

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
Читинская государственная медицинская академия**

**СИНДРОМАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ
ДИАГНОЗА**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Чита - 2022

УДК 616-053.2-036(075.8)

ББК 57.3я73

Синдромальное обоснование диагноза: учебно-методическое пособие для студентов/ А.Б. Долина, А.В. Игнатьева, Т.Е. Рогалева, О.Ф. Сибира, А.И. Марковская, А.Г. Опарина, В.А. Щербак, А.А. Бабкин, В.В. Кочерова, Н.А. Хамина, А.С. Панченко, Е.П. Батаева, Н.В. Левченко, И.И. Петрухина, И.Г. Каргина, О.Г. Максимова, М.С. Панова, Н.Л. Потапова, Е.В. Андреева, А.Н. Власова, Н.А. Мироманова, Ю.А. Ширшов, Н.А. Маруева, Т.Н. Шильникова, Н.Н. Кушнаренко, Е.А. Руцкина, М.Ю. Мишко, Т.Е. Белокриницкая, Э.Д. Загородняя, С.А. Иозефсон, Н.И. Фролова, С.Н. Чабан, А.И. Сенижук, Ю.В. Евстафьева, В.А. Дударева, И.В. Бобрович, В.В. Бобрович – Чита: РИЦ ЧГМА, 2022. – 187с.

В данном учебно-методическом пособии систематизированы и детально изложены сведения о правильном обосновании диагноза при помощи выделения ведущих синдромов при заболеваниях различных органов и систем у пациентов детского возраста.

Учебно-методическое пособие предназначено для обучающихся по программам специалитета 31.05.02 «Педиатрия»

Рецензенты:

Заместитель главного врача по лечебной
работе ГУЗ «ДКМЦ» ДПО № 3

Т.С. Гринь

К.м.н., доцент кафедры педиатрии
лечебного и стоматологического
факультетов

В.Н. Перегоедова

Коллектив авторов, 2022
© ЧГМА, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	6
Врожденная дисфункция коры надпочечников	7
Врожденный гипотиреоз	10
Сахарный диабет 1 типа	15
Инфекционный эндокардит.....	18
Миокардит	21
Повторная ревматическая лихорадка	25
ВПС: тетрада Фалло	28
Ювенильный ревматоидный артрит.....	31
Явенный колит.....	34
Дискинезия желчевыводящих путей.....	37
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.....	39
Желчекаменная болезнь.....	42
Язвенная болезнь.....	45
Тромбоцитопеническая пурпурा	48
Лейкоз	50
Гемофилия	53
Геморрагический васкулит	55
Лимфома Ходжкина	58
Приобретенная апластическая анемия	60
Гемолитическая анемия	62
Острый постстрептококковый гломерулонефрит.....	65
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	68
Острый пиелонефрит	71
Дисметаболическая нефропатия	74
Нефротический синдром	77
Фосфат-диабет	79

Геморрагическая болезнь новорожденных	81
Острый простой бронхит	84
Внебольничная пневмония.....	86
Бронхиальная астма.....	89
Железодефицитная анемия.....	92
Рахит	95
Белково-энергетическая недостаточность	98
Атопический дерматит	100
Спазмофилия.....	104
Корь.....	106
Боррелиоз.....	108
Острый стрептококковый тонзиллит.....	110
Коронавирусная инфекция.....	112
Грипп.....	114
Менингококковая инфекция.....	117
Инфекционный мононуклеоз.....	120
Энтеровирусная инфекция.....	123
Острая респираторная вирусная инфекция.....	126
Острый инфекционный гастроэнтерит.....	128
Ветряная оспа.....	130
Острый вялый паралич.....	132
Гепатит.....	134
Коклюш.....	136
Экзантема.....	139
Детский церебральный паралич	141
Полинейропатия.....	143
Перинатальное поражение центральной нервной системы.....	145
Острый гнойный менингит.....	147

Вегетативная дисфункция.....	149
Фебрильные судороги.....	151
Эпилепсия.....	153
Эпилептический статус.....	155
Ишемическая болезнь сердца.....	157
Гипертоническая болезнь.....	159
Тромбоэмболия легочной артерии.....	161
Хроническая обструктивная болезнь легких.....	163
Сахарный диабет 2 типа.....	165
Роды. Преэклампсия.....	166
Перекрут ножки опухоли яичника.....	171
Внематочная беременность.....	173
Экспертиза временной нетрудоспособности.....	177
Список литературы.....	183

ВВЕДЕНИЕ

Диагноз – один из важнейших объектов стандартизации в здравоохранении, основа клинико-экспертной работы и управления качеством медицинских услуг, документальное свидетельство профессиональной квалификации врача. Достоверность данных, представляемых органами здравоохранения о заболеваемости населения, зависит от унификации и точного соблюдения формулировки и обоснования диагнозов и оформления медицинской документации.

Неправильное обоснование диагноза является одной из ведущих проблем практикующего врача. В большинстве случаев это зависит не от дефицита знаний, а от неумения ими пользоваться. Выделение главных симптомов и синдромов из огромной когорты жалоб больного важное и, в первую очередь, необходимое умение любого доктора.

В настоящем учебно-методическом пособии представлены ведущие синдромы при различных заболеваниях. Синдромальное обоснование помогает врачу-педиатру установить верный диагноз и начать раннее правильное лечение. Данное пособие может использоваться как студентом, так и стать помощником молодому специалисту в области здравоохранения.

ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Пример формулировки диагноза: Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма.

Код по МКБ10: E25.0

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных: возможна отягощенная наследственность по эндокринопатиям, в частности, по врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН); случаи смерти детей на первом году жизни.

2) Сольтеряющий синдром (вследствие дефицита минералокортикоидов) проявляется практически сразу после рождения - на 3–5-й день жизни наступает быстрое ухудшение состояния:

- срыгивания, переходящие в неукротимую рвоту,

- жидкий стул,

- боли в животе,

- гипотония,

- гиперпигментация кожи,

- потеря веса,

-экскоз вследствие снижения объема циркулирующей крови и артериального давления. Причиной развития подобного состояния является недостаток альдостерона, вызывающий снижение реабсорбции натрия в почках.

3) Для девочек характерны резко выраженные симптомы вирилизации (неправильное строение наружных половых органов или несоответствие наружных половых органов кариотипу).

3) Синдрома лабораторных данных:

- гиперкалиемия,

- гипонатриемия,

- повышение активности ренина плазмы (является гормональным маркером дефицита минералокортикоидов при сольтеряющей форме) - значимое повышение ренина плазмы (более 10 нг/мл/час для активности ренина плазмы или более 100 мкМЕ/мл для прямого ренина) свидетельствуют в пользу дефицита минералокортикоидов.

- диагностика дефицита 21-гидроксилазы. Гормональным маркером дефицита 21-гидроксилазы является высокий уровень 17-гидроксипрогестерона в крови, который в 10-100 раз превышает нормальные показатели (15–20 нмоль/л) (включен в программу неонатального скрининга).

4) Синдрома данных функционального обследования:

- Для диагностики ВДКН и уточнения половой принадлежности необходимо проводить УЗИ надпочечников, матки, яичников. В норме на УЗИ надпочечники имеют треугольную или округлую форму, при ВДКН определяется их гиперплазия.

- В настоящее время используется также компьютерная томография надпочечников и внутренних гениталий.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРИЧНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДИСФУНКЦИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ (ВДКН) ЯВЛЯЕТСЯ

- а) наследственная ферментопатия
- б) родовая травма с поражением передней доли гипофиза

2. ПРИ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЕ ВДКН РЕАБСОРБЦИЯ НАТРИЯ И ХЛОРА В ПОЧЕЧНЫХ КАНАЛЬЦАХ

- а) увеличивается
- б) уменьшается

3. ВРОЖДЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО ТИПУ

- а) аутосомно-рецессивному
- б) аутосомно-доминантному
- в) сцепленному с Х-хромосомой
- г) сцепленному с У-хромосомой
- д) полигенному

4. ДЛЯ ВДКН ХАРАКТЕРНЫ

- а) гиперпигментация кожных складок
- б) «кофейные» пятна на коже
- в) участки депигментации

5. ДЛЯ СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМЫ ВДКН ХАРАКТЕРНЫ

- а) гипонатриемия и гиперкалиемия
- б) гиперкалиемия и гиперхлоремия
- в) гиперхлоремия и снижение щелочных резервов крови.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ

Пример формулировки диагноза: Врожденный гипотиреоз без зоба, субклинический, компенсированный.

Коды по МКБ10:

E03.0 Врожденный гипотиреоз с диффузным зобом. Зоб (нетоксический) врожденный паренхиматозный.

E 03.1 Врожденный гипотиреоз без зоба. Аплазия щитовидной железы (с микседемой). Врожденная атрофия щитовидной железы.

E.07.1 Дисгормональный зоб. Семейный дисгормональный зоб.

Синдром Пендреда

E.07.8 Другие уточненные болезни щитовидной железы. Дефект тирозинсвязывающего глобулина. Синдром нарушения эутиреоза. Транзиторный гипотиреоз.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамnestических данных: В раннем постнатальном периоде (новорожденные и 1 мес. жизни):

- Переношенная беременность (более 40 недель);
- Большая масса тела при рождении (более 3500 г);
- Отечное лицо, губы, веки, открытый рот с широким, «распластанным» языком;
- Локализованные отеки в виде плотных «подушечек» в надключичных ямках, на тыльных поверхностях кистей, стоп;
- Признаки незрелости при доношенной по сроку беременности;
- Низкий, грубый голос при плаче, крике;
- Позднее отхождение мекония;

- Позднее отпадение пупочного канатика, плохая эпителиизация пупочной ранки;

- Затянувшаяся желтуха.

2) Обменно-гипотермический синдром:

- постоянное чувство зябкости,
- пониженная температура тела,
- гиперлипопротеинемия (повышенный уровень холестерина и триглицеридов),
- умеренное увеличение массы тела (вследствие уменьшения липолиза и задержки воды).

3) Синдром трофических нарушений кожи и ее придатков.

Развитие этого синдрома связано с нарушением обмена гликозаминогликанов в условиях дефицита тиреоидных гормонов, следствием чего является повышение гидрофильности тканей.

Характерны следующие симптомы:

- микседематозный плотный отек лица и конечностей;
- большие губы и язык с отпечатками зубов по латеральным краям;
- «старообразное лицо» с огрубевшими чертами;
- толстая, сухая, холодная, бледная кожа с желтоватым оттенком, не собираемая в складки; шелушение на локтях;
- медленно растущие тусклые, ломкие волосы, усиленное их выпадение на голове, бровях, конечностях вплоть до развития тотальной алопеции;
- тонкие ногти с продольной или поперечной исчерченностью.

4) Синдром поражения нервной системы и органов чувств.

Развитие этого синдрома связано с угнетением высшей нервной деятельности и безусловных рефлексов в условиях недостатка тиреоидных гормонов.

Симптомы:

- заторможенность,
- сонливость,
- снижение памяти,
- гипомимия.

К симптомам поражения периферической нервной системы относятся:

- парестезии,
- замедление сухожильных рефлексов.

5) Синдром дисфункции органов чувств:

- снижение слуха (отек слуховых труб и среднего уха),
- нарушение обоняния (из-за набухания слизистой оболочки носа),
- затруднение носового дыхания,
- понижение тембра и огрубение голоса (вследствие отека и утолщения голосовых связок).

6) Синдром поражения сердечно-сосудистой системы. Изменения сердечно-сосудистой системы при гипотиреозе связаны с уменьшением влияния на сердце тиреоидных гормонов и катехоламинов, а также с развитием дистрофических изменений в миокарде.

Характерны симптомы:

- брадикардия,
- снижение сердечного выброса,
- глухость тонов сердца,
- пониженное артериальное давление,
- снижение пульсового давления.

7) Синдром желудочно-кишечной диспепсии.

Характерны симптомы:

- запоры,
- дискинезия желчевыводящих путей,
- снижение аппетита

8) Анемический синдром.

- симптомы железодефицитной анемии.

9) Синдрома лабораторных данных:

- общий анализ крови (анемия, иногда ускорение СОЭ)

- биохимический анализ крови (гиперхолестеринемия)

- положительный неонатальный скрининг

•анализ венозной крови на определение гормонов щитовидной железы (ТТГ, свободного Т4) уровень ТТГ в сыворотке выше 20,0 мкЕд/мл, а уровень свободного Т4 ниже порогового значения или норма.

10) Синдрома данных функционального обследования:

Изменения могут быть на УЗИ щитовидной железы.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

- 1) масса тела более 4 кг
- 2) пастозность тыла кистей, стоп, над- и подключичных ямок
- 3) выраженная брадикардия
- 4) позднее отхождение мекония
- 5) затяжная гипербилирубинемия
- 6) снижение интеллекта

2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА У РЕБЕНКА ПОСЛЕ 2-Х ЛЕТ

- 1) отставание в физическом развитии
- 2) брадикардия
- 3) снижение интеллекта
- 4) гиперхолестеринемия

6) нарушение дифференцировки костей - эпифизарный дисгенез
3) ЧТО ХАРАКТЕРНО В СИНДРОМЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ВРОЖДЕННОМ ГИПОТИРЕОЗЕ:

- 1) ТТГ повышен, Т4 снижены
- 2) ТТГ снижен, Т4 снижены
- 3) ТТГ повышен, Т4 повышенны
- 4) ТТГ повышен, Т4 норма

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 1 ТИПА.

Пример формулировки диагноза: Сахарный диабет 1 типа, диабетический кетоацидоз (ДКА).

Коды по МКБ10: E10.1.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных: жалобы в дебюте заболевания на жажду, учащенное мочеиспускание с явлениями ночного и дневного недержания мочи у детей раннего возраста, снижение массы тела или необъяснимое отсутствие прибавки массы тела (у детей грудного возраста), слабость, утомляемость, повторяющиеся кожные инфекции, воспалительные заболевания наружных половых органов.

2) Синдрома гипофункции поджелудочной железы:

- полиурия - учащенное обильное мочеиспускание с явлениями ночного и дневного недержания мочи у детей раннего возраста;
- полидипсия - усиленная жажда, прием большого количества жидкости внутрь;
- полифагия – повышенный аппетит;
- потеря массы тела;
- сухость кожи и слизистых оболочек.

Симптомы диабетического кетоацидоза:

- токсический гастроэнтерит – тошнота, рвота;
- диабетический румянец – порозование кожи на щеках, подбородке, надбровных дугах, иногда сочетается с зудом кожи;
- фруктовый запах или запах ацетона в выдыхаемом воздухе вследствие кетонемии;

- одышка нарастает в соответствии с усилением метаболического ацидоза и является компенсаторной, чтобы противодействовать ацидозу; появляется дыхание Куссмауля – равномерное, глубокое, шумное дыхание вследствие гипервентиляции;
- расстройство сознания (дезориентация, сопор или кома).

3) Синдрома лабораторных данных:

- уровень глюкозы плазмы натощак выше 7,0 ммоль/л; если ДКА гипергликемия выше 11 ммоль/л.
- постпрандиальный уровень глюкозы в плазме (через 2 часа после еды) неоднократно выше 11 ммоль/л;
- кетонемия;
- pH венозной крови менее 7,3 или концентрация гидрокарбоната менее 15 ммоль/л.
- глюкозурия;
- кетонурия;
- уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) $\geq 6,5\%$;
- снижение уровня инсулина и С-пептида в крови.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ДЛЯ СД 1 ТИПА
 - 1) полиурия
 - 2) полидипсия
 - 3) головная боль
 - 4) олигоурия
2. СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В ПЛАЗМЕ КРОВИ ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА ХАРАКТЕРНО

- 1) для СД 1 типа
- 2) для СД 2 типа
- 3) для нарушения углеводной толерантности
- 4) для СД 1 и 2 типа

3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КЕТОАЦИДОЗА

- 1) влажность кожных покровов
- 2) сухость кожных покровов
- 3) запах ацетона
- 4) судороги
- 5) одышка
- 6) рубеоз щек

ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ

Пример формулировки диагноза: Первичный подострый инфекционный эндокардит стафилококковой этиологии, активность III степени. Недостаточность аортального клапана 3 степени. Недостаточность митрального и триkuspidального клапанов 2 степени. НК IIБ.

Коды по МКБ10:

I33.0 – Острый и подострый инфекционный эндокардит

I33.9 – Острый эндокардит неуточненный

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамnestических данных (малые критерии Duke): врожденные пороки сердца, в том числе оперированные, приобретенные пороки сердца, пролапс митрального клапана с регургитацией, искусственные клапаны сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, болезнь Кавасаки, ревматическая болезнь сердца, внутривенное введение наркотиков.

2) Синдрома интоксикации: лихорадка выше 38-39°C (малый критерий Duke), озноб, слабость, утомляемость, отсутствие аппетита, потеря веса, бледность кожных покровов;

3) Синдрома сосудистых осложнений (малые критерии Duke): эмболии крупных артерий, септический инфаркт легкого, микотические аневризмы, внутричерепное кровоизлияние, кровоизлияние в конъюктиву, симптом Джейнуэя;

4) Синдрома иммунных проявлений (малые критерии Duke): гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор;

5) Синдрома сердечной недостаточности;

6) Синдрома физикальных данных: расширение границ сердца, наличие шума, указывающего на органическое поражение клапанов или врожденные пороки.

7) Синдрома лабораторных данных: анемия, лейкоцитоз или лейкопения, тромбоцитопения, повышение СОЭ, метаболический ацидоз, повышение уровня лактата, СРБ, большие критерии Duke (наличие в двух пробах крови одного из типичных возбудителей, соответствующих инфекционному эндокардиту, повторное выделение микроорганизмов, которые могут вызывать инфекционный эндокардит, выделение *Coxiella burnetii* или титр антител IgG 1 фазы $> 1:800$), малые критерии Duke (положительный результат посева крови, но нет соответствия основному критерия, или серологические признаки активной инфекции с возбудителем, соответствующим инфекционному эндокардиту).

8) Синдрома инструментальных данных: рентгенограмма (расширение тени средостения), компьютерная томография органов грудной клетки.

9) Синдрома данных функционального обследования: ЭхоКГ - большие критерии Duke (вегетации, абсцесс фиброзного кольца, новое повреждение искусственного клапана, недостаточность клапана, появление новых признаков регургитации), малые критерии Duke (данные, соответствующие диагнозу инфекционного эндокардита, но не соответствующие большому критерию).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. К БОЛЬШИМ КРИТЕРИЯМ DUKE ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

а) стойкая бактериемия, определяемая в двух и более посевах крови, взятых с интервалом 12 часов

б) лихорадка выше 38⁰C

в) наличие врожденного порока сердца

г) ЭхоКГ-признаки поражения эндокарда

2. К МАЛЫМ КРИТЕРИЯМ DUKE ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

а) наличие заболевания сердца или внутривенное введение наркотиков

б) лихорадка выше 38⁰C

в) нарушение ритма сердца

г) сосудистые осложнения

3. СИНДРОМ ИММУННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОТНОСИТСЯ К

а) большим критериям инфекционного эндокардита

б) малым критериям инфекционного эндокардита

МИОКАРДИТ

Пример формулировки диагноза:

Острый вирусный миокардит, тяжелое течение. ХСН II Б степени. ФК III- IV по Ross.

Острый инфекционный миокардит неуточненной этиологии с поражением проводящей системы сердца: частая мономорфная желудочковая экстрасистолия, градация II по Lown, среднетяжелое течение. ХСН I-IIА степени. ФК II по NYHA.

Болезнь Кавасаки, полная форма. Острая лихорадочная стадия. Миокардит. Коронариит, тяжелое течение. ХСН II А степени. ФК II по Ross.

Коды по МКБ10:

Острый миокардит (I40):

I40.0 — Инфекционный миокардит

I40.1 — Изолированный миокардит

I40.8 — Другие виды острого миокардита

I40.9 — Острый миокардит неуточненный

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных: важна связь кардиальных симптомов с предшествующими (за 1-2 недели) эпизодами вирусных, бактериальных инфекций и неясной лихорадки, аллергическими реакциями, вакцинацией. Либо развитие кардиальных проявлений на 5-7 день вирусной инфекции. Для врожденных миокардитов характерно наличие острых воспалительных заболеваний матери во время беременности и клиника сердечной недостаточности проявляется в первые 72 часа после рождения;

2) Внекардиальных проявлений: слабость, утомляемость при кормлении, снижение толерантности к физическим нагрузкам:

малоподвижные игры, «устает ходить ножками», адинамия; потливость, боли в области сердца, кашель при перемене положения тела.

3) Синдрома хронической сердечной недостаточности: одышка, влажные разнокалиберные хрипы в легких, тахикардия, акроцианоз, увеличение печени и селезенки, олигурия, отеки, возможны диспепсические проявления: тошнота, рвота, понос.

4) Миокардиальной дисфункции: глухость сердечных тонов, «ритм галопа», шум недостаточности атриовентрикулярных клапанов, нарушение ритма и проводимости, кардиомегалия;

5) Синдрома лабораторных данных: повышения специфических и неспецифических кардиоферментов: тропонин I или тропонин T, креатинфосфокиназа миокардиальная фракция (КФК-МВ), ЛДГ1, ЛДГ2, АСТ. Специфическим маркером СН является определение уровня N-концевого фрагмента промозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP). Достоверным способом определения этиологии миокардита является обнаружение вирусного генома в ткани миокарда, полученной при эндомиокардиальной биопсии (ЭМБ), однако рутинно в клинической практике данный метод не применяется.

6) Синдрома инструментальных данных: рентгенограмма ОГК - определяется увеличение размеров сердца (кардиоторакального индекса (КТИ) > 0,5, при кардиомегалии > 0,6-0,7). Характерно изменение конфигурации сердца (патологическое ремоделирование) со сглаженностью контуров и развитием сферичности «шарообразности», могут определяться признаки венозного застоя в легких, умеренный плевральный выпот.

7) Синдрома данных функционального обследования:

•ЭКГ - снижение вольтажа зубцов QRS; признаки перегрузки (гипертрофии) левых отделов сердца, обоих предсердий и правого желудочка сердца; отмечаются преходящие нестойкие неспецифические изменения деполяризации в виде депрессии сегмента ST, при сочетании с перикардитом

в виде подъема сегмента ST более чем в 3-х отведениях, а также уменьшение изоэлектричность, инверсия зубца Т. Ранними признаками миокардита могут являться различные виды нарушений проводимости в виде блокад ножек пучка Гиса, атриовентрикулярных блокад, экстрасистолии, пароксизмальной тахикардии, трепетания предсердий. Псевдоинфарктные изменения и выраженные признаки субэндокардиальной ишемии могут быть признаками коронариита.

•ЭхоКГ – снижение фракции выброса (ФВ), дилатация полостей сердца, обратимая концентрическая гипертрофия ЛЖ с нарушением его локальной сократимости вследствие интерстициального отека, недостаточность атриовентрикулярных клапанов, повышение давления в легочной артерии.

•МРТ сердца с контрастирования (гадолиния (Gd-DTPA)) – фокальное усиление МР сигнала в сочетании с региональным гипо- или дискинезом миокарда.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ КАРДИОФЕРМЕНТАМ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ОТНОСЯТ

- а) АСТ, ЛДГ1 и ЛДГ2
- б) тропонинI, АЛТ, ЩФ
- в) тропонинI, КФК-МВ, ЛДГ1

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) вирусная инфекция
- б) бактериальная инфекция
- в) грибковая инфекция
- г) микст-инфекция

3. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ МИОКАРДИТА У ДЕТЕЙ

- а) вегетативные проявления, дыхательные нарушения, отечный синдром
- б) синдром хронической сердечной недостаточности, миокардиальная дисфункция, внекардиальные проявления
- г) интоксикация, синдром хронической сердечной недостаточности, гепатосplenомегалия

ПОВТОРНАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

Пример формулировки диагноза: Повторная ревматическая лихорадка: кардит. Недостаточность митрального клапана 3 степени. ФК IIА.

Код по МКБ10: I 01.9

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных
- 2) Синдром интоксикации – фебрильная лихорадка, слабость, снижение аппетита
- 3) Кожного синдрома - Кольцевидная эритема (бледно-розовые кольцевидные высыпания на туловище иproxимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождающиеся зудом, не возвышающиеся над поверхностью кожи, не оставляющие после себя следов), Подкожные ревматические узелки (мелкие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в области коленных, локтевых суставов или затылочной кости)
- 4) Суставного синдрома - олигоартрит, реже - моноартрит (коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы). Характерны: доброкачественность, летучесть воспалительных поражений с переменным, часто симметричным вовлечением суставов, быстро разрешается на фоне НПВП, деформации не развиваются. Иногда артриты не сопровождаются ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления
- 5) Синдром поражения сердца - регургитация на клапанах, сердечные шумы, расширение границ сердца (преимущественно влево), приглушенность сердечных тонов различной степени выраженности и нарушения ритма (чаще — тахикардия)

6) Синдром хореи - хореические гиперкинезы мышц туловища, конечностей, мимических мышц лица, мышечную гипотонию, нарушение координации движений, разнообразные психоэмоциональные и вегетативные расстройства, дискоординации движений, снижение мышечного тонуса

7) Синдрома лабораторных данных – увеличение СОЭ и положительный СРБ, бактериологическое исследование: выявление в мазке из зева БГСА, Серологические исследования: повышение антистрептолизина-О.

8) Синдрома инструментальных данных (рентген ОГК: определяют кардиомегалию, изменение конфигурации сердечной тени (митральную или аортальную в зависимости от локализации вальвуита), а также, при наличии сердечной декомпенсации, застойные явления в легких;рентгенологические методы, ультразвуковая диагностика, эндоскопические, радиоизотопные методы);

9) Синдрома данных функционального обследования (ЭКГ: нарушения сердечного ритма, чаще в виде тахикардии, АВ-блокады I-II степени, миграцию водителя ритма, экстрасистолии и нарушение процессов деполяризации желудочков, фибрилляцию предсердий и другие формы аритмий. • Эхокардиография: признаки вальвуита (рыхлость и утолщение створок пораженных клапанов, ограничение их подвижности, клапанную регургитацию)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. УКАЖИТЕ ЭХО-КГ КРИТЕРИИ ЭНДОКАРДИТА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:

- а) митральная регургитация II степени
- б) переходящий куполообразный диастолический изгиб передней створки митрального клапана

в) увеличение полости правого предсердия и правого желудочка

г) гипокинезия задней митральной створки

д) булавовидное краевое утолщение митральной створки

2. МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ РЕВМОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) фиброзно-жировая инфильтрация миокарда левого желудочка

б) аурикулит задней стенки левого предсердия

в) бородавчатый эндокардит клапанов

г) субэндокардиальные или миокардиальные гранулёмы Ашофф-

Талалаева

д) инфильтрация гликогеном кардиомиоцитов

3. ЧТО ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ОТНОСИТСЯ К ПРОЯВЛЕНИЯМ КОЖНОГО СИНДРОМА

а) пятнисто-папулезная сыпь

б) кольцевидная эритема

в) ревматическая хорея

г) подкожные ревматические узелки

ВПС. ТЕТРАДА ФАЛЛО

Пример формулировки диагноза: Врожденный порок сердца, тетрада Фалло, классическая форма.

Код по МКБ10: Q 21.3.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных: жалобы на наличии одышки, синюшности губ и кончиков пальцев, отставание в физическом развитии, на частое присаживание больных на корточки.

2) Синдром артериальной гипоксемии:

• Цианоз – основной симптом тетрады Фалло. Сначала возникает цианоз губ, затем слизистых оболочек, кончиков пальцев, кожи лица, конечностей и туловища. Цианоз нарастает с ростом активности ребенка. Характерным являются одышечно-цианотические приступы (гипоксические приступы);

- Одышка по типу диспноэ, тахикардия;
- Симптом «барабанные палочки» и «часовые стекла»;
- Задержка физического и нервно-психического развития.

3) Синдрома физикальных изменений: Во II – III межреберьях слева от грудины может определяться систолическое дрожание. Аускультативно I тон не изменен, II-ой – значительно ослаблен над лёгочной артерией, что связано с гиповолемией малого круга кровообращения. Во II-III межреберьях слева выслушивается грубый скребущий систолический шум стеноза лёгочной артерии. При инфундибулярном или сочетанном стенозе шум выслушивается в III-IV межреберьях, проводится на сосуды шеи и на спину в межлопаточное пространство. Шум ДМЖП может быть как очень умеренным, так и не прослушиваться вовсе из-за небольшого градиента давления между

желудочками или его отсутствия. На спине в межлопаточном пространстве выслушивается систоло-диастолический шум средней интенсивности.

4) Синдрома лабораторных данных: в клиническом анализе крови выявляется эритроцитоз, повышенный уровень гемоглобина, гематокрита. При исследовании кислотно-щелочного состояния определяется гипоксемия, нарастание уровня лактата, метаболический ацидоз, недостаток оснований.

5) Синдрома инструментальных данных: рентген ОГК: повышение прозрачности легочных полей, которая появляется за счет уменьшения кровотока в легких, представленности легочных сосудов узкими тяжами, уменьшения корней легких. Поперечник тени сердца остается нормальным или несколько расширен влево за счет увеличения ПЖ. Верхушка сердца приподнята и закруглена. Талия сердца подчеркнута за счет западения дуги легочной артерии. Форма сердца напоминает «деревянный башмачок». Во 2-й косой проекции отчетливо видно увеличение ПЖ, который оттесняет кзади и приподнимает небольшой ЛЖ («шапочка»). Декстропозиция аорты лучше видна в боковой проекции.

6) Синдрома данных функционального обследования:

- ЭКГ: существенное отклонение ЭОС вправо ($120\text{-}180^\circ$). Имеют место признаки гипертрофии правого желудочка, правого предсердия, нарушения проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

- Эхокардиография: оценка размеров правых и левых отделов сердца, расположения и размера ДМЖП, степени декстропозиции аорты, выраженности гипертрофии правого желудочка, протяженности и степени сужения выводного тракта правого желудочка, сочетания подклапанного и клапанного стенозов, размеров клапанного кольца и ствола легочной артерии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1) ХАРАКТЕРНЫЙ СИНДРОМ ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО:

1. хронической сердечной недостаточности
2. абдоминальный
3. суставной
- 4 артериальной гипоксемии

2) КАКИЕ СИМПТОМЫ ОТНОСЯТСЯ К СИНДРОМУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОКСЕМИИ:

1. цианоз
2. тошнота
3. «барабанные палочки»
4. запах ацетона

3) ЧТО ХАРАКТЕРНО В СИНДРОМЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО:

1. гипергликемия
2. эритроцитоз
3. лейкоцитоз
4. повышение гемоглобина

ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Пример формулировки диагноза: : Юношеский артрит с системным началом. Активность степени. Rg-стадия III, функциональное нарушение суставов II.

Код по МКБ10:

Юношеский артрит (M08):

M08.0 — Юношеский (ювенильный) ревматоидный артрит (РФ+ и РФ).

M08.3 — Юношеский (ювенильный) полиартрит (серонегативный).

M08.4 — Пауциартикулярный юношеский (ювенильный) артрит.

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамnestических данных: неблагоприятное течение беременности (особенно в отношении внутриутробного инфицирования плода), наличие в анамнезе инфекции: конъюнктивит, цистит, вульвовагинит, бессимптомная лейкоцитурия, частые бронхиты, отиты, пневмонии, герпетическая инфекция, ОРВИ, аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки. Внесуставных проявлений: слабость, потеря массы тела, утренняя скованность, повышение температуры тела (не связанное с инфекционным заболеванием), затуманивание зрения, снижение толерантности к физическим нагрузкам: малоподвижные игры, «устает ходить ножками», адинамия; потливость, боли в области сердца, кашель при перемене положения тела.

2) Суставного синдрома: наличие моно-, олиго-, или полиартрита, характеризующийся отечностью суставов, болью, нарушением функции и деформацией пораженных суставов.

3) Синдрома интоксикации: повышение температуры тела (субфебрильная, редко фебрильная), слабость, снижение аппетита.

4) Миофасциального синдрома: мышечная слабость, атрофия и укорочение мышц, сухожилий.

5) Лимфоаденопатии: В большинстве случаев выявляется увеличение практически всех групп лимфатических узлов до 1,5–2 см в диаметре. Лимфатические узлы, как правило, подвижные, безболезненные, неспаянные между собой и с подлежащими тканями, мягко- или плотноэластической консистенции.

6) Гепатосplenомегалии: увеличение печени и селезенки чаще наблюдается при РФ-позитивном полиартрите. Для других вариантов ЮА – не характерно. Значительное увеличение селезенки, сопровождающееся нейтропенией и инфекциями характерно для синдрома Фелти, который у детей развивается очень редко. Прогрессирующее увеличение размеров печени характерно для вторичного амилоидоза.

7) Висцеральных проявлений: поражение других органов и систем (поражение сердца, почек, легких, глаз, ЖКТ).

8) Синдрома лабораторных данных: повышение уровня лейкоцитов и ускорение СОЭ в общем анализе крови, в биохимических показателях выявление маркеров аутоиммунного процесса: повышение концентрации С-реактивного белка, ревматоидного фактора, общего комплемента, антистрептолизина О, антинуклеарного фактора (АНФ), антител к двусpirальной

ДНК, антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антител к цитоплазме нейтрофилов (ANCA), SLc70 и HLA-B27.

9) Синдрома инструментальных данных: УЗИ пораженных суставов, рентгенограмма пораженных суставов (наличие остеопороза, мелкоцистозной перестройки эпифизов, сужение суставной щели, костные эрозии, анкилоз суставов, нарушение роста кости), КТ и МРТ по показаниям. Обязательное исследование других органов и систем: ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ абдоминальное, Rg ОГК, ФГДС, среды глаза.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЭТИОЛОГИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- а) аутоиммунное воспаление
- б) инфекционное воспаление
- в) метаболические нарушения

2. ОСОБЕННОСТЯМИ РЕВМАТОИДНОГО ПОЛИАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) симметричность поражения суставов
- б) поражение крупных суставов
- в) «летучий» характер полиартрита
- г) продолжительность артрита более 10 дней

3. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а) глаукомой
- б) передним иридоциклитом
- в) катарактой
- г) лентовидной дистрофией роговицы

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Пример клинического диагноза: Распространенный язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, средняя степень тяжести, обострение

Шифр МКБ:

К51.0 – Язвенный (хронический) энтероколит

К51.1 – Язвенный (хронический) илеоколит

К51.2 – Язвенный (хронический) проктит

К51.3 – Язвенный (хронический) ректосигмоидит

К51.4 – Псевдополипоз ободочной кишки

К51.5 – Мукозный проктоколит

К51.8 – Другие язвенные колиты

К51.9 – Язвенный колит неуточненный

Диагноз поставлен на основании:

1. Анамнестических данных: наличие хронической (≥ 4 недель) или повторяющейся (≥ 2 эпизодов в течение 6 месяцев) диареи, боли в животе, чаще локализующейся в левой подвздошной области, примеси крови в стуле, тенезмов;
2. Синдрома интоксикации: снижение аппетита, лихорадка, потеря веса;
3. Данных физикального обследования: бледность, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, пальпаторно определяется урчащая, спастически сокращенная толстая кишка с уплотненными стенками;
4. Синдрома лабораторных данных: в гемограмме выявляется анемия (железодефицитная или анемия хронического заболевания), нейтрофильный лейкоцитоз (на фоне хронического воспаления или на фоне стероидной терапии), тромбоцитоз, ускорение СОЭ, электролитные нарушения, гипопротеинемия за счет гипоальбуминемии, повышение уровня щелочной фосфатазы;

5. Синдрома инструментальных данных: ректороманоскопии, колоноскопии с илеоскопией: отек, гиперемия или отсутствие сосудистого рисунка, кровоточивость слизистой оболочки толстого кишечника при контакте с эндоскопом, наличие эрозий и/или изъязвлений;

- биопсии слизистой оболочки толстой кишки (деформация крипт, появление крипт разного диаметра, уменьшение плотности крипт, «укорочение крипт», неровная поверхность слизистой в биоптате, уменьшение числа бокаловидных клеток, базальный плазмоцитоз, наличие криптоабсцессов, базальные лимфоидные скопления).

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) хроническим рецидивирующим воспалением слизистой оболочки толстой кишки иммунного характера
- 2) хроническим рецидивирующим воспалением слизистой оболочки тонкого кишечника иммунного характера
- 3) хроническим воспалением слизистой оболочки луковицы 12 п.к. иммунного характера
- 4) хроническим воспалением баугиниевой заслонки иммунного характера

2. ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) тошнота, рвота
- 2) боли в эпигастрии
- 3) диарея с примесью крови в стуле, тенезмы
- 4) боли в шейном отделе позвоночника

3. ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гипокальциемия

- 2) гиперкальциемии
- 3) понижение щелочной фосфатазы
- 4) повышение щелочной фосфатазы

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ДЖВП)

Пример клинического диагноза:

Дисфункция билиарного тракта, гиперкинетическая форма

Код по МКБ10:

К 82.8. – Дискинезия желчного пузыря и желчных путей

К 83.4 – Спазм сфинктера Одди

К 95.5 – Постхолецистэктомический синдром

К 82.8 – Другие уточненные болезни желчного пузыря

К 83.8 - Другие уточненные болезни желчевыводящих путей

К 87.0 – Поражение желчного пузыря и желчевыводящих путей при болезнях, классифицируемых в других рубриках

R 10.1 – Боли, локализованные в верхней части живота

Синдромальное обоснование диагноза.

1. Болевого синдрома: умеренная или выраженная боль с локализацией в эпигастрии или правом подреберье, длящаяся 20 минут и более в течение 3-х или 6-ти месяцев с иррадиацией в спину, правую лопатку, правое плечо, реже – в область эпигастрия, сердца, усиливающаяся при глубоком вдохе; локальной симптоматики: наличие положительных «пузырных» симптомов (Кера, Мерфи, Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского=френикус симптом).

2. Астеноневротического синдрома: раздражительность, повышенная утомляемость, потливость, тахикардия, головные боли.

3. Синдрома лабораторных данных:

- возможно умеренное повышение аспартатаминотрансферазы (АСТ) и/или щелочной фосфатазы в 2 раза и более после приступа боли;

- возможно умеренное повышение амилазы, липазы в крови после приступа боли;

- возможно умеренное повышение общего билирубина за счет прямой фракции после приступа боли;

4. Синдрома инструментальных данных:

- УЗИ желчного пузыря: уменьшение объема желчного пузыря, наличие гиперэхогенной взвеси в просвете желчного пузыря, наличие перетяжек, перегибов, перегородок желчного пузыря.

- ультразвуковой холецистографии (специальный метод): при гипермоторном (гиперкинетическом) желчном пузыре сокращение поперечника и объема пузыря происходит более чем на 50% менее чем через 30-40 минут,

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Выберите один правильный ответ

1. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ ТИПЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) опоясывающими болями
- 2) кратковременными, колющими болями в правом подреберье
- 3) поздними болями в верхней половине живота
- 4) постоянными, распирающими болями в правом подреберье

2. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) постоянными тупыми распирающими болями в правом подреберье
- 2) приступообразными кратковременными болями в правом подреберье
- 3) болями после еды в верхней половине живота
- 4) коликообразными болями в правом подреберье с иррадиацией в спину

3. ПОД ДИСФУНКЦИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОНИМАЮТ:

- 1) функциональное расстройство тонкого кишечника
- 2) органическое поражение желчного пузыря
- 3) функциональное расстройство билиарного тракта с развитием моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров
- 4) функциональное расстройство сфинктера Одди

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ (ГЭРБ)

Пример клинического диагноза

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит II-B степени), среднетяжелая форма.

Шифр МКБ

Гастроэзофагеальный рефлюкс (К 21):

К 21.0 - Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом

К 21.9 - Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: в раннем возрасте упорные рвоты, срыгивания, отрыжка, икота, утренний кашель, чувство горечи во рту, изжога, боли за грудиной, дисфагия, ночной храп, приступы затрудненного дыхания, поражение зубной эмали.
- 2) Эзофагеального синдрома: симптома "мокрого пятна" - появление на подушке после сна пятна белесоватого цвета; отрыжки воздухом, кислым, горьким; периодической боли за грудиной, боли или неприятного ощущения при прохождении пищи по пищеводу (одинофагия); дисфагии - ощущения «кома» за грудиной. Изжога, являясь ключевой жалобой у взрослых пациентов с ГЭРБ, в детской практике может отсутствовать.
- 3) Экстразофагеального синдрома: приступов кашля и/или удушья преимущественно в ночное время; после обильного приема пищи; затяжного течения бронхиальной астмы, несмотря на адекватную базисную терапию; постоянного покашливания, апноэ, болей в ухе, аритмии, а также феномена удлинения интервала PQ, эрозий эмали зубов
- 4) Синдрома лабораторных данных – типичных для ГЭРБ лабораторных признаков нет.
- 5) Синдрома инструментальных данных

- ультразвукового исследования (УЗИ) верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: за нормальный диаметр пищевода у детей приняты значения 7-10 мм. Диаметр нижней трети пищевода более 11 мм (во время глотка 13 мм) может указывать на формирование скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (СГПОД). При диаметре более 13 мм (во время глотка 15 мм и более) заключение о СГПОД у детей становится практически достоверным.

- фиброзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС): тотальной гиперемии абдоминального и грудного отделов пищевода с очаговым фибринозным налетом и возможным появлением одиночных поверхностных эрозий, чаще линейной формы, располагающихся на верхушках складок слизистой.

- рентгенологического исследования пищевода и желудка с барием в прямой, боковой проекциях и в положении Тренделенбурга: пищевод и желудок рентгенологически образуют фигуру "слона с поднятым хоботом", а на отсроченных рентгенограммах в пищеводе вновь появляется контрастное вещество, что подтверждает факт рефлюкса.

6) Синдрома данных функционального обследования: внутрипищеводной pH-метрия (суточный pH-мониторинг): признаками патологического ГЭР являются: снижение pH в пищеводе ниже 4-х в течение 5 мин и более; определение не менее 3-х эпизодов рефлюкса в течение 5 минут; восстановление pH в пищеводе в течение времени, превышающем 5 минут.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ:

1. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ НЕЭРОЗИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) рентгенологическое исследование пищевода
- 2) ФЭГДС
- 3) суточное мониторирование внутрипищеводного pH

4) УЗИ

2. ВНЕПИЩЕВОДНЫЙ СИМПТОМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

- 1) горечь во рту
- 2) кашель
- 3) брадикардия
- 4) тахикардия

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА В
НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) менее 5 минут
- 2) от 6 до 10 минут
- 3) от 11 до 20 минут
- 4) от 21 до 30 минут

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЖКБ)

Пример клинического диагноза

Желчнокаменная болезнь: множественные рентген-негативные камни желчного пузыря размером менее 2 см; рецидивы билиарной боли.

Шифр МКБ

Желчнокаменная болезнь [холелитиаз] (K80):

K80.0 — Камни желчного пузыря с острым холециститом

K80.1 — Камни желчного пузыря с другим холециститом

K80.2 — Камни желчного пузыря без холецистита

K80.3 — Камни желчного протока с холангитом

K80.4 — Камни желчного протока с холециститом

K80.5 — Камни желчного протока без холангита или холецистита

K80.8 — Другие формы холелитиаза

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Аномалических данных: указание в анамнезе на затяжную желтуху в неонатальном периоде, гемолитическая анемия у сибсов.
- 2) Абдоминального болевого синдрома: приступ «острого живота» напоминает по характеру клинических проявлений желчную колику. Болям предшествуют прием жирной пищи, физическая нагрузка. Ранние боли наблюдаются непосредственно после погрешности в диете, носят приступообразный характер. Они обычно связаны с нарушением пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку вследствие сопутствующих аномалий развития, а также нарушений деятельности сфинктеров пищеварительной системы. Поздние боли, напротив, бывают тупыми, ноющими и обусловливаются в основном сопутствующими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта (гастродуоденит, язвенная болезнь, и др.)

3) Астеновегетативного синдрома: наиболее частые клинические проявления ваготонии у детей с холелитиазом: головная боль, склонность к аллергическим реакциям, мраморность кожи, выраженный сосудистый рисунок, разлитой красный дермографизм, непереносимость душных помещений, укачивание в транспорте, повышенная потливость, синусовая аритмия с тенденцией к брадикардии, тошнота, гипервентиляция, пастозность тканей. Среди симпатикотонических признаков преобладают: бледность и сухость кожи, склонность к тахикардии, белый или розовый дермографизм, сердцебиение, беспокойный сон. Практически у всех детей нарушается деятельность сфинктерного аппарата пищеварительного тракта в виде дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов, которые сочетаются с заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Все это обуславливает разнообразие и неспецифичность диспепсических проявлений у детей с желчнокаменной болезнью.

4) Синдрома лабораторных данных – определенное диагностическое значение биохимические показатели могут иметь при уточнении состава желчных камней: в случаях регистрации изменений со стороны липидного комплекса с большей вероятностью конкременты являются холестериновыми; при обнаружении признаков, свидетельствующих в пользу холестаза, чаще определяются билирубиновые конкременты.

5) Синдрома инструментальных данных

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости – скрининговый метод для выявления желчных камней в билиарной системе и оценки структуры и функции желчного пузыря;
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография для оценки анатомо-топографического состояния желчевыводящих путей, включая внутрипеченочные желчные ходы; дифференцировки образований – камень, полип, киста;

6) Синдрома данных функционального обследования: динамическая гепатобилисцинтиграфия – определение функциональной способности печени, желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящей системы.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ:

1. СОКРАЩЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ УСИЛИВАЕТ

- 1) холецистокинин
- 2) гастрин
- 3) глюкагон
- 4) гистамин

2. ЭФФЕКТОМ ХОЛЕЦИСТОКИНИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) усиление секреции гидрокарбонатов
- 2) повышение аппетита
- 3) угнетение аппетита
- 4) усиление секреции соляной кислоты в желудке

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЯБ)

Пример клинического диагноза

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) с локализацией в луковице, *Helicobacter pylori*-позитивная, впервые выявленная, с повышенной кислотообразующей функцией, фаза обострения.

Шифр МКБ

Язва двенадцатиперстной кишки (K26):

K26.0 - Острая с кровотечением

K26.1 - Острая с прободением

K26.2 - Острая с кровотечением и прободением

K26.3 - Острая без кровотечения или прободения

K26.4 - Хроническая или неуточненная с кровотечением

K26.5 - Хроническая или неуточненная с прободением

K26.6 - Хроническая или неуточненная с кровотечением и прободением

K26.7 - Хроническая без кровотечения или прободения

K26.9 - Не уточненная как острая или хроническая без кровотечения или прободения

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных (отягощенной наследственности по язвенной болезни, погрешности в питании, психоэмоционального стресса, курения, употребления алкогольных напитков);
- 2) Болевого синдрома (ночных, «голодных» болей, а прием пищи облегчает боль, локализации в эпигастрии с иррадиацией в спину, положительного симптома Менделя, локальной мышечной защиты; «майнингановского» ритма болей (голод - боль – прием пищи - облегчение – голод – боль – прием пищи – облегчение и т.д.));

- 3) Диспепсического синдрома (изжоги, отрыжки, тошноты, рвоты, приносящей облегчение);
- 4) Астеновегетативного синдрома (головных болей, головокружения, слабости, быстрой утомляемости);
- 5) Синдрома лабораторных данных (выявления инфицированности *Helicobacter pylori* (определения моноклонального фекального антигена *Helicobacter pylori* и/или уреазного дыхательного теста с C13-меченным атомом углерода (C13-УДТ); положительного анализа кала на скрытую кровь);
- 6) Синдрома инструментальных данных (выявления язвенного дефекта при фиброзоэзофагогастродуоденоскопии и/или контрастном рентгенологическом исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта);
- 7) Синдрома данных функционального обследования: увеличение кислотности желудочного сока при pH-метрии.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Укажите один правильный ответ

1. ПРИЗНАК БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ЯБ ДПК

- 1) боли носят постоянный характер
- 2) имеют мойнингановский ритм
- 3) беспорядочное появление боли
- 4) усиливаются после приема пищи

2. БОЛИ ПРИ ЯБ ДПК

- 1) ранние
- 2) поздние
- 3) ночные
- 4) утренние

3. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ HELICOBACTER PYLORI

- 1) бактериологический
- 2) гистологический
- 3) быстрый уреазный
- 4) выявление антигена в кале

ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА

Пример клинического диагноза: Иммунная тромбоцитопеническая пурпурра (ИТП), тяжёлая, впервые выявленная.

Шифр МКБ: D69.3 - Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпурра.

Диагноз поставлен на основании:

1) Анамнестических данных. Связь болезни с перенесённой накануне респираторной вирусной инфекцией, длительность заболевания менее трёх дней, проявившегося кожной геморрагической сыпью, обильным носовым кровотечением. Установлено отсутствие наследственного анамнеза повышенной кровоточивости, приёма медикаментов антиагрегантного действия.

2) Геморрагического синдрома в виде диффузной петехиально- пятнистой кожной сыпи (петехии и экхимозы), кровоизлияний на слизистой полости рта и обильного длительного носового кровотечения при отсутствии синдромов интоксикации, лимфопролиферативного, гепатосplenомегалии.

3) Синдрома лабораторных данных в виде изолированной тромбоцитопении ($5 \times 10^9/\text{л}$) в гемограмме, отсутствия изменений в коагулограмме.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИТП ПРОЯВЛЯЕТСЯ ТИПОМ КРОВОТОЧИВОСТИ:

- 1) гематомным
- 2) петехиально-пятнистым
- 3) смешанным
- 4) ангиоматозным
- 5) васкулитно-пурпурным

2. ВЕДУЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ИТП:

- 1) геморрагический + гепатомегалия
- 2) геморрагический + спленомегалия
- 3) геморрагический + лимфопролиферативный
- 4) геморрагический + гепатолиенальный + лимфопролиферативный
- 5) геморрагический

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ

ТРОМБОЦИТОПЕНИИ/ТРОМБОЦИТОПАТИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) удлинение времени свёртывания крови
- 2) снижение протромбинового индекса
- 3) удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
- 4) снижение антитромбина III
- 5) удлинение времени кровотечения

ЛЕЙКОЗ

Пример клинического диагноза: Острый лимфобластный лейкоз, по морфологии L1-L2 вариант.

Код по МКБ10: C91.0 - острый лимфобластный лейкоз

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных. Давность болезни около недели, начало заболевания с повышения температуры до фебрильных цифр без локальной симптоматики со стороны органов дыхания, пищеварения, мочевыделения, снижения аппетита, эмоционального тонуса, необильных кратковременных носовых кровотечений по утрам.
- 2) Синдрома интоксикации в виде фебрильной лихорадки (38^0C – 39^0C), анорексии, снижения эмоционального тонуса.
- 3) Синдрома приобретённого иммунодефицита – увеличение частоты инфекционных заболеваний в течение последних 3-4 месяцев с учётом, что ранее ребёнок болел крайне редко.
- 4) Анемического синдрома – бледность кожи и слизистых.
- 5) Геморрагического синдрома, проявившегося полиморфной кожной сыпью (петехии, экхимозы), необильными кратковременными носовыми кровотечениями.
- 6) Лимфопролиферативного синдрома в виде увеличения шейных, подчелюстных подмышечных лимфоузлов до 2-3 см, множественных, безболезненных.
- 7) Синдрома гепатосplenомегалии – печень на 2,5 см ниже реберного края по среднеключичной линии, селезёнка на 3 см ниже рёберного края.
- 8) Синдрома лабораторных данных. В гемограмме: анемия нормоцитарная средней степени тяжести (гемоглобин 80 г/л), гипорегенераторная (ретикулоциты менее 0,5%); относительный лимфоцитоз

до 90%, гранулоцитопения – нейтропения, умеренная тромбоцитопения ($60 \times 10^9/\text{л}$), ускорение СОЭ до 65 мм/ч. В миелограмме: костный мозг нормоклеточный; угнетение эритропоэза, гранулоцитопоэза, мегакариоциты единичные; бластоз – 90%; по морфологии бласты – лимфобласти L1-L2 вариант, не содержат миелопероксидазы.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ЛАБОРАТОРНЫМ СИМПТОМОМ/ СИНДРОМОМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ОБНАРУЖЕНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ:

- 1) анемии, тромбоцитопении, лейкопении;
- 2) относительного лимфоцитоза
- 3) «лейкемического провала»
- 4) бластоза
- 5) лейкоцитоза, относительного лимфоцитоза

2. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, НЕОБХОДИМЫЙ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА – ПОВЫШЕНИЕ ПРОЦЕНТА БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ НЕ МЕНЕЕ:

- 1) 5
- 2) 10
- 3) 15
- 4) 20
- 5) 25 – 30

3. ПРИ ЦИТОХИМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК УЧИТЫВАЮТ, ЧТО ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЛИМФОБЛАСТОВ СЛУЖИТ СОДЕРЖАНИЕ В НИХ:

- 1) миелопероксидазы;
- 2) хлорацетатэстеразы;

- 3) неспецифической эстеразы;
- 4) всех выше перечисленных протеолитических ферментов;
- 5) гликогена

ГЕМОФИЛИЯ

Пример клинического диагноза: Гемофилия А, тяжёлая. Гемартроз правого коленного сустава.

Код по МКБ10: D66.0 - Наследственный дефицит фактора VIII

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1.Анамнестических данных. Заболевание проявилось с рождения образованием кефалогематомы, длительными кровотечениями после инъекций, гематомами на теле без видимой причины, наследственным анамнезом (двоюродный брат по линии матери страдает гемофилией А); в настоящее время жалобами на увеличение и болезненность правого коленного сустава после травмы накануне, которые нарастили в динамике.

2.Геморрагического синдрома в виде гематомного типа кровоточивости, проявившегося с рождения кефалогематомой, отсроченными гематомами, нарастающими в динамике, не соответствующими тяжести травм, гемартрозом после травмы.

3.Суставного синдрома - гемартроз правого коленного сустава (сустав увеличен в объёме, движения активные и пассивные в нём затруднены, надколенник баллотирует); при пункции сустава после заместительной терапии получена жидккая кровь.

4.Синдрома лабораторных данных.

Гемограмма: нормальное содержание тромбоцитов, времени кровотечения. Коагулограмма: удлинение времени свёртывания крови более 15 мин, удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) до 100 - 120 сек, нормальные показатели, МНО, фибриногена, продуктов деградации фибриногена (РФМК); снижение FVIII менее 1%; FIX – 100%.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) тромбоцитопения;
- 2) удлинение времени свёртывания крови
- 3) удлинение времени кровотечения
- 4) повышение МНО
- 5) удлинение протромбинового времени

2. ДИАГНОСТИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ГЕМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) повышение РФМК;
- 2) удлинение АЧТВ
- 3) удлинение времени кровотечения
- 4) повышение МНО
- 5) удлинение протромбинового времени

3. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОФИЛИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ТИПОМ КРОВОТОЧИВОСТИ:

- 1) гематомным
- 2) петехиально-пятнистым
- 3) смешанным
- 4) ангиоматозным
- 5) васкулитно-пурпурным

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

Пример формулировки диагноза: Геморрагический васкулит, смешанная форма, высокая степень активности, острое течение. Осложнение: кишечное кровотечение.

Код по МКБ10: D69.0- Аллергическая пурпурра

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1. Анамнестических данных. Давность болезни менее 1 недели, связь заболевания с перенесённой за 10 дней вирусной инфекцией, начало страдания с субфебрильной лихорадки, артракгий, появления васкулитно-пурпурной сыпи на стопах; нарастание симптомов в динамике с последующим присоединением абдоминальных болей, кишечного кровотечения.

2. Геморрагического синдрома в виде кожной васкулитно-пурпурной сыпи (петехии со склонностью к слиянию) на ногах, преимущественно на разгибательной поверхности голеней и стоп с элементами некроза, на ягодицах, в области локтевых суставов, на мочках ушей.

3. Суставного синдрома, проявившегося артритом левого голеностопного сустава (увеличение объёма, отёк мягких тканей, ограничение пассивных и активных движений в нём).

4. Синдрома абдоминальных болей в виде приступообразных болей в животе, сопровождающихся кишечной диспепсией с явлениями гемоколита - жидкого стула с прожилками алой крови.

5. Синдрома умеренно выраженной интоксикации: субфебрильная лихорадка ($37,3^0\text{C}$ – $37,5^0\text{C}$), снижение эмоционального тонуса.

6. Синдрома лабораторных данных. Гемограмма: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз ($25 \times 10^9/\text{л}$), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофины палочкоядерные - 7%, сегментоядерные – 63%), нормальное содержание тромбоцитов, ускорение СОЭ до 28 мм/ч. Уrogramма:

эритроцитурия (20-30 в п.з.), умеренная протеинурия 0,66 г/л. Повышение СРБ. Укорочение времени кровотечения до 40 сек. Показатели коагулограммы в пределах нормы. Копrogramма: эритроциты в большом количестве.

7. Синдрома инструментальных данных: УЗИ органов брюшной полости, почек – без выраженных патологических изменений. Рентгенограмма левого голеностопного сустава: отёк мягких тканей, деформации суставных поверхностей нет.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Поражением мелких суставов
- 2) Стойкой деформацией суставов
- 3) Деформацией суставной поверхности на рентгенограмме
- 4) Отсутствием эффекта от лечения противовоспалительными препаратами
- 5) Летучестью поражения

2. СИМПТОМ КОЖНОЙ СЫПИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

- 1) Интенсивным зудом кожи
- 2) Сохранением окраски элементов при надавливании
- 3) Исчезновением элементов при надавливании
- 4) Локализацией элементов на лице, туловище
- 5) Болезненностью мест поражения

3. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Эритроцитурией + умеренной протеинурией
- 2) Эритроцитурией + олигурией

- 3) Эритроцитурией + снижением клубочковой фильтрации в пробе Реберга
- 4) Эритроцитурией + гипостенурией
- 5) Эритроцитурией + выраженной протеинурией

ЛИМФОМА ХОДЖКИНА

Пример формулировки диагноза: Лимфома Ходжкина с поражением шейных, надключичных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов, II стадия.

Код по МКБ10: C81- Лимфома Ходжкина

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1.Анамнестических данных. Давность болезни около 3-4 недель, проявившейся увеличением шейного лимфоузла справа, видимого на глаз, нарастающим в динамике, отсутствием эффекта от антибактериальной терапии, присоединением в последующем высокой лихорадки, сопровождающейся повышенной потливостью; приступообразного кашля по ночам; потерей массы тела за месяц на 3-4 кг.

2.Синдрома интоксикации: фебрильная лихорадка 38-39°C, повышенные утомляемость, потливость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, дистрофия с потерей массы тела на 9%.

3.Лимфопролиферативного синдрома в виде увеличения шейных, надключичных лимфоузлов справа до 3-4 см, плотных, безболезненных.

4.Синдрома лабораторных данных.

Гемограмма: ускорение СОЭ до 65 мм/ч.

Гистологическое исследования биоптата правостороннего шейного лимфоузла: обнаружены крупные клетки, содержащие два зеркально расположенных ядра – «глаза совы» - клетки Березовского-Штернберга.

Миелограмма: патологических изменений не выявлено.

5.Синдрома инструментальных данных. На рентгенограмме органов грудной клетки: увеличение лимфоузлов средостения. При УЗИ органов брюшной полости и почек: отсутствие гепатосplenомегалии, увеличения внутрибрюшных лимфоузлов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. СИНДРОМ МИКУЛИЧА – ЭТО КОНГЛОМЕРАТ ЛИМФОУЗЛОВ:

- 1) Шейно-подчелюстной области
- 2) Подмышечных
- 3) Паховых
- 4) Внутригрудных
- 5) Брюшной полости

2. ДИАГНОЗ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА И ПОДТВЕРЖДАЮТ РЕЗУЛЬТАТОМ:

- 1) Гистологического исследования биоптата лимфоузла с обнаружением клеток Березовского-Штернберга
- 2) Гистологического исследования биоптата лимфоузла с обнаружением картины «звездного неба»
- 3) Гистологического исследования биоптата лимфоузла с обнаружением патологических клеток Лангерганса
- 4) Миелограммы с повышением «бластов» более 25%
- 5) Гемограммы с наличием «бластоза»

3. ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ - МАРКЁРОМ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК В-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ АНТИГЕН:

- 1) CD1a
- 2) CD 4, CD 8
- 3) CD 19, CD 20
- 4) CD 15, CD 30
- 5) MPO

ПРИОБРЕТЕННАЯ АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Пример формулировки диагноза: Приобретённая апластическая анемия.

Код по МКБ10: D61- Другие апластические анемии

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1.Анамнестических данных. Симптомы болезни появились 3-4 недели назад в виде повышенной утомляемости, снижения толерантности к физическим нагрузкам, необильных кратковременных носовых кровотечений. Возможная связь заболевания с перенесённым вирусным гепатитом А полгода назад, после чего мальчик ежемесячно болел острыми респираторными заболеваниями, ангинами. Ранее ребёнок рос здоровым, занимался спортом, редко болел.

2.Анемического синдрома: бледность кожи и слизистых оболочек, повышенная утомляемость, снижение толерантности к физическим нагрузкам.

3.Геморрагического синдрома в виде повторных носовых кровотечений, необильной петехиальной сыпи на груди.

4.Синдрома приобретённого иммунодефицитного состояния (ПИДС), проявившегося повторными инфекционными заболеваниями в течение полугода.

5.Синдрома лабораторных данных. В гемограмме ретикулоцитопения менее 0,5%, тромбоцитопения $50 \times 10^9/\text{л}$, абсолютная нейтропения – гранулоцитопения (нейтрофилы $0,2 \times 10^9/\text{л}$); анемия макроцитарная средней степени тяжести (гемоглобин – 78 г/л, MCV – 95 fl). Миелограмма: костный мозг малоклеточный, угнетение эритропоэза, гранулоцитопоэза; мегакариоциты не определяются; бластные клетки – 0%, атипичные клетки не обнаружены.

6. Данных инструментальных методов исследования. На рентгенограмме органов грудной клетки патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости – размеры печень, селезёнка не увеличены.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ЛАБОРАТОРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИОБРЕТЁННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ ТРИАДУ СИМПТОМОВ:

- 1) анемия, тромбоцитопения, лейкопения
- 2) ретикулоцитопения, тромбоцитопения, абсолютная нейтропения
- 3) анемия, тромбоцитопения, бластоз
- 4) анемия, тромбоцитопения, ускорение СОЭ
- 5) анемия, тромбоцитопения, лимфопения

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИОБРЕТЁННОЙ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ:

- 1) Анемический, геморрагический, ПИДС
- 2) Анемический, геморрагический, спленомегалия
- 3) Анемический, геморрагический, лимфопролиферативный
- 4) Анемический, желтушный, геморрагический

3. АНЕМИЧЕСКИЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ СИНДРОМ ПРИ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ СИМПТОМАМИ:

- 1) Анемия микроцитарная, гипохромная, регенераторная
- 2) Анемия нормоцитарная, нормохромная, гиперрегенераторная
- 3) Анемия макро/нормоцитарная, нормохромная, гипорегенераторная
- 4) Анемия микроцитарная, нормохромная, гиперрегенераторная
- 5) Эритроциты в мазке крови – макроovalоциты, содержат тельца Жолли, кольца Кебота

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ

Пример формулировки диагноза: Наследственная сфероцитарная гемолитическая анемия.

Код по МКБ10: D58 - Другие наследственные гемолитические анемии.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз поставлен на основании:

1.Анамнестических данных. Заболевание проявились два дня назад после перенесённой респираторной вирусной инфекции желтушностью кожи и слизистых оболочек, нарастающей в динамике, повышением температуры до субфебрильных цифр, снижением аппетита, адинамией, ноющими неинтенсивными болями в животе. В раннем неонатальном периоде отмечалась затянувшаяся физиологическая желтуха; в последующем постоянно сохранялась иктеричность склер. Наследственный анамнез по материнской линии: матери проведена спленэктомия в возрасте 5-7 лет по поводу «желтухи»; бабушка по линии матери страдает желчнокаменной болезнью длительное время, не оперирована.

2.Синдрома желтухи: иктеричность кожи и слизистых оболочек полости рта, склер без изменения цвета мочи и кала.

3.Синдрома гепатосplenомегалии, проявляющейся умеренным увеличением печени (на 2,5 см ниже рёберного края по среднеключичной линии) и определением селезёнки на 4 см ниже рёберного края.

4.Синдрома интоксикации в виде субфебрильной лихорадки (37^0C – $37,5^0\text{C}$), снижения аппетита, адинамии.

5.Синдрома абдоминальных болей: боли в животе ноющего характера, болезненность при пальпации области правого подреберья.

6.Синдрома лабораторных данных. В гемограмме анемия средней степени тяжести (гемоглобин 80 г/л), нормохромная, микроцитарная (MCV – 70 FL), гиперрегенераторная (ретикулоцитоз – 5%). В мазке крови

определяются микросферациты. Снижена минимальная осмотическая резистентность эритроцитов (0,54% NaCl). При биохимическом исследовании выявлены гипербилирубинемия, преимущественно за счёт непрямого билирубина (билирубин общий – 46 ммоль/л, прямой – 10 ммоль/л), повышение уровня ЛДГ (700 ммоль/л) при нормальных показателях АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, глюкозы, холестерина в сыворотке крови. Уограмма без отклонений, свободного гемоглобина в моче нет. Копрограмма без патологических изменений.

7. Синдрома инструментальных данных. При УЗИ органов брюшной полости и почек определяется умеренное увеличение размеров печени, осадок в желчном пузыре, значительное увеличение размеров селезёнки без структурных нарушений паренхиматозных органов.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. КЛИНИЧЕСКИМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ СЛУЖАТ:

- 1) желтуха+гепатомегалия+обесцвеченный кал
- 2) гепатомегалия+спленомегалия+асцит
- 3) желтуха+спленомегалия+умеренная гепатомегалия
- 4) желтуха+кожные геморрагии
- 5) бледность кожи+желтуха+геморрагический синдром

2. ЛАБОРАТОРНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ СЛУЖАТ:

- 1) гипербилирубинемия+ретикулоцитоз+повышение ЛДГ
- 2) гипербилирубинемия+повышение АЛТ+повышение АСТ
- 3) гипербилирубинемия+повышение АЛТ+повышение ЛДГ
- 4) гипербилирубинемия+повышение мочевины+повышение креатинина
- 5) анемия+тромбоцитопения+ретикулоцитопения

3. СИМПТОМ ПОЯВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО ГЕМОГЛОБИНА В МОЧЕ (ГЕМОГЛОБИНУРИЯ) ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

- 1) тяжёлого гепатита
- 2) острой почечной недостаточности
- 3) почечного кровотечения
- 4) внесосудистого гемолиза
- 5) внутрисосудистого гемолиза

ОСТРЫЙ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Пример формулировки диагноза: Острый постстрептококковый гломерулонефрит, период активных проявлений. Острое почечное повреждение 2 стадии. Эклампсия.

Коды по МКБ10:

N00.4 Острый нефритический синдром – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N01.4 Быстропрогрессирующий нефритический синдром – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N02.4 Рецидивирующая и устойчивая гематурия – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N03.4 Хронический нефритический синдром – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N04.4 Нефротический синдром – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N05.4 Нефритический синдром неуточненный – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит

N06.4 Изолированная протеинурия с уточненным морфологическим поражением – диффузный эндокапиллярный пролиферативный гломерулонефрит.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: перенесенная ангина/обострение хронического тонзиллита (2-4 недели), стрептодермия (8-12 недель), документально подтверждённая.
- 2) Нефритический симптомокомплекс: изменения в моче, олигурия, отеки и артериальная гипертензия;

- мочевой синдром: олигурия, гематурия (микро/макрогематурия), протеинурия, лейкоцитурия, цилиндртурия;
- отечный синдром: чаще на лице и вокруг глаз с дальнейшим усилением и распространением на туловище и конечности;
- синдром артериальной гипертензии.

3) Болевой синдром: тупые боли в поясничной области.

4) Синдрома лабораторных данных. Анализы мочи: микро/макрогематурия, умеренная протеинурия, лейкоцитурия (полиморфноядерные нейтрофилы, эозинофильные лейкоциты, лимфоциты), цилиндртурия (эритроцитарные, гранулярные, и лейкоцитарные).

Гемограмма: анемия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, нейтрофиллёт (при наличии гнойного очага).

Биохимия: диспротеинемия, повышение мочевины, креатинина.

Кислотно-основное состояние: ацидоз, гипонатрийемия, гиперкалийемия.

Коагулограмма: гиперкоагуляция.

Стрептозимовый тест: выявление титра антистрептококковых антител (антизимоген – 1:600 и более, антистрептолизин–О, анти-ДНК-аза).

Иммунологическое исследование: снижение уровня комплемента С3 и/или СН50, повышение уровня ЦИК, криоглобулина, IgG.
Бактериологическое исследование: высев стрептококка из зева, моча стерильна.

5) Синдрома инструментальных данных. Ультразвуковое исследование почек: отечная паренхима.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. КАКИЕ СИМПТОМЫ ВХОДЯТ В МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ

1) эпителийурия

2) гематурия

3) протеинурия

4) цилиндурия

2. КАК ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТ СЕБЯ ОТЕЧНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

1) небольшой отечностью век

2) отечность стоп

3) генерализованные отеки

4) отечность лица

3. КАК ПРОЯВЛЯЕТ СЕБЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

1) тупые боли в пояснице

2) острые боли в пояснице

3) тупые боли в животе

4) не характерен болевой синдром

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС

Пример формулировки диагноза: Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 1 степени, двусторонний. Вторичный обструктивный пиелонефрит хроническое течение, период обострения, без нарушения функции почек.

Коды по МКБ10:

N 13.7 Уропатия, обусловленная пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Q62.7 Врожденный пузырно-мочеточниковый рефлюкс.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1.Анамнестических данных: маловодие, перенесенные инфекционные заболевания во время беременности, расщепления спинного мозга, новообразования центральной нервной системы, spina bifida aperta et occulta, болезнь Гиршпрунга, болезнь Эйлерса-Данло, травмы спинного мозга.

2.Синдрома интоксикации: внезапные эпизоды повышения температуры на фоне полного благополучия, чаще до фебрильных цифр, без установленной причины, у новорожденных нейротоксикоз с явлениями менингизма.

3.Болевого синдрома: выраженное беспокойство, боли в поясничной области, крестце, животе, самостоятельные и после мочеиспускания.

4.Синдрома дизурических расстройств: поллакиурия, странгурия, ложные позывы к акту мочеиспускания, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря.

5.Отечного синдрома: пастозность лица, отеки на ногах.

6.Мочевого синдрома: лейкоцитурия нейтрофильного характера, незначительная/умеренная гематурия, протеинурия, бактериурия, наличие положительного нитритного теста.

7.Синдрома лабораторных данных: изменения в общем анализе крови (анемия, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ), биохимическом анализе крови (изменение нормальных показателей креатинина, мочевины, мочевой

кислоты, электролитов), общем анализе мочи (помутнение мочи, лейкоцитурия, бактериурия, эритроцитурия, протеинурия, положительный нитритный тест).

8. Синдром инструментальных данных: УЗИ почек и мочевого пузыря (оценка размера органов, неровность их контуров, наличие склероза, новообразований, опущение, деформацию полостей, увеличение эхогенности почечной ткани, расширение чашечно-лоханочной системы, оценивается количество остаточной мочи для выявления стеноза уретры), миционная цистография («золотой стандарт» диагностики ПМР и определения его степени - оценивается контур мочевого пузыря, однородность его стенки, визуализируется пузырно-мочеточниковый сегмент, диагностируется наличие и уровень заброса мочи с контрастным веществом, стеноз уретры как вероятная причина высокого давления в полости мочевого пузыря).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. СКОЛЬКО СТЕПЕНЕЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА РАЗЛИЧАЮТ ПО ЭЙКЕЛЮ-ПАРКУЛАЙНЕНУ

- 1) 3 степени
- 2) 4 степени
- 3) 5 степеней
- 4) 2 степени

2. ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА:

- 1) Экскреторная урография
- 2) Миционная цистография
- 3) Осадочная цистография
- 4) Ретроградная пиелография

3. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВО-ПУЗЫРНОГО СЕГМЕНТА:

- 1) Нейромышечная дисплазия мочеточника
- 2) Токсическая гипотония мочеточника
- 3) Клапан предпузырного отдела мочеточника
- 4) Стеноз устья мочеточника

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

Пример формулировки диагноза: Острый пиелонефрит, активная стадия. Функции почек сохранены.

Код по МКБ10: N10 - Острый тубулоинтерстициальный нефрит.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных: структурные аномалии мочевыводящих путей, переохлаждение, нарушение микрофлоры кишечника, инфекции половой системы (вагинит, баланопостит).

2. Синдрома интоксикации: у новорожденных и детей раннего возраста нестабильность температуры, анорексия, плохое сосание, рвота, отсутствие прибавки массы тел, у детей старшего возраста необъяснимая лихорадка или лихорадка без катаральных явлений, рвота, слабость, снижение аппетита, анорексия, озноб, рвота, недомогание.

3. Синдрома абдоминальных и/или поясничных болей: боль в надлобковой области, боль в животе, частое и/или болезненное мочеиспускание, болезненность при поколачивании или, у маленьких детей, при надавливании пальцем между основанием 12-го ребра и позвоночником.

4. Синдрома дизурических расстройств: учащенное и/или болезненное мочеиспускание, императивные позывы к мочеиспусканию, мутная, зловонная моча, дневное недержание мочи, недавно возникший энурез.

5. Мочевой синдром: лейкоцитурия, бактериурия, наличие положительного нитритного теста, гипостенурия.

6. Синдрома физикальных данных: бледность кожных покровов, пастозность лица, тахикардия, появление симптомов дегидратации (преимущественно у новорожденных и детей грудного возраста), отсутствие

катаральных явлений при повышении температуры (чаще до фебрильных цифр, реже- субфебрильных), резкий запах мочи, диспепсия.

7. Синдрома лабораторных данных:

- общий анализ крови: анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

-общий анализ мочи: определение удельного веса мочи, подсчёт количества

лейкоцитов (более 10 в поле зрения или более 25 в 1 мкл мочи), эритроцитов, определение белка и нитритов.

-бактериологическое исследование мочи: определение микроорганизмов и чувствительность к антибактериальным препаратам до начала терапии. Диагностически значимым является наличие более 100 000 колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 мл при заборе мочи из средней струи или 50 000 КОЕ при заборе мочи путем катетеризации. При заборе мочи надлобковой пункцией значимым является любой рост бактерий.

- биохимический анализ крови: определение мочевины, мочевой кислоты, креатинина, электролитов: натрий, калий, хлор.

- не рекомендовано рутинно определять: уровень С-реактивного белка (СРБ) и/или прокальцитонина (ПКТ).

8. Синдрома инструментальных данных:

- ультразвуковое исследование (УЗИ) почек и мочевого пузыря всем детям во время (в первые 3 суток) и после первого эпизода инфекции (через 1-2 месяца) мочевыводящих путей. При УЗИ оцениваем: аномалии строения мочевой системы, наличие камней, абсцесса почки, размеры почек, состояния чашечно-лоханочной системы, объем и состояния стенки мочевого пузыря, признаки пиелита, размытость границ между корковым и мозговым веществом, уплотнение почечной паренхимы.

- рентгеноурологическое обследование:

- мицционная цистография. Показания: дети до 2 лет после фебрильного эпизода ИМВП при наличии патологических изменений при УЗИ (увеличение размеров почки, дилатация ЧЛС) - в стадию ремиссии; при рецидивирующем течение ИМВП.

- экскреторная урография, магнитно-резонансная урография (МР-урографию): рекомендуется проводить как вспомогательную методику для выявления обструкции, аномалии развития органов мочевой системы (после исключения ПМР).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) капсула почки;
- 2) интерстициальная ткань, чашечно — лоханочная система, канальцы;
- 3) клубочек почки;
- 4) паранефральная клетчатка.

2. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДТВЕРЖДАЮТ ДИАГНОЗ ПИЕЛОНЕФРИТА:

- 1) ренография;
- 2) проба Реберга;
- 3) цистоскопия;
- 4) определение наличия и степени бактериурии;
- 5) проба Зимницкого.

3. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) общий анализ мочи;
- 2) общий анализ крови;
- 3) определение степени бактериурии;
- 4) УЗИ почек;
- 5) ренография.

ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКАЯ НЕФРОПАТИЯ

Пример формулировки диагноза:

Дисметаболическая нефропатия, оксалатно-кальциевая.

Дисметаболическая нефропатия, уратная, нефролитиаз.

Код по МКБ10:

N16.3 Тубулоинтерстициальное поражение почек при нарушениях обмена веществ.

E74.8 Другие уточненные нарушения обмена. Оксалурия.

E79.0.Гиперурикемия.

R82.9 Другие и неуточненные отклонения от нормы, выявленные при исследовании мочи.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамnestических данных:

- при оксалатной нефропатии: наследственная предрасположенность (70–75%), повышенное поступление оксалатов с пищей, воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит), кишечные анастомозы при проведении оперативных вмешательств на кишечнике, повышенная выработка оксалатов самим организмом;
- при фосфатной нефропатии: хроническая инфекция мочевой системы;
- при вторичной уратной нефропатии: как осложнения других заболеваний (миеломная болезнь, хроническая гемолитическая анемия и др.), при применении некоторых препаратов (тиазидные диуретики, цитостатики, салицилаты, циклоспорин А и др.), при нарушениях функции канальцев почек и физико-химических свойств мочи (пиелонефрит).

В родословной больных с гиперуратурией встречаются сосудистая патология, спондилез, артропатии, сахарный диабет, нефропатии, мочекаменная болезнь, ожирение, подагра.

2) Синдрома дизурических расстройств: дискомфорт при мочеиспускании, учащенное мочеиспускание.

3) Синдрома абдоминальных и поясничных болей: ноющая боль или дискомфорт, локализующиеся преимущественно в поясничной области или животе; приступообразная («почечная колика») или постоянная боль, отдающая в подвздошную или паховую область, на внутреннюю поверхность бедра, в половые органы; боль над лоном может развиваться при отложении солей или наличии камней в мочевом пузыре.

4) Возможно артralгии

4) Синдрома лабораторных данных:

- общий анализ мочи: оксалатно-кальциевая и/или фосфатно-кальциевая кристаллурия, незначительные или умеренные гематурия, протеинурия, лейкоцитурия абактериального характера, которая в случае присоединения инфекции становится бактериальной, гиперстенурия.

При наличии большого количества уратов моча приобретает кирпичный цвет. Выделение кристаллов с мочой часто бывает преходящим и оказывается не связанным с нарушением обмена веществ;

- проба Зимницкого: нарушение ритма мочеиспускания (редкие, 3-4 раза/сутки, малыми порциями, высокая относительная плотность мочи (1020-1030);

- биохимический анализ мочи: повышение абсолютного содержания солей (оксалатов, фосфатов, уратов и др.) в суточной мочи;

- анализ на антикристаллообразующую способность мочи (АКОСМ) к оксалатам кальция, фосфатам кальция и трипельфосфатам: снижение в различной степени за счет повышения концентрации этих солей в растворенном виде и/или нарушения баланса ингибиторов и активаторов.

- тест на кальцифилаксию выявляет нарушение клеточного гомеостаза кальция, приводящего к патологической кальцификации клеток и тканей.

4) Синдрома инструментальных данных:

УЗИ почек: изменения, как правило, малоспецифичны. Возможно выявление в почке микролитов или включений, дающих эхонегативные «дорожки», что может послужить показанием для проведения рентгенологического исследования.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ДЛЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) лихорадка
- 2) дискомфорт при мочеиспускании
- 3) артralгии
- 4) ноющая боль в поясничной области

2. ДЛЯ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ СИНДРОМЫ

- 1) дизурических расстройств
- 2) абдоминальных и поясничных болей
- 3) мочевой
- 4) синдром артериальной гипертензии

3. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кристаллурия
- 2) гематурия
- 3) цилиндртурия
- 4) гипостенурия

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Пример формулировки диагноза: Идиопатический нефротический синдром, стероидчувствительный вариант, часто рецидивирующее течение, стадия клинико-лабораторной ремиссии. Хроническая болезнь почек 1 стадия.

Код по МКБ10: N03 — Нефротический синдром

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных: Наличие у ребенка системного васкулита, ревматических болезней, сахарного диабета, ЦМВ-инфекций, лекарственного поражения почек, болезней крови и обмена веществ, тромбозе почечных вен, хромосомных и других из многочисленной группы заболеваний, которые обусловливают формирование вторичного нефротического синдрома. В случае развития первичного (идиопатического) нефротического синдрома немаловажными факторами являются перенесенная вирусная инфекция, факт предшествующей вакцинации, отягощенный аллергический анамнез.

2. Отечного синдрома, характеризующийся отеками различной степени, чаще выраженных, иногда до степени анасарки.

3. Ренальный (мочевой) синдром в виде выраженной протеинурии, цилиндурии (гиалиновые, зернистые, восковидные цилиндры), гиперстенурии за счет протеинурии, возможна кратковременная микрогематурия.

4. Синдрома лабораторных данных в виде протеинурии, гипопротеинемии, гипоальбуминемии, дислипидемия (гиперхолестеринемия, гипер-β-липопротеинемия, гипер-триглицеридемия), гиперфибриногенемия, сдвиги гемостазиологических показателей в сторону гиперкоагуляции.

5. Синдрома инструментальных данных в виде увеличения размеров, отека, уплотнения паренхимы почек.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Укажите один или несколько правильных ответов:

1. ДЛЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) бактериурия
- 2) кетонурия
- 3) макрогематурия
- 4) олигурия
- 5) протеинурия

2. ХАРАКТЕРИСТИКА ОТЕКОВ ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

- 1) массивные
- 2) плотные
- 3) рыхлые
- 4) подвижные
- 5) пастозность

3. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) дислипидемия
- 2) гипопротеинемия
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гипоальбуминемия
- 5) гипергаммаглобулинемия

ФОСФАТ-ДИАБЕТ

Пример формулировки диагноза: Гипофосфатемический рахит (fosfat-diabet), X-сцепленный доминантный. Хроническая болезнь почек 1 стадия.

Код по МКБ10: N25 - Заболевание, связанное с дефектом реабсорбции фосфатов в проксимальных канальцах, проявляющееся у детей фосфатурией, гипофосфатемией и выраженными рахитическими изменениями, резистентными к обычным дозам витамина D.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1)Анамnestических данных: анализа родословной: поиск случаев подтвержденного заболевания у членов семьи и родственников. Заболевание манифестирует в возрасте 9-13 месяцев, когда дети начинают ходить, появляются О- образная деформация нижних конечностей, утиная походка.

2) Синдрома задержки ФР: отставание в росте.

3) Синдром поражения костей : разнообразными симптомами рахита, которые прогрессируют, несмотря на проведение профилактики рахита обычными дозами витамина D, выраженное искривление нижних конечностей., боли в костях. Зубы появляются с опозданием, типичны дефекты эмали и множественный кариес.

3)Синдрома лабораторных данных: гипофосфатемия; гиперфосфатурия более 20мг/кг/сут или более 20-30 ммоль/л. Повышение активности щелочной фосфатазы, нормокальциемия, уровень паратгормона в норме.

Снижение 1,25(OH)2 D3, а 25(OH)D3 в норме. Генетический анализ: X сцепленный доминантный тип наследования: мутация гена FGF23.

Функция почек по пробе Реберга, КОС сохранена . Однако возможно развитие вторичного дистального почечного канальцевого ацидоза 1типа.

4) Синдрома инструментальных методов обследования:

Рентгенологически – деформации костей голеней, коленных и тазобедренных суставов, наличие остеопороза и остеомаляции. Изменена структура костей – кортикальный слой утолщен, трабекулярный рисунок грубый, диафизы расширены. Костный рентгенологический возраст отстает от фактического. Возможен нефрокальциноз.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Укажите один правильный ответ

1. Уровень паратгормона при фосфат- диабете:

- 1) низкий
- 2) высокий
- 3) в норме
- 4) не определяется
- 5) нет показаний для исследования

2. Деформация трубчатых костей начинает определяться в возрасте:

- 1) 3 мес
- 2) 9 мес
- 3) 4 года
- 4) 8 лет
- 5) 13 лет

3. Причина фосфат- диабета, дефект реабсорции :

- 1) кальция
- 2) натрия
- 3) фосфатов
- 4) магния
- 5) глюкозы

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ

Пример формулировки диагноза: Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая форма, желудочно-кишечное кровотечение.

Код по МКБ10: P53 Геморрагическая болезнь плода и новорожденного

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании

1. Анамnestические данные

Факторы риска со стороны матери:

- прием лекарственных препаратов во время беременности (антикоагулянты, противосудорожные препараты, антибиотики широкого спектра действия, противотуберкулезные препараты и другие).
- преэклампсия на фоне низкого уровня эстрогенов.
- соматические заболевания матери (энтеропатии, гастропатии, дисбактериозы).

Факторы риска во время родов:

- хроническая гипоксия плода и асфиксия новорожденного
- роды путем кесарева сечения
- родовая травма

Факторы риска со стороны ребенка:

- недоношенность
- отсутствие или позднее начало грудного вскармливания
- проведение полного парентерального питания
- проведение антибактериальной терапии
- отсутствие профилактического введения витамина К при рождении.

2. Анемический синдром – развивается в случае массивной кровопотери.

Бледность кожных покровов, слизистых оболочек. При выраженной кровопотери возможно развитие геморрагического шока. Возникает тахипноэ,

тахикардия в покое, снижение сатурации при дыхании воздухом, потребность в дополнительной дотации кислорода при развитии гемической гипоксии.

3. Желтушный синдром - развивается в случае рассасывания массивных кефалогематом, экхимозов. Паренхиматозные органы не увеличены, стул окрашен, моча светлая. В биохимическом анализе крови преобладает непрямая фракция билирубина, прямая составляет менее 20%, ферменты АЛТ, АСТ, ЩФ, белок, альбумин в норме.

4. Синдром лабораторных данных

Общий анализ крови - время свертывания крови удлиненно, время кровотечения и количество тромбоцитов в норме. При массивной кровопотери снижается уровень гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов.

В коагулограмме – фибриноген и тромбиновое время (ТВ) в норме, протромбиновое время (ПВ) и активированное частично тромбопластиновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО) удлинены.

5. Синдром инструментальных исследований

Для выявления внутричерепных кровоизлияний проводится нейросонография (НСГ) через большой родничок, (возможно проведение МРТ), рентгенография черепа для исключения травматического характера кефалогематомы. При подозрении на внутреннее кровотечение УЗИ исследования печени, селезенки, надпочечников и т.д.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) юный возраст матери

2) прием антибактериальных препаратов матерью во время беременности

3) нерациональное питание беременной женщиной

4) заболевания желудочно-кишечного тракта во время беременности

2. КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ РАННЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

1) носовые кровотечения

2) мелкоточечные кровоизлияния на коже и слизистых оболочках

3) массивные внутричерепные кровоизлияния

4) легочное кровотечение

5) развивается внутриутробно, при рождении, в первые сутки после рождения

6) развивается после рождения на 2-5 сутки жизни

3. В КОАГУЛОГРАММЕ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) снижен фибриноген

2) укорочено АЧТВ

3) удлинено МНО

4) ТВ в норме

ОСТРЫЙ ПРОСТОЙ БРОНХИТ

Пример диагноза: Острый простой бронхит

Шифр МКБ: J20 (Острый бронхит)

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

1) *Данных анамнеза:* острое начало на фоне острой респираторной инфекции, обычно на фоне нормальной температуры.

2) *Синдрома интоксикации:*

- субфебрильная лихорадка,
- снижение аппетита,
- снижение эмоционального тонуса.

3) *Респираторно-катарального синдрома:*

- Возможны гиперемия зева, конъюнктивит, ринит,
- сухой кашель в начале заболевания,
- влажный с отделением серозно-слизистой мокроты в конце.

4) *Синдрома бронхолегочных изменений:*

- пальпаторно голосовое дрожание симметричное
- перкуторно без патологических изменений
- при аусcultации жесткое дыхание, выслушиваются сухие жужжащие или диффузные влажные разнокалиберные хрипы (среднепузырчатые, крупнопузырчатые)
- количество хрипов уменьшается после кашля, при перемене положения тела.

5) *Синдрома инструментальных данных*

- на рентгенограмме органов грудной клетки усиление и обогащение легочного рисунка.

6) *Синдрома лабораторных данных:*

- при вирусной этиологии в гемограмме определяется лейкопения, лимфоцитоз;
- также показатели гемограммы могут соответствовать возрастной норме ребенка.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. СИНДРОМ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Усиление легочного рисунка
- 2) Локальную деформацию легочного рисунка
- 3) Наличие инфильтрации легочной ткани
- 4) Повышенную воздушность легких.

2. СИНДРОМ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) Фебрильной лихорадкой
- 2) Нормотермией
- 3) Эфемерной лихорадкой
- 4) Субфебрильной лихорадкой

3. РЕСПИРАТОРНО-КАТАРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ ПРОСТОМ БРОНХИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) Сухой кашель
- 2) Свистящее дыхание
- 3) Инспираторную одышку
- 4) Кашель с отделением гнойной мокроты

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ

Пример диагноза: Внебольничная очаговая пневмония в нижней доле справа, острое течение, нетяжелая, неуточненной этиологии. Указание этиологии пневмонии возможно после лабораторного подтверждения.

Шифр МКБ: J18 (пневмония без уточнения возбудителя)

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных:

- чаще развитие на фоне ОРИ.

2) Синдрома интоксикации:

- повышение температуры тела выше 38,5°C более 3 дней;

- снижение аппетита,

- вялость, плохой сон,

- капризность, плаксивость ребенка;

3) Респираторно-катарального синдрома: сухой кашель в начале заболевания, влажный с отделением слизисто-гнойной мокроты в конце.

4) Синдрома инфильтрации легочной ткани:

– при осмотре в случае полисегментарной или долевой пневмонии возможно отставание пораженной половины в акте дыхания

– пальпаторно усиление голосового дрожания над пораженным участком легкого

– укорочение перкуторного звука над пораженным участком легкого

– аускультативно выслушивается ослабленное дыхание над пораженным участком легкого, на этом фоне локально над очагом поражения мелкопузырчатые или крепитирующие хрипы.

5) Синдрома дыхательной недостаточности:

- проявления зависят от степени выраженности дыхательных нарушений (I – III степени) и включают увеличение частоты дыхательных движений, раздувание крыльев носа, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, цианоз кожи и слизистых, тахикардию, изменение уровня артериального давления.

6) *Синдрома рентгенологических изменений:*

- локальные изменения легочной ткани в виде снижения прозрачности, наличия инфильтрации в пределах пораженного участка (очага, сегмента, нескольких сегментов или доли).

7) *Синдрома лабораторных данных:*

- лейкоцитоз более 15 тыс в 1 мкл.
- сдвиг влево с увеличением палочкоядерных форм до 10 и более
- ускорение СОЭ более 15 мм/ч.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. ПРИ СИНДРОМЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 2 СТЕПЕНИ ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ

- 1) На 30% выше нормы
- 2) На 50% выше нормы
- 3) На 70% выше нормы
- 4) На 90% выше нормы

2. ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ В МИНУТУ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ

- 1) ≥ 60
- 2) ≥ 50
- 3) ≤ 40
- 4) ≤ 25

3. КРЕПИТАЦИЯ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) При воспалительных изменениях в альвеолярной ткани

- 2) При воспалительных изменениях в плевральной полости
- 3) При сужении мелких дыхательных путей
- 4) При скоплении мокроты в трахее

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Пример диагноза: Бронхиальная астма, атопическая, средней степени тяжести, персистирующая, неконтролируемое течение.

Шифр МКБ: J45 (астма с преобладанием аллергического компонента)

Синдромальное обоснование диагноза

Диагноз выставлен на основании:

1) Данных анамнеза:

- развитие приступа удушья после контакта с аллергеном (шерсть животных, пыль, сильные запахи, плесень),
- после физической нагрузки, воздействия неблагоприятных метеоусловий (холод, дождь, ветер),
- на фоне наслоения острой респираторной инфекции;
- часто ночные приступы удушья;
- наличие отягощенного семейного аллергологического анамнеза.

2) Жалоб: сухой приступообразный кашель, свистящие хрипы на выдохе.

3) Бронхобструктивного синдрома:

- экспираторная одышка,
- приступообразный сухой кашель,
- шумное свистящее дыхание,
- чувство сдавления, стеснения грудной клетки.

4) Синдрома бронхолегочных изменений:

- При осмотре ребенок в положении ортопноэ, опирается руками о кровать, грудная клетка подвздута, плечевой пояс приподнят.
- Пальпаторно ослабление голосового дрожания;
- Перкуторно коробочный оттенок звука над всеми полями легких.

- Аускультативно: дыхание ослаблено, удлинение выдоха, сухие свистящие хрипы на выдохе.

5) Синдрома инструментальных данных:

- на рентгенограмме органов грудной клетки усиление легочного рисунка, повышение прозрачности легочных полей, уплощение купола диафрагмы, расширение межреберных промежутков.
- при проведении спирометрии снижение ОФВ1, положительная проба с вентолином.

6) Синдрома лабораторных данных:

- эозинофилия (более 4 клеток в поле зрения или 300 клеток в 1 мкл) в гемограмме,
- повышение уровня общего сывороточного иммуноглобулина Е или специфических иммуноглобулинов Е к конкретным аллергенам.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) Инфильтрации легочной ткани
- 2) Синдром интоксикации
- 3) Бронхобструктивный синдром
- 4) Синдром хронической гипоксии

2. ДЫХАНИЕ С УДЛИНЕННЫМ ВЫДОХОМ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

- 1) При инфильтративных изменениях в легких
- 2) При скоплении жидкости в плевральной полости
- 3) При нарушении проходимости мелких бронхов и бронхиол
- 4) При скоплении воздуха в плевральной полости

3. ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) Приступы удушья при перемене положения тела
- 2) Усиление хрипов при перемене положения тела
- 3) Уменьшение хрипов при перемене положения тела
- 4) Ночные приступы удушья

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ

Пример формулировки диагноза: Железодефицитная анемия, легкой степени тяжести, алиментарной этиологии.

Код по МКБ10:

D50 (железодефицитная анемия)

D50.8 (другие железодефицитные анемии)

D50.9 (железодефицитная анемия неуточненная)

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) *Анамнестических данных*

2) *Анемического синдрома*

- слабость,

- головная боль, головокружение,

- плохая переносимость физических нагрузок,

- снижение аппетита, снижение работоспособности, внимания, обучаемости,

- бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек,

- тахикардия, sistолический шум.

3) *Сидеропенического синдрома*

- изменения кожи (пигментации цвета кофе с молоком) и слизистых оболочек (заеды в углу рта),

- изменения ногтей (ломкость, мягкость, поперечная исчерченность, вогнутость),

- изменения волос (ломкость, тусклость, раздавливание кончиков, алопеция),

- гипотония (мышечная, артериальная),

- изменения обоняния (пристрастие к запахам лака, красок, ацетона, выхлопных газов автомобиля),

- изменения вкуса (пристрастие к мелу, глине, сырым продуктам).

4) *Синдрома лабораторных данных.*

- *Общий анализ крови:* снижение концентрации гемоглобина Hb (менее 110 г/л), снижение гематокрита (Ht), небольшое снижение количества эритроцитов (менее $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$), снижение цветового показателя - ЦП (менее 0,85), увеличение скорости оседания эритроцитов (более 10-12 мм/ч), несколько сниженное или нормальное количество ретикулоцитов (норма 1-2%). Дополнительно врач-лаборант описывает морфологические изменения эритроцитов - аизоцитоз и пойкилоцитоз. Снижаются: средний объем эритроцита (mean corpuscular volume - MCV, менее 80 фл), среднее содержание Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin - MCH, менее 26 пг), средняя концентрация Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin concentration - MCHC, менее 320 г/л). Повышается степень аизоцитоза эритроцитов (red blood cell distribution width - RDW, более 14%).

- *Биохимический анализ крови:* снижение концентрации сывороточного железа - СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки - ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом - НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина - СФ (менее 30 нг/мл или мкг/л).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. Для железодефицитной анемии характерны следующие изменения в общем анализе крови:

- 1) снижение гемоглобина и количества ретикулоцитов, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения
- 2) снижение гемоглобина, количества эритроцитов, снижение MCV, MCH, MCHC, повышение RDW
- 3) снижение гемоглобина, лейкоцитоз, увеличение СОЭ

2. ПО СТЕПЕНИ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОГО МОЗГА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) гиперрегенераторной

2) гипорегенераторной

3) чаще норморегенераторной

3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ СИНДРОМ:

1) астеноневротический

2) геморрагический

3) сидеропенический

РАХИТ

Пример формулировки диагноза: Рахит, легкой степени тяжести, активность 1, острое течение, период разгара, витамин Д дефицитный.

Код по МКБ10: E55 (рахит активный).

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) *Анамнестических данных*
- 2) *Синдрома остеомаляции* (размягчение, обеднения кальцием кости – преобладают при остром течении рахита) – податливость костей черепа, краев родничка, краинотабес, брахицефалия, деформация костей черепа, конечностей, ключиц, плоский таз, эрозии и кариес зубов.
- 3) *Синдрома остеоидной гиперплазии* (преобладают при подостром течении рахита) – лобные и теменные бугры, реберные «четки», надмыщелковые утолщения голеней, «браслетки» на предплечьях, «нити жемчуга» на пальцах.
- 4) *Синдрома гипоплазии костной ткани* – задержка роста с характерной «коротконогостью», позднее прорезывание молочных и постоянных зубов, позднее закрытие родничка.
- 5) *Синдрома мышечной гипотонии* – искривление позвоночника со спинопоясничным кифозом, сколиозом, деформацией грудной клетки с развернутой нижней апертурой, вялость и дряблость мышц, разболтанность суставов, «лягушачий» живот.
- 6) *Синдрома задержки статических и локомоторных функций.*
- 7) *Синдрома лабораторных данных.*
- *Биохимический анализ крови.*

Концентрация фосфора в сыворотке крови может снижаться до 0,65-0,8 ммоль/л (при норме у детей до 1 года 1,5-1,8 ммоль/л).

Концентрация кальция – до 2,0-2,2 ммоль/л (при норме 2,2-2,7 ммоль/л).

Концентрация ионизированного кальция менее 1.0 ммоль\л. Соотношение между уровнями кальция и фосфора в сыворотке крови в норме равное 2:1, в период разгара рахита повышается до 3:1-4:1. В начальном периоде рахита и в периоде разгара остеомаляционных явлений количество кальция может быть нормальным.

Повышение активности щелочной фосфатазы в сыворотке крови в 1.5-2 раза.

Снижение 25(OH)D₃ в крови (в норме 20 нг\мл) снижение до 10 нг/мл свидетельствует о дефиците витамина D, а содержание ниже 5 нг/мл об авитаминозе (II В).

- *Общий анализ мочи.*

Повышенная экскреция аминокислот (аминоацидурия - выше 10мг/кг в сутки) – ранний признак рахита.

Гиперфосфатурия и повышенный клиренс фосфатов мочи (в норме 0,1-0,25 мл\сек, при рахите до 0,5-1,0 мл\сек).

8) *Синдрома инструментальных данных.*

- *рентгенологические методы.* В период разгара: в местах наиболее интенсивного роста костей (особенно трубчатых) появляется остеопороз. Зона обызвествления из выпуклой становится горизонтальной, неровной, бахромчатой, расширяется метафиз и увеличивается щель между эпифизом и диафизом. Эпифиз приобретает блюдцеобразную форму, так как периостальное окостенение нарушается меньше энхондрального. Зона предварительного обызвествления становится нечёткой. Точки окостенения мелких костей запястья, ядра окостенения головок трубчатых костей появляются своевременно, но на рентгенограммах видны нечетко из-за остеопороза. При рахите II и III степени тяжести бывают поднадкостничные переломы по типу «зеленой веточки» – надломы коркового слоя с небольшим продольным смещением на вогнутой стороне искривленной кости,

появляются зоны *перестройки Лоозера* – зоны просветления шириной в несколько миллиметров (ложные переломы).

В период реконвалесценции: на рентгенограмме в зоне роста костей появляются полосы окостенения, количество которых соответствует числу обострений.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите несколько правильных вариантов ответа

1. В ТЕЧЕНИИ РАХИТА ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) острое течение
- 2) подострое течение
- 3) волнообразное течение
- 4) молниеносное течение
- 5) вялотекущее течение

2. К ОСТРОМУ ТЕЧЕНИЮ РАХИТА ОТНОСЯТ:

- 1) краинотабес
- 2) лобные бугры
- 3) размягчение краев большого родничка
- 4) четки
- 5) рахитический кифоз

3. ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ В КРОВИ ПРИ РАХИТЕ ВЫЯВЛЯЮТ:

- 1) снижение уровня щелочной фосфатазы
- 2) повышение уровня фосфора
- 3) снижение уровня кальция
- 4) расширение и размытость зоны метафизов костей
- 5) снижение уровня витамина D в крови

БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Пример формулировки диагноза: Белково-энергетическая недостаточность, легкой степени тяжести, алиментарной этиологии

Код по МКБ10: E40-E 46. Недостаточность питания (гипотрофия: пренатальная, постнатальная)

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) *Анамнестических данных,*
- 2) *Синдрома трофических расстройств:* истончение подкожно - жировой клетчатки, снижение тургора тканей, плоская кривая нарастания и дефицит массы тела относительно длины тела, признаки полигиповитамина и гипомикроэлементоза,
- 3) *Синдрома пищеварительных нарушений:* анорексия, диспептические расстройства, снижение толерантности к пище, признаки мальдигестии в копрограмме,
- 4) *Синдрома дисфункции ЦНС:* снижение эмоционального тонуса, преобладание отрицательных эмоций, периодическое беспокойство (при БЭН III степени - апатия), отставание психомоторного развития,
- 5) *Синдрома лабораторных данных.*
 - *Общий анализ крови:* дефицитные анемии,
 - *Биохимический анализ крови:* вторичные иммунодефицитные состояния (клеточного звена иммунитета).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ РЕБЁНОК:

- 1) Спокоен, уравновешен
- 2) Раздражителен, беспокоен

3) Подвижен, активен

4) Весёлый, жизнерадостный

5) Вялый, апатичный

2. ПРИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ СЛОЙ ИСТОНЧЁН:

1) на туловище

2) на туловище и конечностях

3) только на животе

4) только на бёдрах

5) на лице, теле и конечностях

3. ДЛЯ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

1) Мышечной гипотонии

2) Трофических расстройств

3) Гипоплазии костной ткани

4) Пищеварительных нарушений

5) Сидеропенический

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Пример формулировки диагноза: Атопический дерматит, младенческая стадия, распространенная форма, средней степени тяжести, период обострения.

Код по МКБ10:

L20 Атопический дерматит,

L20.0 Почекуха Бенье,

L20.8 Другие атопические дерматиты: экзема: сгибательная, детская (острая), (хроническая), эндогенная (аллергическая), нейродерматит: атопический (локализованный), (диффузный);

L20.9 Атопический дерматит неуточненный.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) *Анамнестических данных* (аллергоанамнез, наследственная отягощенность по атопии)

2) *Синдрома кожных проявлений (шкала SCORAD).*

Основные диагностические критерии (3 или более):

- кожный зуд;
- типичная морфология и локализация поражения кожи: у детей первых лет жизни – покраснение и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей, у детей более старшего возраста и взрослых лиц – лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей;

- хроническое рецидивирующее течение;

Дополнительные диагностические критерии (3 или более):

- сухость кожи (ксероз);
- гиперлинеарность ладоней («складчатые») и подошв или фолликулярный гиперкератоз;

- повышение содержания общего и специфических IgE в сыворотке крови;
- начало заболевания в раннем детском возрасте (до 2 лет);
- склонность к кожным инфекциям (*S. aureus*, *H. simplex*);
- локализация кожного процесса на кистях и стопах;
- экзема сосков;
- хейлит;
- рецидивирующие конъюнктивиты;
- симптом Денни-Моргана (дополнительная складка нижнего века);
- кератоконус;
- передняя субкапсулярная катаракта;
- гиперпигментация кожи периорбитальной области;
- бледность/эритема лица;
- себорейная экзема;
- складки на передней поверхности шеи;
- зуд при повышенном потоотделении;
- обострение процесса и усиление зуда под влиянием провоцирующих факторов (шерстяная одежда, мыло, аллергены, ирританты, пищевые продукты, эмоциональный стресс и т.д.);
- перифолликулярная акцентуация;
- непереносимость пищи;
- сезонность обострений (ухудшение в холодное время года и улучшение летом);
- белый дермографизм.

3) *Синдром нарушения сна (шкала SCORAD),*

4) *Синдром лабораторных данных.*

- *Общий анализ крови:* неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз.

- *Биохимический анализ крови.*
- Определение общего иммуноглобулина Е: повышение содержания общего IgE в сыворотке крови является дополнительным диагностическим критерием атопического дерматита;
 - определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови. Наиболее признанной аналитической тест-системой в области лабораторной диагностики аллергии в настоящее время является UniCAP Systems, который реализуется на базе анализаторов ImmunoCAP. Граница обнаружения sIgE является более низкой по сравнению с границей обнаружения молекул общего IgE. В большинстве лабораторий для sIgE: от 0,01 до 0,35 кЕ/л (для общего IgE - 2-5 кЕ/л).

5) Синдрома инструментальных данных.

- кожные тесты со стандартизованными аллергенами - бытовыми, пыльцевыми, эпидермальными, грибковыми и пищевыми (прик-тест, скарификационные кожные пробы). Кожное тестирование выявляет IgE-опосредованные аллергические реакции. Прием антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов и нейролептиков снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к получению ложноотрицательных результатов, поэтому эти препараты необходимо отменить за 3, 7 дней и 30 суток, соответственно, до предполагаемого срока исследования.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных вариантов ответов

1. ПРИ ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СЛЕДУЕТ УЧИТЬСЯ

- 1) Длительность и частоту обострений
- 2) Длительность ремиссий
- 3) Нарушение сна

4) Распространенность кожного процесса

5) Частоту головных болей

2. СИМПТОМ ДЕННИ–МОРГАНА — ЭТО

- 1) Дополнительная складка верхнего века
- 2) Дополнительная складка коленного сустава
- 3) Дополнительная складка локтевого сустава
- 4) Дополнительная складка нижнего века
- 5) Дополнительная складка ушной раковины

3. ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ
ПЕРВЫХ ЛЕТ ЖИЗНИ:

- 1) гиперемия и высыпания на лице и разгибательных поверхностях конечностей
- 2) лихенификация и расчёсы в области сгибов конечностей
- 3) гиперемия, расчесы и лихенификация на спине
- 4) лихенификация и расчесы в области спины и живота
- 5) гиперемия и высыпания на коже в области лица и живота

СПАЗМОФИЛИЯ

Пример формулировки диагноза: Явная спазмофилия (ларингоспазм).

Рахит II подострое течение, период разгара

Код по МКБ10: R 29.0 Тетания

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. *Анамnestических данных.*

2. *Синдрома нервно-мышечной возбудимости:* периодически возникающие спастические состояния отдельных мышечных групп (мимических, гортанных, дыхательных, скелетных) с вероятностью развития ларингоспазма.

Симптомы:

- Начало пароксизма со спастической кратковременной (апноэ несколько секунд);
- При вдохе - регресс патологических симптомов с восстановлением исходного состояния;
- Цианоз носогубного треугольника;
- Общие клонические судороги;
- Провоцирование пароксизмов внешними раздражителями - резким стуком, звонком, криком и т.д.;
- В течение суток могут повторяться несколько раз;
- Положительные симптомы на судорожную готовность (симптом Хвостека, симптом Трусско, симптом Люста, симптом Маслова).

3. *Синдрома лабораторных данных.*

- Биохимический анализ кровь: наличие гипокальциемии в сочетании с гиперфосфатемией, нарушение баланса электролитов крови, алкалоз. Снижение общего кальция менее 1,75 ммоль/л, ионизированного кальция – ниже 0,85 ммоль/л, респираторный алкалоз (реже – метаболический).

4. *Синдрома данных функционального обследования*

- ЭКГ: удлинение интервала Q-T более 0,2 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных вариантов ответов

1. ХАРАКТЕРНЫМ ЭКГ- ПРИЗНАКОМ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) удлинение интервала Q-T
- 2) укорочение интервала Q-T
- 3) высокий зубец Р
- 4) удлинение зубца Р
- 5) отрицательный зубец Q

2. СИМПТОМАМИ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Положительный симптом Трусско
- 2) Положительный симптом Ортнера
- 3) Положительный симптом Хвостека
- 4) Положительный симптом Пастернацкого
- 5) Положительный симптом Грефе

3. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ РАЗВИТИЯ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) Бронхобструкция
- 2) Ларингоспазм
- 3) Ларингит
- 4) Гипертермия
- 5) Эпилепсия

КОРЬ

Пример клинического диагноза: Корь, типичная, средней степени тяжести, период высыпаний, неосложненное течение (B 05.9).

Код по МКБ-10:

- В 05.0 – корь, осложнённая энцефалитом
- В 05.1 – корь, осложнённая менингитом
- В 05.2 – корь, осложнённая пневмонией
- В 05.3 – корь, осложнённая средним отитом
- В 05.4 – корь с кишечными осложнениями
- В 05.8 – корь с другими осложнениями
- В 05.9 – корь неосложнённая

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: пребывание в эндемичной зоне по кори в течение 21 дня до начала заболевания; контакт с больным корью или больным с подозрительным случаем на корь в течение 21 дня до начала заболевания; отсутствие вакцинации ЖКВ.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела, слабость, снижение аппетита, рвота;
- 3) Синдром энантемы (пятна Бельского-Филатова-Коплика) – появляется в конце катарального периода (на 2-3 сутки), пятна располагаются на внутренней поверхности щек в области малых коренных зубов, реже - на конъюнктиве, слизистых десен и губ в виде мелких белесоватых точек, окруженных венчиком гиперемии;
- 4) Катаральный синдром в виде появления симптомов ринита, негнойного конъюнктивита, фарингита, ларингита, бронхита;

5) Синдром экзантемы – поэтапное появление ярко-красной крупной пятнисто-папулезной сливной сыпи с 4 - 5 дня болезни с переходом сыпи в пигментацию (с 3 - 4-го дня периода высыпания);

6) Синдрома лабораторных данных – обнаружение антител IgM к вирусу кори методом ИФА.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИМПТОМ КАТАРАЛЬНОГО ПЕРИОДА КОРИ

- 1) субфебрильная температура
- 2) экзантема
- 3) судорожный синдром
- 4) пятна Бельского-Филатова-Коплика

2. ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА СЫПИ ПРИ КОРИ

- 1) пятнисто-папулезная, выступает этапно, оставляет пигментацию
- 2) пятнистая, выступает одномоментно, исчезает бесследно
- 3) мелкоточечная, выступает этапно, оставляет пигментацию
- 4) геморрагическая, выступает одномоментно, исчезает бесследно

3. «ЗОЛОТЫМ» СТАНДАРТОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОРИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иммуноферментный анализ
- 2) вирусологический метод
- 3) иммунофлюоресцентный метод
- 4) иммунохроматографический метод

БОРРЕЛИОЗ

Пример клинического диагноза: Иксодовый клещевой боррелиоз, типичная эритемная форма, острый период (B 05.9).

Код по МКБ-10:

A 69.2 – Болезнь Лайма. Хроническая мигрирующая эритема, вызванная *Borrelia burgdorferi*.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: пребывание в эндемичной зоне за две недели до начала заболевания; факт присасывания клеща или контакт клеща с кожей, слизистыми оболочками.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела чаще до субфебрильных значений, лихорадка может носить двухволевой характер; симптомы интоксикации выражены слабо;
- 3) Синдром экзантемы – эритема появляется в месте присасывания клеща, представлена пятном или папулой бледно-розового или ярко-красного цвета, размеры которой постепенно увеличиваются по периферии, достигая 3-30 см в диаметре («мигрирующая эритема»), исчезает бесследно;
- 4) Регионарного лимфаденита – увеличение периферических лимфоузлов к месту присасывания клеща;
- 5) Синдром органных поражений – проявляется поражением периферической или центральной нервной системы (серозный менингит, менингоэнцефалит, невриты, полинейропатии), сердечно-сосудистой системы (миокардит), опорно-двигательного аппарата (артриты);
- 6) Синдрома лабораторных данных – обнаружение антител IgM к *Borrelia burgdorferi* s.l. методом ИФА или специфических фрагментов возбудителя методом ПЦР.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. КЛИНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПЕРВОЙ СТАДИИ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) длительная лихорадка
- 2) нарушения сознания
- 3) мигрирующая кольцевидная эритема
- 4) артриты

2. СРЕДИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ КЛЕЩЕВОМ БОРРЕЛИОЗЕ У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЮТ СИМПТОМЫ

- 1) поражения периферической нервной системы
- 2) серозного менингита
- 3) энцефалита
- 4) менингоэнцефалита

3. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВТОРОЙ СТАДИИ КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ОБУСЛОВЛЕНЫ

- 1) способностью возбудителя к экзотоксинообразованию
- 2) внутриклеточным персистированием возбудителя
- 3) диссеминацией возбудителя в различные органы и ткани
- 4) массивным разрушением возбудителя в организме

ОСТРЫЙ СТРЕПТОКОККОВЫЙ ТОНЗИЛЛИТ

Пример клинического диагноза: Острый стрептококковый (БГСА) тонзиллит, неосложненное течение.

Код по МКБ-10:

J03.0 – стрептококковый тонзиллит

J03.9 – острый тонзиллит неуточненный

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным стрептококковой инфекцией любой локализации или подозрительным на него.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела фебрильных значений, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром тонзиллита – оструя боль в горле, небные миндалины ярко гиперемированы, инфильтрированы, отечны, возможно появление экссудата (налетов) белого, грязно-белого или желтого цвета при отсутствии катаральных проявлений;
- 4) Регионарного лимфаденита – увеличение регионарных (подчелюстных и/или переднешейных) периферических лимфоузлов, болезненность их при пальпации;
- 5) Синдрома лабораторных данных – положительный результат экспресс-теста для выявления антигенов стрептококка группы А в мазке с задней стенки глотки или культурального исследования мазка с поверхности небных миндалин.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПОРАЖЕНИЕ РОТОГЛОТКИ ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) наличием «малинового» языка с первого дня болезни
- 2) умеренной разлитой гиперемией слизистой рогоглотки
- 3) наличием налетов на миндалинах
- 4) отсутствием реакции тонзиллярных лимфоузлов

2. ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ПРИ БГСА-ТОНЗИЛЛИТЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) микрополиаденит
- 2) генерализованной лимфоаденопатией
- 3) регионарным лимфаденитом подчелюстных и переднешейных лимфоузлов
- 4) отсутствием реакции тонзиллярных лимфоузлов

3. СТАНДАРТОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БГСА-ИНФЕКЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иммуноферментный анализ
- 2) культуральный метод
- 3) иммунофлюоресцентный метод
- 4) иммунохроматографический метод

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пример клинического диагноза: : Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован.

Код по МКБ-10:

U07.1 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)

U07.2 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны)

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным COVID-19 или подозрительным на него за 14 дней до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела разной интенсивности, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром катарально-респираторный в виде появлений симптомов ринита, негнойного конъюнктивита, фарингита, тонзиллита, ларингита, бронхита;
- 4) Диспепсический синдром – повторная рвота, водянистая диарея;
- 5) Синдром органных поражений - проявляется поражением лёгких (COVID-19-пневмония), перipherической или центральной нервной системы (серозный менингит, менингоэнцефалит, полинейропатии), сердечно-сосудистой системы (миокардит, кардит), опорно-двигательного аппарата (артриты), кожи (полиморфная сыпь) вплоть до развития детского мультисистемного воспалительного синдрома;

6) Синдрома лабораторных данных – положительный результат ПЦР-теста назофарингиальных мазков на SARS-CoV2.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОСНОВНЫМ ВИДОМ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА, ПОДХОДЯЩИМ ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сыворотка крови
- 2) фекалии
- 3) поверхность небных миндалин
- 4) содержимое носоглотки

2. ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ COVID-19 ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) боли в животе
- 2) боль давящего характера в области сердца
- 3) кашель, одышка
- 4) рвота
- 5) помутнение сознания

3. СТАНДАРТОМ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ COVID-19 ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) иммуноферментный анализ
- 2) метод полимеразной цепной реакции
- 3) иммунофлюоресцентный метод (ИФМ)
- 4) иммунохроматографический метод (ИХМ)

ГРИПП

Пример клинического диагноза: Грипп, типичный, средней степени тяжести, неосложненное течение.

Код по МКБ-10:

Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа (J10):

J10.0 – Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован

J10.1 – Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован

J10.8 – Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован

Грипп, вирус не идентифицирован (J11):

J11.0 – Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

J11.1 – Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован

J11.8 – Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным гриппом или подозрительным на него за 48 ч. до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела (типичны фебрильная температура и гипертермия), озноб, головная боль, мышечные или суставные боли, повторная рвота, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром катарально-респираторный проявляется затруднением носового дыхания, скудным слизисто-серозным отделяемым из носа, першением в горле, сухим нечастым, грубым болезненным кашлем (трахеит/трахеобронхит – основное топическое проявление гриппа), умеренной гиперемией ротовой полости, зернистостью и инъекцией мягкого нёба и задней стенки глотки;

- 4) Диспепсический синдром – срыгивания, повторная рвота, водянистая диарея (у детей первых лет жизни);
- 5) Синдром неврологической симптоматики (при тяжелом гриппе) – бред, общемозговые нарушения, нарушение сознания, менингеальные симптомы, судороги;
- 6) Геморрагический синдром проявляется в виде петехиальной сыпи на лице, шее, верхней части туловища, носовых кровотечений.
- 7) Синдрома лабораторных данных – положительный результат ПЦР-теста назофарингиальных мазков на РНК вируса гриппа или иных доступных методов (ИФМ, ИХМ).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПОРАЖЕНИЕ КАКОГО ОТДЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ГРИППА
 - 1) носоглотка
 - 2) горло
 - 3) трехея, бронхи
 - 4) легкие
2. СИНДРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПРИ ГРИППЕ
 - 1) катар верхних дыхательных путей
 - 2) стеноз горлани
 - 3) бронхиолит
 - 4) инфекционный токсикоз
3. ПРИ ГРИППЕ ВОЗМОЖНО ПОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ЭКЗАНТЕМЫ В ВИДЕ СЫПИ
 - 1) пятнисто-папулезной, выступает этапно, оставляет пигментацию
 - 2) пятнистой, выступает одномоментно, исчезает бесследно

- 3) мелкоточечной, выступает этапно, оставляет пигментацию
- 4) геморрагической, выступает одномоментно, исчезает бесследно

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пример клинического диагноза: Менингококковая инфекция, генерализованная форма, менингококкемия тяжелой степени тяжести. Септический шок 2 степени.

Код по МКБ-10:

- А 39.1 – Синдром Уотерхауза-Фридериксена
- А 39.2 – Острая менингококкемия
- А 39.4 – Менингококкемия неуточнённая
- А 39.9 – Менингококковая инфекция неуточнённая
- А 22.3 – Носительство менингококка

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным менингококковой инфекцией или подозрительным на него за 7 дней до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – внезапное повышение температуры тела (типичны фебрильная температура и гипертермия), озноб, головная боль, повторная рвота, слабость, снижение аппетита или отказ от еды;
- 3) Синдром экзантемы – сыпь геморрагическая, неправильной звездчатой формы размером от мелких петехий до крупных экхимозов с некрозом в центре, появляется в конце первого (как правило, через 8-16 часов) или в начале 2-го дня болезни с тенденцией к подсыпанию; наиболее типичная локализация сыпи – дистальные отделы конечностей, ягодицы, боковые поверхности туловища;
- 4) Синдром неврологической симптоматики (при менингококковом менингите) – бред, общемозговые нарушения, нарушение сознания, менингеальные симптомы, судороги;
- 5) Синдром септического шока с синдромом Уотерхауза-Фридериксена (при тяжелых формах менингококковой инфекций с кровоизлиянием в

надпочечники) – нарушение перфузии кожи (мраморность кожи, акроцианоз, похолодание конечностей, пятна гипостатаза, изменение времени наполнения капилляров, снижение показателя SpO₂), снижение артериального давления, отсутствие пульса или пульс слабого наполнения/напряжения на периферических артериях, нарушение ментального статуса, снижение диуреза.

6) Синдрома лабораторных данных – положительный результат культурального исследования на менингококк (носоглоточная слизь, кровь) или выявление ДНК менингококка с помощью ПЦР в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПРИ СИНДРОМЕ УОТЕРХАУЗА-ФРИДЕРИКСЕНА ПРИ МЕНИНГОККОМЕИИ ОБНАРУЖИВАЮТ

- 1) туберкулезные гранулемы
- 2) кровоизлияния в кору надпочечников
- 3) гиперплазию пучковой зоны коры надпочечников
- 4) атрофию коры надпочечников

2. ОСОБЕННОСТЬЮ СИНДРОМА ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ МЕНИНГОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сыпь геморрагического характера с некрозами в центре, появляющаяся на 3-4 день болезни
- 2) сыпь везикулезная с геморрагическим содержимым, появляющаяся в первые сутки болезни
- 3) сыпь геморрагическая с некрозом в центре, располагающаяся на дистальных отделах нижних конечностей
- 4) обильная геморрагическая сыпь с локализацией вокруг крупных суставов

3. МЕНИНГОКОКЦЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) возможным развитием септического шока**
- 2) частым развитием эндокардита**
- 3) благоприятным течением**
- 4) отсутствием интоксикации**

ИНФЕКЦИОННЫЙ МОНОНУКЛЕОЗ

Пример клинического диагноза: Инфекционный мононуклеоз средней степени тяжести, неуточненной этиологии, неосложненное течение.

Код по МКБ-10:

В 27.0 – инфекционный мононуклеоз, вызванный вирусом Эпштейн-Барр

В 27.1 – цитомегаловирусный мононуклеоз

В 27.8 – другой инфекционный мононуклеоз

В 27.9 – инфекционный мононуклеоз неуточнённый

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: постепенное развитие заболевания;
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела от субфебрильной до гектической, сохраняется длительно (1 - 4 нед.).
Заболевание может протекать при нормальной температуре тела;

3) Синдром генерализованной лимфоаденопатии (ГЛАП) – увеличивается более 3-х групп лимфоузлов, чаще шейной группы (заднешейные) до размера куриного яйца к концу первой недели заболевания. Лимфоузлы множественные, располагаются цепочкой по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, плотные, малоболезненные, кожа над ними не изменена, может определяться пастозность окружающей клетчатки шеи (синдром «толстой шеи»). Обратная динамика лимфоузлов замедлена, постепенно уменьшаясь, остаются увеличенными в течение 3-6 недель.

4) Синдром тонзиллита – на фоне разлитой гиперемии определяются увеличение миндалин (могут смыкаться), наложения на миндалинах (налеты беловато-желтоватого цвета располагаются по ходу лакун или покрывают всю

поверхность миндалин, легко снимаются, не оставляя кровоточащей поверхности);

5) Синдром аденоидита – затруднение носового дыхания - дыхание открытым ртом, храпящее дыхание, аеноидный тип лица (лицо пастозное, отёчное, рот приоткрыт);

6) Гепатолиенальный синдром – увеличение размеров печени и селезенки;

7) Синдром нарушения билирубинового обмена – гипербилирубинемия за счет прямой фракции, появление желтушного окрашивания кожи и видимых слизистых.

8) Синдром цитолиза – повышение печеночных трансаминаз (может быть изолированным, без нарушения билирубинового обмена);

9) Синдром экзантемы – сыпь появляется на 3-5-й день болезни, пятнисто-папулезного, мелкоточечного или петехиального характера, сохраняется 1-2 нед., возможна пигментация сыпи, особенно при развитии амоксициллин-индукционной сыпи

10) Синдрома лабораторных данных – лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, появление атипичных мононуклеаров по результатам общеклинического исследования крови; положительный результат ПЦР-теста bukkального эпителия, слюны, крови на ДНК вируса Эпштейна-Барр или иных доступных методов (ИФА, ИХМ).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лимфопролиферативный синдром
- 2) диарея
- 3) судороги

4) гемолитическая желтуха

5) диарейный синдром

2. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) появлением плазматических клеток

2) сдвигом лейкоцитарной формулы влево

3) лейкопения

4) появлением атипичных мононуклеаров с широкой цитоплазмой

5) анемией

3. СИНДРОМ ПОРЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) наличием «малинового» языка

2) острым тонзиллитом

3) герпангиной

4) некротической ангиной

ЭНТЕРОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пример клинического диагноза: Энтеровирусная инфекция: герпангина, экзантема, средней степени тяжести, неосложненное течение.

Код по МКБ-10:

- А 85.0 – энтеровирусный энцефалит
- В 08.4 – энтеровирусный везикулярный стоматит с экзантемой
- В 08.5 – энтеровирусный везикулярный фарингит
- В 30.3 – энтеровирусный геморрагический конъюнктивит
- В 34.1 – энтеровирусная инфекция неуточнённая

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: групповой характер заболевания с однотипными симптомами чаще в летне-осенний период года; контакт с больным, энтеровирусной инфекцией;
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела до фебрильных значений, лихорадка может носить двухволевой характер, длительность 2-4 дней;
- 3) Синдром энантемы (герпангина) – на фоне гиперемии слизистых оболочек ротовоглотки на передних дужках, реже на нёбе, язычке, миндалинах появляются единичные четко отграниченные папулы диаметром 1-2 мм, которые быстро увеличиваются до 5мм, заполняются прозрачной жидкостью (напоминают везикулы при герпетической инфекции); быстро вскрываются, на их месте образуются поверхностные язвочки (эррозии);
- 4) Миалгический синдром – появляются болевые мышечные приступы, обусловленные развитием острого миозита, боли приступообразные, сопровождаются увеличением показателей мышечно-специфических ферментов;

5) Синдром неврологической симптоматики – проявляется поражением периферической или центральной нервной системы (серозный менингит, менингоэнцефалит: общемозговая симптоматика, положительные менингеальные симптомы; невриты, полинейропатии: нарушение двигательных функций, изменение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов, очаговая симптоматика);

6) Синдром экзантемы – сыпь появляется одномоментно на неизмененном фоне кожи, по морфологии пятнистая, пятнисто-папулезная, мелкоточечная, геморрагическая, сохраняется в течение 1-3 дней и исчезает бесследно; «ящуроподобный синдром» - сыпь везикулезного характера с локализацией на коже кистей и стоп, слизистой оболочки полости рта;

7) Синдром органных поражений - проявляется поражением печени (гепатит), сердечно-сосудистой системы (миокардит, кардит), органа зрения (геморрагический конъюнктивит/увеит), желудочно-кишечного тракта (диарея водянистого характера, панкреатит).

8) Синдрома лабораторных данных – обнаружение специфических фрагментов возбудителя методом ПЦР в фекалиях, носоглоточных смывах/мазках.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. СИНДРОМ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) ложным полиморфизмом сыпи
- 2) длительностью высыпаний более 1 недели
- 3) полиморфным характером сыпи
- 4) этапным распространением

2. СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ РОТОГЛОТКИ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) наличием бактериального выпота на небных миндалинах
- 2) герпангиной
- 3) острым тонзиллитом
- 4) некротической ангиной

3. СРЕДИ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ДОМИНИРУЕТ

- 1) поражением периферической нервной системы
- 2) серозным менингитом
- 3) энцефалитом
- 4) менингоэнцефалита

ОСТРАЯ РЕСПИРАТОРНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пример клинического диагноза: Острая респираторная инфекция, ринофарингит.

Код по МКБ-10:

J00 – острый назофарингит

J02 – острый фарингит

J02.9 –острый фарингит неуточненный

J04.0 – острый ларингит

J04.1 – острый трахеит

J04.2 – острый ларинготрахеит

Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации (J 06):

J 06.0 – острый ларингофарингит

J 06.9 – осткая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным ОРИ за 7 дней до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела разной интенсивности, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром катарально-респираторный в зависимости от этиологии ОРИ проявляется ринитом (затруднение носового дыхания, слизисто-серозное отделяемое из носа), тонзиллофарингитом (першние в горле, гиперемия ротовоглотки, зернистость задней стенки глотки, увеличение небных миндалин), ларингитом (изменение тембра голоса, грубый лающий кашель), трахеитом (сухой болезненный кашель), бронхитом (простым или обструктивным), бронхиолитом (малопродуктивный приступообразный кашель, оральные хрипы, обилие влажных мелкопузырчатых хрипов при аускультации легких);

4) Синдромом дыхательной недостаточности – цианоз носогубного треугольника, тахипноэ, одышка (экспираторного характера при бронхиолите и инспираторная – при стенозирующем ларингите/ларинготрахеите), участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, втяжение уступчивых мест грудной клетки, снижение показателя SpO₂.

5) Синдрома лабораторных данных – положительный результат ПЦР-теста назофарингиальных мазков на РНК, ДНК респираторных вирусов или иных доступных методов (ИФМ, ИХМ) - необязательный критерий постановки диагноза.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИНДРОМ РС-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- 1) катар верхних дыхательных путей
- 2) стеноз гортани
- 3) бронхиолит
- 4) очаговая пневмония

2. ОСНОВНОЙ СИНДРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПРИ БРОНХИОЛИТЕ

- 1) интоксикации
- 2) дегидратация
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) неврологическая симптоматика

3. ОСНОВНОЙ СИНДРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПАРАГРИППЕ

- 1) стеноз гортани
- 2) отек головного мозга
- 3) геморрагический синдром
- 4) судорожный синдром

ОСТРЫЙ ИНФЕКЦИОННЫЙ ГАСТРОЭНТЕРИТ

Пример клинического диагноза: Острый инфекционный гастроэнтерит неуточненной этиологии, средней степени тяжести.

Код по МКБ-10:

- А02 Другие сальмонеллезные инфекции
- А03 Шигеллез
- А05 Другие бактериальные пищевые отравления
- А08.0 – ротавирусный энтерит
- А08.0 – острая гастроэнтеропатия, вызванная Норовирусом
- А08.3 – другие вирусные энтериты
- А08.4 – вирусная кишечная инфекция неуточненная
- А09 – другой гастроэнтерит и колит инфекционного и неуточненного происхождения

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным острой кишечной инфекцией за 7 дней до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела разной интенсивности, снижение аппетита, слабость, вялость;
- 3) Диспепсический синдром в виде: гастроэнтерита при ОКИ вирусной этиологии (боли и ощущение тяжести в эпигастральной области, тошнота, повторная или многократная рвота, не локализованные боли в животе постоянные или периодически повторяющиеся, самостоятельные или возникающие при пальпации, жидкий обильный, водянистый, пенистый стул с непереваренными комочками пищи, небольшим количеством прозрачной слизи), энтероколита при ОКИ бактериальной этиологии (боли по ходу толстого кишечника самостоятельные или возникающие при пальпации,

постоянные или периодически повторяющиеся, обильный жидкий каловый или бескаловый скудный стул с примесью мутной слизи, зелени и крови);

4) Синдромом дегидратации – сухость кожи и/или видимых слизистых, снижение тургора мягких тканей, снижение диуреза;

5) Синдрома лабораторных данных – положительный результат культурального исследования фекалий или ПЦР-теста фекалий на РНК, ДНК диареогенных вирусов или иных доступных методов (ИФА).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) гемоколит
- 2) энтероколит
- 3) гастроэнтероколит
- 4) энтерит

2. ОСНОВНОЙ СИНДРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГАСТРОЭНТЕРИТЕ

- 1) интоксикация
- 2) дегидратация
- 3) дыхательная недостаточность
- 4) неврологическая симптоматика

3. СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЯХ

- 1) гемоколит
- 2) гастрит
- 3) гастроэнтероколит
- 4) энтерит

ВЕТРЯНАЯ ОСПА

Пример клинического диагноза: Ветряная оспа, типичная, средней степени тяжести, период высыпаний, неосложненное течение (B 01.9).

Код по МКБ-10:

- В 01.0 – ветряная оспа с менингитом
- В 01.1 – ветряная оспа с энцефалитом
- В 01.2 – ветряная оспа с пневмонией
- В 01.8 – ветряная оспа с другими осложнениями
- В 01.9 – ветряная оспа без осложнений

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным ветряной оспой в течение 21 дня до начала заболевания.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела разной степени выраженности, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром экзантемы – появление высыпаний на всех участках кожи, включая волосистую часть головы, проходящих стадии развития – пятно, папула, везикула, корочка; характерен полиморфизм сыпи; толчкообразное подсыпание в течение нескольких дней;
- 4) Синдрома лабораторных данных – рутинно не применяется, диагноз устанавливается по клиническим данным, к лабораторным тестам прибегают в сомнительных случаях с помощью ПЦР для обнаружения ДНК вируса в крови или соскобах с основания ветряночного элемента

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ЭКЗАНТЕМЫ ПРИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЕ

1) последовательность развития элементов экзантемы (пятно – папула – везикула – корочка)

2) элементы сыпи представлены пустулами

3) формируются многокамерные везикулы

4) пигментация не характерна

ОСТРЫЙ ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ

Пример клинического диагноза: Острый вялый паралич.

Код по МКБ-10:

G 56 – мооневропатии верхних конечностей

G 57 – мооневропатии нижних конечностей

G 61 – воспалительная полиневропатия

G 61.0 – синдром Гийена-Барре

G 61.8 – другие воспалительные полиневропатии

G 61.9 – воспалительные полиневропатии неуточненные

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: инфекционный анамнез может отсутствовать, заболеванию часто предшествуют ОРИ, ОКИ. Диагноз устанавливается чаще для детей в возрасте до 15 лет.
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела чаще до субфебрильных значений, слабость, снижение аппетита;
- 3) Синдром неврологической симптоматики – нарушение или отсутствие активных двигательных движений (объёма, силы, быстроты) в одной или нескольких конечностях преимущественно в нижних (вялый нижний парез или паралич/параплегия), снижение/отсутствие сухожильных рефлексов с нижних конечностей, снижение мышечного тонуса или атония;
- 4) Синдрома лабораторных данных – рутинно в амбулаторно-поликлинических условиях не применяется, лабораторный и инструментальный спектр исследований осуществляется в стационарных условиях.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ДЛЯ СИНДРОМА ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА
ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ

1. мышечный гипотонус
2. мышечный гипертонус
3. гипорефлексия
4. атрофия

2. КАК ОСТРЫЙ ВЯЛЫЙ ПАРАЛИЧ НЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

1. миелит
2. травматическая нейропатия, опухоль спинного мозга с клиникой вялого паралича
3. парезы/параличи мимической мускулатуры
4. полиомиелит

3. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ВЯЛОМ ПАРАЛИЧЕ, ПРИЧИНОЙ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПОЛИОВИРУС

1. не характерно
2. отмечается по периферическому типу
3. отмечается по центральному типу
4. отмечается по спинальному типу

ГЕПАТИТ

Пример клинического диагноза: Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести.

Код по МКБ-10:

B16 – острый гепатит А

B19 – вирусный гепатит неуточненный

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных: контакт с больным вирусным гепатитом А или подозрительным на это заболевание за 15–30 дней до начала заболевания;

2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела от субфебрильных до фебрильных значений, который может сочетаться с катаральным синдромом верхних дыхательных путей, диспептическим синдромом (боли в животе различного характера с локализацией в эпигастрии и/или в правом подреберье);

3) Синдром нарушения билирубинового обмена – гипербилирубинемия за счет прямой фракции, появление желтушного окрашивания кожи и видимых слизистых, обесцвечивание кала и потемнение мочи, выявление желчных пигментов и уробилина в моче, исчезновение стеркобилина и стеркобилиногена в кале;

4) Синдром гепатомегалии – увеличение размеров печени, печень уплотнена и умеренно болезненная при пальпации;

5) Синдром цитолиза – повышение печеночных трансаминаз (уровень повышения аланинаминотрансферазы превалирует над аспартатаминотрансферазой);

6) Синдром холестаза (гипербилирубинемия за счет прямой фракции билирубина, повышение уровня ГГТП, щелочной фосфатазы, холестерина в сыворотке крови);

- 7) Мезенхимально-воспалительный синдром (повышение концентрации общего белка, β - и γ -глобулинов, IgA, IgG, IgM);
- 8) Синдрома лабораторных данных – обнаружение антител IgM к вирусу гепатита А методом ИФА.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1. повышение билирубина и щелочной фосфатазы
 2. повышение АЛТ
 3. повышение тимоловой пробы и снижение сулемовой
 4. повышение β -липопротеидов и холестерина
2. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ
1. цитолиз
 2. холестаз
 3. мезенхимально-воспалительный
 4. ДВС-синдром
3. ПРИЗНАКАМИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЮТСЯ
1. увеличение АЛТ и снижение холестерина крови
 2. повышение β -липопротеидов и холестерина
 3. снижение протромбинового индекса
 4. повышение билирубина и АЛТ

КОКЛЮШ

Пример клинического диагноза: Коклюш, средней степени тяжести, период спазматического кашля.

Код по МКБ-10:

A37.0 – коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*

A37.1 – коклюш, вызванный *Bordetella parapertussis*

A37.8 – коклюш, вызванный другим уточненным возбудителем вида *Bordetella*

A37.9 – коклюш неуточненный.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: контакт с больным коклюшем или подозрительным на это заболевание (длительно кашляющее окружение), отсутствие вакцинации или неполная вакцинация против коклюша;
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела до субфебрильных значений, симптомы интоксикации слабо выражены или отсутствуют;
- 3) Синдром спазматического кашля – сухой навязчивый, постепенно усиливающийся ко 2-ой недели заболевания кашель, торpidный к проводимой симптоматической терапии, нарастающий в динамике с переходом в приступообразный, судорожный кашель, сопровождающийся свистящим вдохом через спазмированную голосовую щель (реприз), рвотой после кашля или отхождением вязкой стекловидной мокроты, возможны эпизоды апноэ, надрыв уздечки языка (патогномоничный симптом заболевания);
- 4) Геморрагический синдром – кровоизлияния в склеры, петехиальная сыпь на коже лица, верхнего плечевого пояса, при тяжелом течении возможно субарахноидальное кровоизлияние;

- 5) Синдром локальной симптоматики – обилие крупно- и среднепузырчатых влажных хрипов в легких при аусcultации, уменьшающиеся или исчезающие после приступа кашля;
- 6) Синдром кислородной недостаточности (при тяжелых формах) – постоянный периоральный цианоз, акроцианоз, цианоз лица, бледность кожи;
- 7) Неврологической симптоматики (при тяжелых формах) – нарушение сознания, судороги;
- 8) Синдрома лабораторных данных – лейкоцитоз за счет лимфоцитоза на фоне нормального уровня скорости оседания эритроцитов (СОЭ), обнаружение специфического фрагмента генома (*Bordetella pertussis* *Bordetella parapertussis* *Bordetella bronchiseptica*) методом ПЦР при исследовании слизи задней стенки глотки или носоглотки (мазок из зева).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ СИМПТОМ ДЛЯ КОКЛЮША
 - 1) носовое кровотечение
 - 2) кровоизлияние в клетчатку глазниц
 - 3) надрыв уздечки языка
 - 4) наличие реприз
2. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПЕРИОДА РАЗГАРА КОКЛЮША ХАРАКТЕРНО
 - 1) приступообразный кашель
 - 2) лающий кашель
 - 3) сухой редкий кашель
 - 4) толькоочные приступы кашля
3. СИНДРОМ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ КОКЛЮШЕ
 1. не характерен
 2. отмечается в катаральном периоде

3. отмечается в период спазматического кашля
4. сохраняется в периоде реконвалесценции

ЭКЗАНТЕМА

Пример клинического диагноза: Внезапная экзантема, вызванная первичным инфицированием вирусом герпеса 6 типа, легкой степени, неосложненное течение.

Код по МКБ-10:

B08.2 – экзантема внезапная (шестая болезнь)

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: инфекционный анамнез может отсутствовать, как правило источником заражения младенцев становится тесно контактирующие с ними взрослые, носители вируса герпеса 6 типа, инфекция встречается преимущественно у младенцев 6-18 месяцев жизни;
- 2) Синдром интоксикации – повышение температуры тела разной интенсивности, часто фебрильная, сохраняется 3-5 дней при умеренно выраженных симптомах интоксикации или их отсутствии;
- 3) Синдром экзантемы – в течение 24 ч. после спада температуры на коже лица, шеи и туловища появляется сыпь эритематозно- пятнистая или пятнисто-папулезная, сыпь яркая, сохраняется в течение 3-4 дней и проходит самостоятельно;
- 4) Гепатосplenомегалии – кратковременное увеличение размеров печени и селезенки;
- 5) Респираторно-катаральный синдром – умеренная разлитая гиперемия небных миндалин, задней стенки глотки, выпот на миндалинах не характерен;
- 6) Синдрома лимфоаденопатии – незначительное увеличение периферических лимфоузлов, чаще шейных и затылочных;
- 7) Синдрома лабораторных данных – лейкопения, тромбоцитопения, могут выявляться атипичные мононуклеары.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ВНЕЗАПНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ

- 1) пятнисто-папулезная, выступает этапно, оставляет пигментацию
- 2) пятнистая, выступает одномоментно, исчезает бесследно
- 3) мелкоточечная, выступает этапно, оставляет пигментацию
- 4) розеолезная, возникает через 24 часа после лихорадки, исчезает бесследно

2. К СОПУТСВУЮЩИМ СИНДРОМАМ ПРИ ВНЕЗАПНОЙ ЭКЗАНТЕМЕ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) катаральный
- 2) судорожный
- 3) лимфопролиферативный
- 4) геморрагический

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ

Пример формулировки диагноза: Детский церебральный паралич: двойная спастическая гемиплегия, GMFCS V уровень.

Код по МКБ10: G80.0 - Спастический церебральный паралич

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: неблагоприятное течение периода беременности и родов;
- 2) Синдрома двигательных нарушений - непрогрессирующее повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в верхних и нижних конечностях, патологические стопные знаки, патологические тонические рефлексы (лабиринтно-тонический, симметричный шейный тонический, асимметричный шейный тонический), усиливающиеся при перемене положения тела, при вертикализации пациента, патологические синкинезии при совершении произвольных движений;
- 3) Синдрома задержки моторного развития - поздно начинают держать голову, сидеть, стоять, ходить;
- 4) Синдрома инструментальных данных (магнито-резонансная томография головного мозга (МРТ), компьютерная томография головного мозга (КТ) – наличие/отсутствие структурных и/или ликвородинамических нарушений, офтальмоскопия – наличие/ отсутствие признаков внутричерепной гипертензии/атрофии зрительного нерва).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ:

2. инфекциями нервной системы
3. опухолями нервной системы
4. наследственными заболеваниями
5. сосудистыми заболеваниями нервной системы
6. травмами нервной системы

2. ДЛЯ СПАСТИЧЕСКИХ ФОРМ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО
ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНО:

1. высокий мышечный тонус
2. фасцикуляции
3. гиперкинезы
4. низкие сухожильные рефлексы
5. атрофии

3. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
ДВОЙНОЙ ГЕМИПЛЕГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО
ПАРАЛИЧА:

1. высокий мышечный тонус в конечностях
2. низкий тонус мышц в конечностях
3. фасцикуляции
4. отсутствие сухожильных рефлексов

ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ

Пример формулировки диагноза: Острая демиелинизирующая полинейропатия. Синдром Гийена-Барре.

Код по МКБ10: G61.0 Синдром Гийена-Барре

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамnestических данных – нормальное физическое и моторное развитие до начала заболевания, перенесенное накануне инфекционное заболевание, переохлаждение или профилактическая вакцинация;

2) Синдрома двигательных нарушений – прогрессирующее течение по восходящему типу, наличие мышечной слабости, гипо/атония, снижение/отсутствие сухожильных рефлексов в верхних и/или нижних конечностях, симметричный характер распределения;

3) Синдрома чувствительных нарушений – снижение/отсутствие поверхностной и глубокой чувствительности по типу «перчаток» и «носков», наличие болей, парестезий и дизестезий в верхних и/или нижних конечностях, сенситивная атаксия;

4) Синдрома бульбарных нарушений – нарушение глотания, изменение тембра голоса, вовлечение вспомогательной мускулатуры в акт дыхания;

5) Синдрома вегетативных нарушений – лабильность АД, аритмия, вазомоторные симптомы;

6) Синдрома лабораторных данных – люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости – отсутствие воспалительных изменений, белково-клеточная диссоциация;

7) Синдрома данных функционального обследования (электронейромиография (ЭНМГ) – признаки демиелинизации и/или аксонального поражения периферических нервов).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1.КАКОЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ ГИЙЕНА – БАРРЕ:

1. поражение черепных нервов и вялые параличи нижних конечностей
2. выраженные тазовые расстройства
3. гемианестезия
4. спастические парезы
5. расстройства чувствительности

2.НЕПОСРЕДСТВЕННОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ СИНДРОМЕ ГИЙЕНА–БАРРЕ МОЖЕТ СТАТЬ:

1. вялый тетрапарез
2. дыхательные расстройства в связи с парезом диафрагмы и межрёберных мышц
3. бульбарный синдром
4. глазодвигательные нарушения
5. эпилептический статус

3.ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОКСИМАЛЬНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАРЕЗОВ И ПАРАЛИЧЕЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

1. полирадикулоневропатии
2. неврита
3. полиомиелита
4. миелита
5. опухоли спинного мозга

ПЕРИНАТАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Пример формулировки диагноза: Перинатальное поражение центральной нервной системы гипоксически-ишемического генеза, поздний восстановительный период. Синдром мышечного гипертонуса. Задержка психо-моторного развития.

Код по МКБ10:

P91.1 - Перивентрикулярные кисты (приобретенные) у новорожденного (до 42 недели постконцептуального возраста)

P91.2 - Церебральная лейкомалияция у новорожденного (до 42 недели постконцептуального возраста)

P91.8 - Другие уточненные нарушения со стороны мозга у новорожденного

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных – сочетание неблагоприятных перинатальных факторов риска;

2) Синдрома двигательных нарушений - повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов в конечностях, несвоевременная редукция безусловных рефлексов и задержка формирования установочных реакций, наличие патологических рефлексов;

3) Синдрома задержки психо-моторного развития – позднее приобретение навыков коммуникации, удержания головы, сидения, стояния, ходьбы либо отсутствие вертикализации;

4) Синдрома инструментальных данных (НСГ, КТ, МРТ головного мозга – структурные и/или ликвородинамические/ нарушения/морфофункциональная незрелость; офтальмоскопия – признаки внутричерепной гипертензии/ атрофии зрительного нерва/незрелость сетчатки);

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ВЫБЕРИТЕ СИМПТОМ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНОЙ ВОЗБУДИМОСТИ:

1. повышение двигательной активности
2. мышечная гипотония
3. угнетение безусловных рефлексов
4. снижение двигательной активности
5. гиподинамия

2. ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ИМЕЮТ:

1. клиническую общность
2. общность только по времени воздействия повреждающего фактора
3. только этиологическую общность
4. общность этиологии и времени повреждения
5. однотипность течения

3. ГДЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ:

1. в парасагиттальной области
2. в стволе
3. в субкортикальном слое
4. в гипоталамусе
5. в перивентрикулярном белом веществе

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ МЕНИНГИТ

Пример формулировки диагноза: Острый гнойный менингит средней степени тяжести неуточненной этиологии

Код по МКБ10: G00.9 Бактериальный менингит неуточненный

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных – острое начало заболевания;
- 2) Общеинфекционного синдрома – вялость, слабость, снижение аппетита, отказ от груди, фебрильная либо гектическая лихорадка, резистентная к антипиретикам, могут быть катаральные и диспептические явления;
- 3) Синдрома общемозговой симптоматики – резкое беспокойство, «мозговой» крик, выбухание большого родничка, выраженная распирающая головная боль, гиперстезия, повторная рвота «фонтаном», не связанная с приемом пищи (либо обильные срыгивания), нарушение сознания
- 4) Менингеального синдрома – наличие ригидности мышц затылка, запрокидывание головы кзади, менингеальная поза, (+) симптомы Кернига, Брудзинского (верхний, средний, нижний, Лессажа (у грудных детей));
- 5) Синдрома лабораторных данных (гемограмма – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ; исследование цереброспинальной жидкости – нейтрофильный плеоцитоз, клеточно-белковая диссоциация, повышение давления ЦСЖ, бактериологическое исследование ЦСЖ, ПЦР крови, ЦСЖ – диагностический поиск возбудителя);

6) Синдрома инструментальных данных (НСГ, КТ, МРТ головного мозга – возможны интракраниальные осложнения; офтальмоскопия – признаки внутричерепной гипертензии).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1.КАКОЙ СИМПТОМ ОТНОСЯТСЯ К МЕНИНГЕАЛЬНЫМ?

1. Ригидность мышц затылка
2. Симптом Нери
3. Симптом Кернига
4. Симптом Вассермана
5. Симптом Ласега

2.КАКОЙ СИМПТОМ ОТНОСИТСЯ К ОБЩЕМОЗГОВЫМ?

1. головная боль
2. фокальные судороги
3. параличи и парезы
4. плеоциотоз
5. нарушение сна

3.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛИКВОРЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ГНОЙНЫХ МЕНИНГИТАХ?

1. Белково-клеточная диссоциация
2. Эритроциты
3. Нейтрофильный плеоцитоз
4. Повышение сахара
5. Низкое давление ликвора

ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Пример формулировки диагноза: Синдром вегетативной дисфункции. Синкопальное состояние.

Код по МКБ10: G 90.8.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: головные боли, несистемное головокружение, «мушки перед глазами» при переходе из горизонтального положения в вертикальное.
- 2) Синдрома вегетативных нарушений: изменение окраски и температуры кожи, брадикардия (тахипноэ), артериальная гипертензии (гипотензия).
- 3) Синдрома инструментальных данных: отсутствие признаков органического поражения при проведении МРТ головного мозга, при офтальмоскопии возможно выявление ангиопатии сетчатки.
- 4) Синдрома данных функционального обследования: отсутствие признаков органического поражения при проведении обследования (ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ, АД).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПРИ ГЛУБОКОМ ОБМОРОКЕ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ:

1. тоническое напряжение мышц

2. резкая брадикардия
3. тризм
4. миоклонии

2. УКАЖИТЕ ВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СЕГМЕНТА СПИННОГО МОЗГА НА УРОВНЕ L1-L3:

1. периферические парезы
2. центральные парезы
3. проводниковый тип нарушения чувствительности
4. сегментарный тип нарушения чувствительности
5. нарушение функции тазовых органов по периферическому типу

3. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЮТ:

1. вегетативные пароксизмы
2. сегментарные вегетативные нарушения
3. нарушения чувствительности
4. эпилептические приступы

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ

Пример формулировки диагноза: Фебрильные судороги.

Код по МКБ10: R 56.0.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании

1) Анамнестических данных: возраст детей до 5 лет, генерализованные судороги при повышение температуры более 38,5 градусов, продолжительностью не более 10 мин, отсутствие признаков органического поражения нервной системы, нормальное нервно-психическое развитие.

2) Синдрома инструментальных данных: отсутствие признаков органического поражения при проведении нейровизуализации (НСГ, МРТ головного мозга), офтальмоскопии.

3) Синдрома данных функционального обследования: отсутствие патологических изменений при регистрации ЭЭГ в межприступном периоде.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1.ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ФЕБРИЛЬНЫХ СУДОРОГАХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. лumbальная пункция
2. введение пиридоксина
3. снижение температуры
4. введение раствора глюкозы

2.В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ САМОЙ ЧАСТОЙ ПРИЧНОЙ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. недостаток пиридоксина (витамина В6)
2. недостаток кальция пантотената (витамина В5)
3. недостаток фолиевой кислоты (витамина В12)
4. повышение температуры выше 38,5 градусов

3. ТИПИЧНЫЕ ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ ПРОЯВЛЯЮТСЯ:

1. генерализованными судорогами с нарушением сознания
2. фокальными судорогами без утраты сознания
3. фокальными судорогами с утратой сознания
4. абсансами

ЭПИЛЕПСИЯ

Пример формулировки диагноза: Генетическая генерализованная эпилепсия. Абсансы 10 раз в час.

Код по МКБ10: G 40.3.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: внезапные повторные кратковременные (до 10-15 секунд) эпизоды в виде «внезапного отключения», с остановкой взора, остановкой движения и следующей амнезией; нормальное нервно-психическое развитие ребёнка.
- 2) Синдрома инструментальных данных: отсутствие признаков органического поражения при проведении МРТ головного мозга.
- 3) Синдрома данных функционального обследования: ЭЭГ – регистрация первично-генерализованной эпилептиформной активности, паттерн приступа – генерализования активность острая-медленная волна с частотой 3 Гц в сек.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. УКАЖИТЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ:

1. адверсивные приступы
2. абсансы
3. джексоновская эпилепсия
4. симпато-адреналовый и вагоинсулярный пароксизмы

2. У БОЛЬНОГО ОТМЕЧАЮТСЯ СУДОРОГИ В ЛЕВОЙ НОГЕ, КОТОРЫЕ РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ НА ЛЕВУЮ РУКУ И ПОЛОВИНУ ЛИЦА. ГДЕ ОЧАГ ПОРАЖЕНИЯ:

1. правая передняя центральная извилина
2. левая передняя центральная извилина
3. правая постцентральная извилина
4. левая постцентральная извилина
5. правая височная доля

3. УКАЖИТЕ ПРИЧИНУ СТРУКТУРНОЙ ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ:

1. нарушение обмена пиридоксина
2. аутоиммунный энцефалит
3. черепно-мозговая травма
4. сахарный диабет

ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Пример формулировки диагноза: Эпилептический статус.

Код по МКБ10: G 41.0.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

- 1) Анамнестических данных: внезапный приступ с потерей сознания, судорогами (фокальными или генерализованными) продолжительностью более 10 мин, или повторные приступы между которыми пациент не приходит в сознание. Возможны указания на погрешность в приеме противоэпилептического препарата.
- 2) Синдрома данных функционального обследования: ЭЭГ – регистрация эпилептиформной активности (первично-генерализованной, вторично-генерализованной или фокальной) в момент пароксизмального события.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. УКАЖИТЕ ФАКТОР, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА:

1. прием больших доз противосудорожных средств
2. длительный сон
3. нарушение регулярности приема антikonвульсантов
4. нарушение обмена меди
5. сенсибилизация организма

2. УКАЖИТЕ, КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЖЕТ ПОДТВЕРДИТЬ ДИАГНОЗ ЭПИЛЕПСИИ:

1. компьютерная томография мозга
2. пневмоэнцефалография
3. радиоизотопное исследование
4. электроэнцефалография
5. эхоэнцефалоскопия

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СТАТУСА ОСНОВНОЕ ВНИМАНИЕ УДЕЛЯЮТ:

1. противосудорожной терапии
2. дегидратации
3. этиотропной и патогенетической терапии основного заболевания
4. коррекции вне - и внутричерепного гомеостаза
5. симптоматической терапии

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

Пример формулировки диагноза: Основной: ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки, перегородки, верхушки с переходом на боковую стенку, острая стадия. Осложнения: Острая сердечная недостаточность по Killip IV класс. Кардиогенный шок. Отек легких. Фоновый диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск IV (ИБС)

Код по МКБ10: I21.0

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Синдрома ангинозных болей – интенсивные давящие, сжимающие боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина, с иррадиацией в левую руку, под левую лопатку, сопровождающиеся выраженной одышкой, чувством нехватки воздуха, потливостью, двигательным беспокойством.
2. Синдрома электрокардиографических изменений.
3. Синдром острой левожелудочковой недостаточности – кожные покровы влажные, покрыты холодным липким потом, с землистым оттенком, акроцианоз. Аусcultативно: тоны сердца приглушены, тахикардия, гипотония, диурез снижен.
4. Синдром артериальной гипертензии (в анамнезе).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) трамадол

2) промедол

3) анальгин

4) морфин

5) фентанил

2. КАКОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ДЛЯ ПРОГНОЗА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ПЕРВЫЕ 12 ЧАСОВ

1) фибринолитическая терапия

2) коронарография с ангиопластикой

3) гепаринотерапия

4) комбинированная дезагрегантная терапия

5) аортокоронарное шунтирование

3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИСТИННОГО КАРДИОГЕННОГО ШОКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) обширное повреждение левого желудочка – 40% и более

2) разрыв межжелудочковой перегородки

3) отрыв сосочковых мышц

4) инфаркт правого желудочка

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Пример формулировки диагноза: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени. Риск III (атеросклероз). Осложнения: Осложненный гипертонический криз. Острая гипертоническая энцефалопатия

Код по МКБ10: I11.9

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных.
2. Синдрома артериальной гипертензии – резкое повышение артериального давления.
3. Синдрома выраженной общемозговой церебральной недостаточности – интенсивные головные боли разлитого характера, сопровождающиеся тошнотой, многократной рвотой, не приносящей облегчения.
4. Синдрома электрокардиографических изменений.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) отек легких
 - 2) тромбоэмболия легочной артерии
 - 3) кардиогенный шок
 - 4) острая правожелудочковая недостаточность
2. ДЛЯ КЛИНИКИ НЕОСЛОЖНЕННОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) головная боль, тошнота, учащенное сердцебиение
- 2) боли за грудиной, одышка, бледность кожных покровов
- 3) слабость в конечностях, нарушение речи
- 4) потеря сознания, судорожный синдром

3. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОГО
ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА ПРИМЕНЯЮТ

- 1) нитроглицерин
- 2) дигоксин
- 3) каптоприл
- 4) валидол
- 5) клопидогрел

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Пример формулировки диагноза: Тромбоэмболия легочной артерии, субмассивная. Осложнения: Острая дыхательная недостаточность. Легочная гипертензия. Острая правожелудочковая недостаточность. Инфаркт легкого правого легкого. Фоновый диагноз: Тромбофлебит глубоких вен правой голени.

Код по МКБ10: I26.0

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных.
2. Синдрома острой дыхательной недостаточности – резко возникшая одышка, тахипноэ, снижение показателя сатурации.
3. Синдрома острой правожелудочковой недостаточности – акцент II тона над легочной артерией, легочная гипертензия, одышка.
4. Синдрома электрокардиографических изменений.
5. Синдром местных изменений со стороны дыхательной системы – голосовое дрожание усилено в нижних отделах правой половины грудной клетки, здесь же отмечается притупление перкуторного звука и ослабление везикулярного дыхания.
6. Синдром рентгенологических изменений – в прямой проекции в области нижней доли правого легкого выявлен участок затемнения легочной ткани в виде треугольника вершиной, обращенной к корню легкого.
7. Синдром объективных данных, свидетельствующих о тромбофлебите глубоких вен голени – боль, отек и гиперемия правой голени.

8. Синдром лабораторных данных – повышение уровня D-димера.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ТЭЛА

- 1) тромбоз тазовых вен
- 2) тромбоз венозного сплетения предстательной железы
- 3) тромбоз в правом предсердии
- 4) тромбоз вен нижних конечностей
- 5) тромбоз вен верхних конечностей

2. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕБОТРОМБОЗА ГОЛЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперемия кожных покровов голени
- 2) асимметрия голеней более 1 см
- 3) ультразвуковые признаки фиброзной бляшки подколенной артерии
- 4) высокое пульсовое давление
- 5) гангрена конечности

3. ДЛЯ ЭТИОТРОПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) антибактериальная терапия
- 2) фибринолитическая терапия
- 3) антигипертензивная терапия
- 4) гемостатическая терапия

ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Пример формулировки диагноза: Хроническая обструктивная болезнь легких, смешанный вариант, обострение. Осложнения: Хроническая дыхательная недостаточность. Хроническое легочное сердце. Хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность, ХСН ПА, III ф. кл

Код по МКБ10: J44.0

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных.
2. Синдрома бронхиальной обструкции – при аусcultации выслушиваются сухие хрипы.
3. Бронхитический синдром – кашель с отделением мокроты.
4. Синдрома хронической дыхательной недостаточности – диффузный цианоз, одышка в покое, усиливающаяся при минимальной физической нагрузке, тахипноэ, снижение сатурации крови.
5. Синдрома хронического легочного сердца – расширение границ сердца вправо, легочная гипертензия, акцент II тона над легочной артерией, набухание шейных вен, пульсация в эпигастральной области, гепатомегалия, отеки нижних конечностей, олигоанурия.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ХОБЛ
 - 1) рентгенография легких

- 2) спирометрия
- 3) общий анализ мокроты
- 4) Эхокардиография
- 5) ЭКГ

2. ХАРАКТЕР ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ

- 1) экспираторная
- 2) инспираторная
- 3) смешанная

3. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ХОБЛ ЛЕЖИТ:

- 1) бронхоспазм
- 2) склероз и ремоделирование стенки бронхов
- 3) образование «слизистых пробок»
- 4) все вышеперечисленное

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИП

Пример формулировки диагноза: Сахарный диабет, 2 тип, декомпенсация. Осложнения: Гипогликемическая кома

Код по МКБ10: E10.0

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1. Анамнестических данных.
2. Синдрома лабораторных данных, свидетельствующих о гипогликемии – уровень глюкозы крови.
3. Синдром выраженной церебральной недостаточности – отсутствие сознания.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. НАЗОВИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛИКЕМИИ НАТОЩАК

- 1) 2,2-5,5 ммоль/л
- 2) 4,4-6,6 ммоль/л
- 3) 3,3-5,5 ммоль/л
- 4) 3,3-6,1 ммоль/л

2. НАЗОВИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ

- 1) гипергликемия
- 2) гипогликемия
- 3) кетонурия

4) глюкозурия

3. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ СД 1 ТИПА

1) в молодом

2) в пожилом

РОДЫ. ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Пример формулировки диагноза: 1 период родов на 37 неделе беременности. Преэклампсия тяжелой степени

Код по МКБ10:

О14 Преэклампсия.

О14.0 Преэклампсия умеренная.

О14.1 Тяжелая преэклампсия

О15.1 Эклампсия в родах

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) *Анамнестических данных:*

- дата последней нормальной менструации, дата шевеления плода, когда и каким методом диагностирована беременность, состоит на учете по беременности;

- наличие факторов риска для развития преэклампсии (ПЭ) – наиболее значимый: указание на раннюю и/или тяжелую ПЭ в анамнезе; другие: хроническая артериальная гипертензия, многоплодие, сахарный диабет, ожирение, антифосфолипидный синдром, беременность после вспомогательных репродуктивных технологий, поздний репродуктивный возраст, семейный анамнез ПЭ, продолжительность половой жизни до беременности менее 6 месяцев, первая беременность, хронические заболевания почек, заболевания соединительной ткани, мутация фактора Лейдена;

- анализ результатов наблюдения в индивидуальной карте беременной – динамика АД, веса, ОЖ, ВДМ.

2) *Симптомокомплекса начавшихся родов*

- регулярные схватки (каждые 5 минут в течение более 1 часа)
- структурные изменения шейки матки (сглаживание и раскрытие)

3) *Симптомокомплекса преэклампсии*

ПЭ - осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

Протеинурия $> 0,3$ г/сутки или $> 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, > 5 г/сутки или > 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Умеренная преэклампсия (ПЭ) – осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией $\geq 0,3$ г в сутки или $\geq 0,3$ г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час.

Тяжелая ПЭ – осложнение беременности, родов и послеродового периода, характеризующееся повышением после 20-й недели беременности САД ≥ 160 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт. ст. независимо от уровня АД в анамнезе в сочетании с протеинурией ≥ 5 г в сутки или ≥ 3 г/л в 2-х порциях мочи, взятых с интервалом в 6 час, или хотя бы одним другим параметром, свидетельствующим о присоединении полиорганной недостаточности.

4) *Синдрома полиорганной недостаточности* (характерен для тяжелой ПЭ):

- олигурия < 500 мл/сутки (< 30 мл/ч)

- неврологические (церебральные) симптомы: головная боль, нарушение зрения вследствие отека зрительного нерва
 - диспептические расстройства: тошнота, рвота +/-
 - боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте
 - тромбоцитопения $< 50\ 000/\text{мкл}$
 - отек легких/цианоз
 - генерализованные отеки (особенно внезапно появившиеся)
 - повышение АЛТ, АСТ в крови $\geq 40\ \text{МЕ/л}$
 - гемолиз в периферической крови
 - задержка роста плода (ЗРП)
 - острый дистресс плода.

5) *Симптомокомплексов эклампсии*

Эклампсия – серия судорог, сначала тонических, а затем клонических, которые, как правило, возникают на фоне тяжелой ПЭ при отсутствии других причин.

Предвестники эклампсии у беременной с ПЭ: появление неврологической симптоматики, нарастание головной боли, нарушения зрения, боли в эпигастрии и в правом подреберье, периодически наступающий цианоз лица, парестезии нижних конечностей, боли в животе и нижних конечностях без четкой локализации, одышка, возбужденное состояние или, наоборот, сонливость, затрудненное носовое дыхание, покашливание, сухой кашель, слюнотечение, боли за грудиной.

5) *Физикального обследования*

- измерение артериального давления (АД) – гипертензия при $\text{АД} \geq 140/90\ \text{мм рт ст};$
 - оценка кожных покровов на наличие отеков;
 - определение продолжительности, частоты и регулярности маточных сокращений с целью оценки наличия и характера родовой деятельности, периода и фазы родов и определения тактики ведения родов;

- определить частоту сердечных сокращений (ЧСС) плода (проводить аусcultацию плода) при помощи акушерского стетоскопа или фетального допплера после схватки в течение не менее 1 минуты одновременно с определением ЧСС пациентки – для оценки состояния плода, выявления дистресса;
- провести влагалищное исследование с целью оценки состояния родовых путей, в том числе костной основы таза и места расположения головки по отношению к плоскостям таза, и определения тактики ведения родов.

6) *Лабораторных данных*

Лабораторные диагностические исследования проводятся согласно клиническим рекомендациям «Нормальная беременность». При подозрении на ПЭ дополнительно проводятся следующие исследования:

- определение белка в моче («золотой стандарт» - определение суточной протеинурии);
- исследование уровня креатинина в моче с расчетом отношения альбумин/креатинин;
- анализ крови биохимический общетерапевтический;
- исследование уровня общего гемоглобина в крови и оценку гематокрита (снижение гематокрита может указывать на гемолиз);
- число тромбоцитов в крови;
- уровень фибриногена в крови;
- протромбиновое время в крови или в плазме, активированное частичное тромбопластиновое время, определение международного нормализованного отношения/протромбинового индекса (изменения гемостазиограммы не являются специфичными и не отражают тяжесть ПЭ, однако изменение её параметров является показанием для назначения профилактики тромбоэмбологических осложнений или кровотечения).

7) Инструментальных данных

- ультразвуковое исследование (УЗИ) плода с целью фетометрии (для выявления задержки роста плода), оценки состояния плаценты (ПОНРП) и околоплодных вод;
- КТГ плода: с 26 недель беременности при умеренной ПЭ – один раз в неделю; при тяжелой ПЭ – ежедневно; в родах – непрерывно;
- динамический контроль КТГ – рекомендован при проведении магнезиальной терапии;
- УЗИ плода и ультразвуковую допплерографию маточно-плацентарного кровотока и плодового кровотока – при патологическом типе КТГ; при ЗРП, при антигипертензивной терапии (каждые 7-10 дней).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ СИМПТОМОМ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) альбуминурия 1 г/л
 - 2) появление отеков
 - 3) боли в эпигастральной области
 - 4) тошнота, рвота
 - 5) заторможенность
2. ПРИЗНАКОМ ЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - 1) гипертензия
 - 2) альбуминурия и отеки
 - 3) повышенная возбудимость
 - 4) судороги и кома
 - 5) головная боль
3. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРЕЭКЛАМПСИИ ЯВЛЯЮТСЯ
 - 1) неврологические нарушения
 - 2) антенатальная гибель плода

- 3) разрыв сосудов пуповины плода
- 4) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 5) отек головного мозга

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Пример формулировки диагноза: Перекрут ножки опухоли яичника справа.

Код по МКБ10: N 83.5 – перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) *Анамнестических данных:* наличие объёмного образования яичника в прошлом; острое возникновение заболевания после физической нагрузки, полового акта; при резком повороте, в родах и послеродовом периоде, перекрут может произойти и в спокойном состоянии при резком изменении внутрибрюшного давления, вызванном натуживанием, усилием перистальтики кишечника или переполнением мочевого пузыря.

2) *Болевого синдрома:* внезапное возникновение резких, сильных, приступообразных болей внизу живота, иррадиирующих в крестец и нижнюю конечность; затем могут распространиться по всему животу;

3) *Синдрома раздражения брюшины:* положительный симптом Щеткина-Блюмберга; защитное напряжение мышц передней брюшной стенки; рвота (раздражение рецепторов париетальной брюшины);

4) *Синдрома интоксикации* – тахикардия, фебрильная лихорадка, слабость, снижение аппетита, тошнота, рвота;

5) *Синдрома дисфункции кишечника* – метеоризм, задержка стула, диарея;

6) Синдрома дизурических расстройств – задержка/ затруднение или учащенное мочеиспускание;

7) Синдрома шока – побледнение кожных покровов, артериальная гипотония, тахикардия, холодный пот;

8) Синдрома лабораторных данных – лейкоцитоз; гиперфибриногенемия;

9) Синдрома инструментальных данных: УЗИ – наличие объёмного образования в области яичника.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ ГРУППЫ «ОСТРОГО ЖИВОТА» ОТНОСЯТСЯ

- 1) прервавшаяся эктопическая беременность
- 2) перекрут ножки опухоли яичника
- 3) апоплексия яичника
- 4) выкидыши «в ходу»
- 5) эндометриоз яичника

2. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) прервавшейся эктопической беременностью
- 2) апоплексией яичника
- 3) внутренним эндометриозом
- 4) острым аппендицитом
- 5) язвенной болезнью желудка

3. ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

- 1) боли внизу живота
- 2) тошнота, рвота
- 3) лихорадка выше 38 градусов

- 4) кровотечение из половых путей
- 5) напряжение, вздутие живота

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Пример формулировки диагноза:

Прогрессирующая трубная беременность слева.

Внематочная беременность неуточненная.

Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного
аборта.

Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва
трубы. Геморрагический шок 1 ст.

Код по МКБ10:

O00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность.

O00.1 Трубная беременность.

O00.2 Яичниковая беременность.

O00.8 Другие формы внематочной беременности.

O00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Синдромальное обоснование диагноза.

Диагноз выставлен на основании:

1) Анамнестических данных:

нарушение менструального цикла (задержка менструации)

наличие факторов риска: операции на маточных трубах, эктопические
беременности в анамнезе, ВЗОМТ, внутриматочная контрацепция,
внутриматочные вмешательства, бесплодие, возраст старше 35 лет, курение;
применение комбинированных оральных контрацептивов

(по анатомо-терапевтическо-химической классификации

лекарственных средств (АТХ) – Прогестагены и эстрогены (фиксированные комбинации)), пороки развития половых органов (беременность вrudиментарном роге), эндометриоз, наличие рубца на матке после кесарева сечения.

2) Жалоб на:

боли внизу живота и поясничной области, возможно с иррадиацией в прямую кишку и тенезмами (характерны для свободной жидкости в дугласовом кармане);

скудные кровянистые выделения из половых путей в виде «мазни» (отторжение децидуальной ткани).

3) Синдрома раздражения брюшины: положительный симптом Щеткина-Блюмберга; защитное напряжение мышц передней брюшной стенки; рвота (раздражение рецепторов париетальной брюшины);

4) Синдрома шока (геморрагического и болевого при нарушенной внематочной беременности) – головокружение, обмороки, побледнение кожных покровов, артериальная гипотония, тахикардия, холодный пот;

5) Физикального исследования:

- пальпация живота – при прогрессирующей эктопической беременности живот мягкий, безболезненный; при нарушенной эктопической беременности определяется болезненность живота над лонным сочленением или в подвздошных областях, появляются симптомы раздражения брюшины;

- перкуссия живота— при нарушенной эктопической беременности и внутрибрюшном кровотечении определяется притупление звука в отлогих местах;

- бимануальное влагалищное исследование – определяется болезненность в нижних отделах живота, в области придатков пальпируется овоидное образование мягкватой консистенции, увеличенная в размерах матка, болезненные тракции за шейку матки,

нависание заднего свода при наличии свободной жидкости (крови) в брюшной полости в прямокишечно-маточном углублении (Дугласовом пространстве). При наличии шеечной беременности пальпаторно выявляются изменения конфигурации шейки матки (бочкообразная).

7) Синдрома лабораторных данных:

- исследование мочи на хорионический гонадотропин и/или количественного исследования уровня хорионического гонадотропина (бета-ХГЧ) в крови. При уровне бета-ХГЧ менее 1000 МЕ/л рекомендовано повторное исследование уровня бета-ХГЧ в крови через 48 часов при стабильном состоянии пациентки;
- определение гемоглобина, гематокрита, числа тромбоцитов, гемостазиограммы для оценки степени тяжести кровопотери и выявления гемокоагуляционных нарушений.

8) Синдрома инструментальных данных:

- осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах - определяется цианотичность шейки матки, наличие кровянистых выделений (скучные, умеренные, обильные). При шеечной беременности – асимметрия расположения шейки матки, свода влагалища, изменения конфигурации шейки матки (бочкообразная).
- ультразвуковое исследование органов малого таза (УЗИ) рекомендуется у всех пациенток с подозрением на эктопическую беременность для подтверждения диагноза и уточнения локализации плодного яйца. Предпочтительно выполнять УЗИ трансвагинальным датчиком (при наличии);
- МРТ органов малого таза — является второй линией диагностики при наличии или подозрении на редкие формы внематочной беременности (беременность в области рубца на матке, шеечная и брюшная беременности) при наличии условий выполнения исследования (гемодинамическая стабильность пациента, доступность оборудования и

персонала);

- диагностическая лапароскопия — как самостоятельный метод диагностики в настоящее время выполняется редко.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный вариант ответа

1. КАКАЯ ФОРМА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ПРЕРЫВАНИИ МОЖЕТ ДАТЬ КЛИНИКУ ОСТРОГО ЖИВОТА

- 1) трубная беременность
 - 2) яичниковая беременность
 - 3) шеечная беременность
 - 4) беременность в рубце после кесарева сечения
 - 5) беременность вrudиментарном роге матки
- 2. «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

- 1) биманульное исследование
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) выскабливание полости матки
- 4) пункция заднего свода влагалища
- 5) исследование бета-ХГЧ в крови в динамике

3. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С МАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ РАННИХ СРОКОВ ПРОВОДЯТ

- 1) исследование уровня бета-ХГЧ в крови через 48 часов
- 2) диагностическую лапароскопию
- 3) гистероскопию
- 4) УЗИ органов малого таза
- 5) МРТ органов малого таза

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Экспертиза нетрудоспособности – это определение на основании медицинских и социальных критериев возможности человека выполнять свои профессиональные обязанности. Под *трудоспособностью* принято понимать состояние организма, при котором совокупность физических и духовных возможностей позволяет выполнять работу определенного объема и качества.

Выделяют три вида трудоспособности: общая, профессиональная и специальная.

- **Общая трудоспособность** – это способность человека к неквалифицированному труду в обычных условиях.
- **Профессиональная трудоспособность** – способность данного работника к труду по своей профессии (специальности) и квалификации, либо по другой адекватной ей профессии (специальности).
- **Специальная трудоспособность** – это трудоспособность в специальных, особо сложных условиях, в качестве которых могут выступать кессонные условия, высокогорные, условия крайнего севера и т.д.

Установление потери трудоспособности гражданина осуществляется на основании двух критериев: медицинский и социальный (рис. 1).



Рис. 1 Критерии экспертизы нетрудоспособности

Временная нетрудоспособность – это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер.

Документом, удостоверяющим ВН, является листок нетрудоспособности (ЛН) - документ строгой отчетности, служит основанием для освобождения застрахованного лица от работы, назначения и оплаты пособий по ВН, беременности и родам за счет средств Фонда социального страхования. В случае заболевания студентов и учащихся, для освобождения их от учебы, выдается справка формы 095у.

Листок нетрудоспособности формируется в форме электронного документа, а также выдается в форме документа на бумажном носителе лицам, определенным частью 28 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством", по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, лечением в санаторно-курортных организациях,

при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка гражданам Российской Федерации, постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим в Российской Федерации, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Листок нетрудоспособности выполняет следующие функции:

Юридическая функция - ЛН является юридическим документом, удостоверяющим освобождение от работы на период временной нетрудоспособности, и определяет установленный режим.

Финансовая функция- ЛН дает право на получение пособия нетрудоспособности за счет средств ФСС.

Статистическая функция – ЛН является учетным документом для составления отчета и анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности по статистической форме № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности».

В настоящее время экспертиза временной нетрудоспособности регламентируется Приказом Минздрава России от 23.11. 20 г. № 1089н "Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации".

Экспертиза временной нетрудоспособности осуществляется:

- 1) лечащим врачом;
- 2) фельдшером в случаях возложения на него отдельных функций лечащего врача;

3) зубным врачом при стоматологических заболеваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога;

4) врачебной комиссией медицинской организации в случае необходимости продления листка нетрудоспособности свыше 15 календарных дней.

Экспертиза временной нетрудоспособности проводится в день обращения гражданина в медицинскую организацию лечащим врачом (фельдшером, зубным врачом) гражданина (больного члена семьи гражданина).

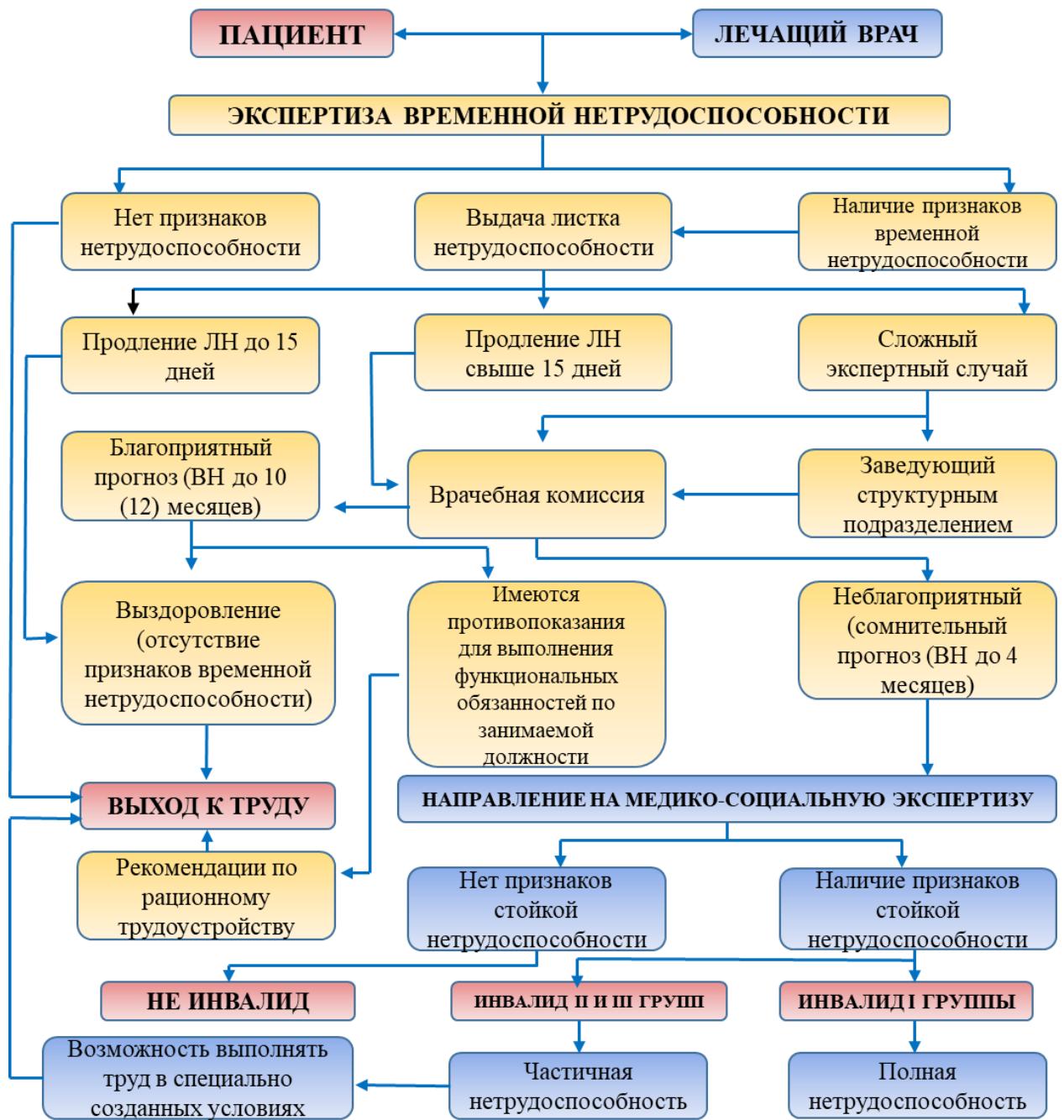


Рис. 2 Алгоритм проведения экспертизы временной нетрудоспособности

В случае ухода за больным членом семьи формируется листок нетрудоспособности медицинским работником одному из членов семьи, иному родственнику, опекуну или попечителю, фактически осуществляющему уход (далее - лицо, осуществляющее уход).

Листок нетрудоспособности формируется:

- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет - на весь

период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);

- в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, - на весь период совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественных новообразованиях, включая злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, - на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях (условиях дневного стационара);
- в остальных случаях ухода за больным членом семьи при лечении в амбулаторных условиях - не более чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания.

При заболевании двух и более детей одновременно формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа по уходу за ними. При заболевании второго (третьего и более) ребенка в период болезни первого ребенка сформированный листок нетрудоспособности по уходу за первым ребенком продлевается до выздоровления всех детей без зачета дней,

совпавших с днями освобождения от работы по уходу за первым ребенком.

В случае введения ограничительных мероприятий (карантина) гражданам, в отношении которых в соответствии с законодательством Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения принятые меры по изоляции или по временному отстранению от работы, листок нетрудоспособности формируется врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия - лечащим врачом (фельдшером) на весь период изоляции гражданина или временного отстранения от работы соответственно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Временные клинические рекомендации. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей (версия 2) : [утверждены Минздравом России 03.07.2020]. – 74 с.
2. Детская нефрология : учебник / под редакцией П.В. Шумилова, Э.К. Петросян, О.Л. Чугуновой. – Москва : МЕДпресс-информ, 2018. – 616 с. – ISBN 978-5-00030-585-0.
3. Детская нефрология. Синдромный подход : справочник / Э.К. Петросян. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 232 с. – ISBN 978-5-9704-6427-4.
4. Клинические рекомендации (протокол). Диагностика и лечение доброкачественных опухолей яичника с позиций профилактики рака : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации 4 декабря 2018 № 15-4/10/2-7838] / Л.В. Адамян, Е.Н. Андреева, Н.В. Артымук [и др.]. – Москва, 2018. – 51 с.
5. Клинические рекомендации Европейского Общества Кардиологов. Четвертое универсальное определение ИМ. – 2018.
6. Клинические рекомендации Минздрава России. Эпилепсия и эпилептический статус у взрослых и детей. – 2021.
7. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. Детский церебральный паралич у детей. – 2016.
8. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. Последствия перинатального поражения центральной нервной системы с синдромом мышечного гипертонуса. – 2013.
9. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. Синдром Гийена-Барре у детей. – 2016.

10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей. – 2017.
11. Клинические рекомендации. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 2017. – 8-й выпуск. – URL: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/algosd.pdf>.
12. Клинические рекомендации. Атопический дерматит у детей : [Союз педиатров МЗ РФ]. – 2021. – URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/utverzhdennye-posle-2019/>).
13. Клинические рекомендации. Болезнь Лайма : [утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России]. – 2015. – 45 с.
14. Клинические рекомендации. Бронхиальная астма у детей, 2017. – 72 с. – URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/utverzhdennye-posle-2019/>.
15. Клинические рекомендации. Ветряная оспа у детей : [утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России]. – 2015. – 62 с.
16. Клинические рекомендации. Вирусный гепатит А у детей : [утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России]. – 2015. – 33 с.
17. Клинические рекомендации. Внематочная (эктолическая) беременность / Л.В. Адамян, Н.В. Артымук, Т.Е. Белокриницкая [и др.]. – Москва, 2021. – 60 с.
18. Клинические рекомендации. Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром) : [Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов»]. – 2021.
19. Клинические рекомендации. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей : [утверждены Союзом педиатров России в 2016 г. (пересмотр каждые 3 года)]. – Москва, 2016. – 37 с.

20. Клинические рекомендации. Грипп у детей : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации]. – 2015. – 43 с.
21. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение врожденного гипотиреоза : [Общественная организация «Российская ассоциация эндокринологов】. – 2020.
22. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденных. – Москва, 2015.
23. Клинические рекомендации. Желчнокаменная болезнь у детей : [утверждены Союзом педиатров России в 2016 г.]. – Москва, 2016. – 41 с.
24. Клинические рекомендации. Инфекционный мононуклеоз : [утверждены ФГБУ НИИДИ ФМБА России]. – 2013. – 70 с.
25. Клинические рекомендации. Инфекция мочевыводящих путей у детей / А.А. Баранов, Р.С. Козлов, Л.С. Намазова-Баранова [и др.]. – 2021. – С. 33.
26. Клинические рекомендации. Кохлюш у детей : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации]. – 2019.
27. Клинические рекомендации. Корь у детей : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации]. – 2015. – 62 с.
28. Клинические рекомендации. Менингококковая инфекция у детей : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации]. – 2016. – 61 с.
29. Клинические рекомендации. Миокардит у детей : [Союз педиатров России]. – 2016.
30. Клинические рекомендации. Мочекаменная болезнь у детей. – 2016. – 44 с.
31. Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция (острый назофарингит) : [утверждены Министерством здравоохранения Российской Федерации]. – 2016. – 20 с.

32. Клинические рекомендации. Острый бронхит у детей. – 2016. – 27 с. – URL: <https://www.pediatr-russia.ru/information/klin-rek/utverzhennye-posle-2019/>.
33. Клинические рекомендации. Острый тонзиллит и фарингит (Острый тонзиллофарингит) : [утверждены Министерством здравоохранения РФ]. – 2021.
34. Клинические рекомендации. Пневмония (внебольничная) : [Союз педиатров России]. – 2022.
35. Клинические рекомендации. Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании (нормальные роды) / О.Р. Баев, С.В. Мартиросян, Р.Г. Шмаков [и др.]. – Москва, 2021. – 66 с.
36. Клинические рекомендации. Тубулопатии у детей. – 2019. – 57 с.
37. Клинические рекомендации. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей : [утверждены Союзом педиатров России в 2016 г.]. – Москва, 2016. – 34 с.
38. Клинические рекомендации. Язвенный колит у детей : [утверждены Союзом педиатров России]. – 2016.
39. Национальная программа. Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции. – Москва : ПедиатрЪ, 2021. – 116 с.
40. Педиатрия : национальное руководство : в 2 т. Т. 2 / под ред. А.А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с. – ISBN 978-5-9704-1151-3.
41. [Рекомендации ESC по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST](#) // Российский кардиологический журнал. – 2018. – № 23. – С. 103–158.
42. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой легочной эмболии, разработанные в сотрудничестве с Европейским респираторным обществом (ERS). – 2019.

43. Российское общество неонатологов. Диагностика и лечение геморрагической болезни новорожденного. – Москва, 2015.
44. Румянцев А.Г. Клинические рекомендации (протоколы лечения) по диагностике и лечению пациентов с иммунной тромбоцитопенией / А.Г. Румянцев, А.А. Масchan. – Москва, 2018. – 23 с.
45. Савченко В.Г. Клинические рекомендации по диагностике и лечению гемофилии / В.Г. Савченко, Н.И. Зозуля, Т.Ю. Полянская, М.А. Кумскова. – Москва, 2018. – 34 с.
46. Савченко В.Г. Клинические рекомендации по лечению апластической анемии (комбинированная иммуносупрессивная терапия) / В.Г. Савченко, Е.А. Михайлова, Е.Н. Паровичникова. – Москва, 2018. – 18 с.
47. Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения). Акушерство и гинекология. Сборник VI / составители Т.Е. Белокриницкая, Н.И. Фролова, К.А. Колмакова. – Чита : Читинская городская типография, 2021. – С. 264 ; 288.
48. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии / А.Г. Румянцев, А.А. Масchan, В.М. Чернов, И.С. Таракова. – Москва : Стандартинформ, 2015. – 43 с.
49. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов. – Москва, 2018. – 34 с.
50. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению. Лимфомы – причины появления, симптомы заболевания. – URL: <https://www.invitro.ru/library/bolezni/24894/>.
51. Федеральные клинические рекомендации. Диагностика и лечение острого постстрептококкового гломерулонефрита / Е.М. Шилов, И.Н. Бобкова, Е.С. Камышова [и др.]. – Москва, 2014. – 16 с.
52. Федеральные клинические рекомендации. Нефротический синдром у детей. – 2016.