судорожный синдром

Причины: фебрильные судороги, эпилепсия, инфекции ЦНС, гипогликемия, гипокальциемия, травма, интоксикации, метаболические болезни.

Диагностика в остром периоде: ABC, глюкоза крови, температура, неврологический статус, электролиты, Ca/Mg, признаки менингита/травмы.

Неотложно: безопасность, положение на боку, не разжимать зубы, кислород, доступ в вену.

Купирование: диазепам 0,2–0,5 мг/кг в/в медленно или ректально; альтернативно мидазолам буккально/интраназально по протоколу.

Статус >5 мин требует последовательной противосудорожной терапии и госпитализации.

78. Аллергическая крапивница. Неотложная помощь

Крапивница — зудящие волдыри, мигрирующие и исчезающие без следа; может сочетаться с ангиоотеком.

Оценить признаки анафилаксии: дыхательные нарушения, гипотония, повторная рвота, слабость, отек гортани.

Без анафилаксии: антигистаминные 2-го поколения — цетиризин/лоратадин/дезлоратадин в возрастной дозе.

При выраженном отеке/распространенности — преднизолон 1–2 мг/кг коротким курсом по назначению врача.

При анафилаксии — адреналин 0,01 мг/кг в/м, максимум 0,3–0,5 мг, вызов СМП/госпитализация.

79. Анафилактический шок

Анафилаксия — острая системная реакция гиперчувствительности с угрозой жизни.

Клиника: крапивница/ангиоотек, бронхоспазм/стридор, гипотония, коллапс, рвота, боль в животе, нарушение сознания.

Первый препарат — адреналин 0,01 мг/кг в/м в переднебоковую поверхность бедра, раствор 1 мг/мл, максимум 0,3 мг у детей и 0,5 мг у подростков; повтор каждые 5–15 мин.

Дополнительно: положение лежа с приподнятыми ногами, кислород, инфузия 0,9% NaCl 20 мл/кг болюсно, β2-агонист при бронхоспазме.

Антигистаминные и ГКС — вспомогательны, не заменяют адреналин; наблюдение из-за риска бифазной реакции.

80. Острая сосудистая недостаточность

Обморок — кратковременная потеря сознания из-за транзиторной гипоперфузии мозга; коллапс — сосудистая недостаточность с падением АД; шок — критическая гипоперфузия тканей.

Причины: вазовагальный синкопе, дегидратация, кровопотеря, анафилаксия, сепсис, аритмии, травма.

Помощь при обмороке: уложить, поднять ноги, доступ воздуха, контроль пульса/АД/глюкозы, исключить травму.

При шоке: ABC, кислород, венозный доступ, кристаллоиды 10–20 мл/кг, остановка кровотечения, адреналин при анафилаксии, антибиотики при сепсисе.

Госпитализация при повторных обмороках, нагрузочном синкопе, аритмии, травме, стойкой гипотонии.

81. Острая почечная недостаточность. Клиника. Лечение

Клиника ОПП: олигурия/анурия или нормальный диурез, отеки, гипертензия, тошнота, сонливость, судороги при уремии/электролитных нарушениях.

Опасные нарушения: гиперкалиемия, ацидоз, перегрузка жидкостью, уремическая энцефалопатия.

Лечение: устранение причины, восстановление перфузии при гиповолемии, отмена нефротоксинов, строгий учет диуреза и жидкости.

Гиперкалиемия: кальция глюконат для кардиопротекции, инсулин с глюкозой, β2-агонисты, диализ при рефрактерности.

Показания к диализу: refractory hyperkalemia, severe acidosis, fluid overload, uremic symptoms, poisoning dialyzable toxins.

82. Острая надпочечниковая недостаточность

ОНН — дефицит кортизола ± альдостерона с риском шока.

Причины: врожденная дисфункция коры надпочечников, отмена длительных ГКС, сепсис/менингококцемия, кровоизлияние в надпочечники.

Клиника: слабость, рвота, боль в животе, дегидратация, гипотония, гипогликемия, гипонатриемия, гиперкалиемия, шок.

Диагностика: глюкоза, Na/K, кортизол/АКТГ до терапии если не задерживает лечение, КОС.

Неотложно: гидрокортизон 50–100 мг/м² в/в болюсно, затем каждые 6 ч/инфузия; 0,9% NaCl 20 мл/кг, коррекция гипогликемии 10% глюкозой.

83. Неотложные состояния при сахарном диабете

Диабетический кетоацидоз: гипергликемия, кетоз, ацидоз, дегидратация, глубокое дыхание, запах ацетона, боль в животе.

Помощь при ДКА: госпитализация, 0,9% NaCl 10–20 мл/кг при гиповолемии, инсулин в/в 0,05–0,1 ЕД/кг/ч после начала инфузии, калий по уровню и диурезу.

Контроль: гликемия ежечасно, электролиты, КОС, неврологический статус; избегать быстрого снижения осмолярности.

Гипогликемия: потливость, тремор, голод, возбуждение, судороги/кома.

Помощь: если в сознании — 0,3 г/кг быстрых углеводов; если без сознания — глюкагон 0,5–1 мг или 10% глюкоза 2–5 мл/кг в/в.

84. Обструктивный бронхит

Обструктивный бронхит — острое воспаление бронхов с бронхиальной обструкцией, чаще вирусной этиологии.

Клиника: кашель, экспираторная одышка, удлиненный выдох, сухие свистящие хрипы, коробочный перкуторный звук.

Дифференциально: бронхиальная астма, бронхиолит, пневмония, инородное тело, муковисцидоз.

Лечение: сальбутамол через спейсер/небулайзер; при выраженной обструкции ипратропий; системные ГКС при тяжелой обструкции/астматическом фенотипе; питье и санация носа.

Антибиотики не показаны без признаков бактериальной инфекции; муколитики у маленьких детей и при обструкции применять осторожно.

85. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей

ГЭРБ — патологический рефлюкс желудочного содержимого с симптомами и/или повреждением слизистой пищевода.

Клиника: изжога, регургитация, кислая отрыжка, боль за грудиной/эпигастрии, ночные симптомы, кашель/ларингит внепищеводные проявления.

Диагностика: клиника, ЭГДС при тревожных признаках/подозрении на эзофагит, pH-импедансометрия при сложных случаях.

Лечение: режим — не есть за 2–3 ч до сна, снижение массы при ожирении, приподнятый головной конец, исключение триггеров.

Медикаменты: ИПП 1 мг/кг/сут 4–8 нед при эзофагите/типичных симптомах, альгинаты/антациды коротко, лечение H. pylori только при подтвержденных показаниях.

86. Показания и противопоказания для назначения желчегонных средств

Показания: функциональные нарушения желчевыводящих путей по гипокинетическому типу, билиарный сладж без обструкции, хронический бескаменный холецистит вне обострения — после обследования.

Холеретики усиливают образование желчи, холекинетики стимулируют сокращение желчного пузыря, спазмолитики применяют при гипертонусе сфинктеров.

Противопоказания: желчнокаменная болезнь с риском обструкции, острый холецистит/холангит, механическая желтуха, острый гепатит, выраженная диарея, обострение язвенной болезни.

Перед назначением желательно УЗИ ОБП и оценка биохимии печени по показаниям.
У детей желчегонные назначают индивидуально, не как средство «для профилактики».
87. Целиакия у детей
Целиакия — иммунно-опосредованная системная болезнь, вызванная глютеном у генетически предрасположенных лиц HLA-DQ2/DQ8, с поражением тонкой кишки.
Формы: классическая с мальабсорбцией, неклассическая, субклиническая, потенциальная, рефрактерная.
Клиника: хроническая диарея, стеаторея, вздутие живота, задержка роста, анемия, гипопротеинемия; внекишечные проявления — остеопения, стоматит, дерматит герпетиформный.
Диагностика: anti-tTG IgA + общий IgA, EMA IgA, HLA по показаниям, биопсия тонкой кишки в спорных/стандартных случаях; обследование проводится на фоне употребления глютена.
Патогенетическая терапия: пожизненная строгая безглютеновая диета с исключением пшеницы, ржи, ячменя; коррекция дефицитов железа, фолатов, витамина D, кальция; мониторинг антител и роста.