



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Учебное пособие

предназначено для студентов педиатрического, лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов медицинских вузов.

Краснодар, 2013 г.

УДК 616-053.2-07:168.5(075.8)
ББК 57.3
К47

Классификации и критерии диагностики заболеваний у детей: учебное пособие/
д.м.н. Бурлуцкая А.В., д.м.н. Шадрин С.А., к.м.н. Сутовская Д.В., к.м.н. Привалова Т.Е.,
к.м.н. Полянский А.В., Статова А.В., д.м.н. Шашель В.А., д.м.н. Назаретян В.Г., к.м.н.
Шадрина Э.М., к.м.н. Щеголеватая Н.Н., к.м.н. Баум Т.Г., к.м.н. Первишко О.В., д.м.н.
Клещенко Е.И., к.м.н. Каюмова, Д.А., к.м.н. Кулагина М.Г., д.м.н.Тараканов В.А., к.м.н.
Старченко В.М., к.м.н. Стрюковский А.Е., к.м.н. Надгериев В.М.- Краснодар: КубГМУ,
2013 – 180 с.

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских инфекционных болезней с пропедевтикой детских болезней «Северо-Осетинской государственной медицинской академии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор В.В. Лазарев.

Зав. кафедрой поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО «Ставропольской государственной медицинской академии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Н.А. Федько.

Учебное пособие представляет собой обобщение материала по современным классификациям и критериям диагностики основных заболеваний у детей. Пособие написано в соответствии с программой преподавания педиатрии в медицинских вузах и предназначается студентам педиатрического, лечебного, медико-профилактического и стоматологического факультетов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России
Протокол №3 от 11.04.2013

УМО №

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие
Патология периода новорожденности и раннего возраста
Патология сердечно-сосудистой системы
Патологи бронхо-легочной системы
Патология пищеварительной системы
Патология мочевыделительной системы
Патология системы кроветворения
Патология эндокринной системы
Инфекционная патология
Патология иммунной системы
Хирургическая патология
Литература

ПРЕДИСЛОВИЕ

Нозологический развернутый диагноз является конечным этапом диагностического процесса. Четкая регламентация в понимании сущности заболевания позволяет определить целесообразную стратегию и тактику ведения больного. В последнее время, говоря о диагнозе, становится принятым и весьма перспективным формулировать определение, включающее этиологию, патогенез, морфологию, клинику, функцию и прогноз. Подобная идеология позволяет в одном предложении кратко и четко определять сущность болезни.

Современная литература содержит подробный алгоритм диагностики. Однако при всей такой детализации студенту и начинающему врачу бывает трудно выделить основные критерии постановки того или иного диагноза. В этом плане, представляется важным выделение ведущих критериев диагностики. Основная цель данного издания унифицировать постановку диагнозов при соматической, инфекционной и хирургической патологии детского возраста.

В данном пособии каждой нозологической форме дано современное определение, приведена наиболее употребляемая классификация и сформулированы ведущие критерии диагностики.

Пособие подготовлено сотрудниками четырех кафедр: госпитальной и факультетской педиатрии, педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС, хирургии детского возраста. Издание предназначено студентам старших курсов и начинающим врачам.

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

Асфиксия (Р 21.0Р 21.9)

Асфиксия новорожденного – клинический синдром, проявляющийся в первые минуты жизни затрудненным или отсутствием дыхания, острой сердечной недостаточностью, угнетением безусловной нервно-рефлекторной деятельности.

Классификация по степени тяжести (шкала Апгар)

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
ЧСС	0	Меньше 100/мин.	Больше 100/мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик (гиповентиляция)	Сильный крик (адекватное дыхание)
Мышечный тонус	Низкий (ребенок вялый)	Умеренно снижен (слабые движения)	Высокий (активные движения)
Рефлексы	Не определяются	Гримаса	Крик или активные движения
Цвет кожи	Синий или белый	Выражен акроцианоз	Полностью розовый

- Средняя асфиксия при рождении (4-6 баллов по Апгар)
- Тяжелая асфиксия при рождении (1-3 баллов по Апгар)
- Неутонченная асфиксия при рождении

Критерии диагностики
(Американская академия педиатрии)

1. Выраженный акроцианоз или синюшный цвет кожных покровов.
2. SaO₂ менее 86%, периодическое дыхание или апноэ, ЧСС 60/100 в минуту и менее.
3. Метаболический или смешанный ацидоз (рН < 7.00) в крови из артерии пуповины.
4. Неизменный результат оценки по шкале Апгар 03 балла более 5 минут.
5. Неврологическая симптоматика сразу после родов и в раннем неонатальном периоде, включая эпилептиформные припадки, кому, гипотонию и гипоксически-ишемическую энцефалопатию.
6. Нарушения функции систем многих органов сразу после родов и в раннем неонатальном периоде.

Ишемия мозга (Р 91.0)

Гипоксические поражения нервной системы – повреждения, возникающие в результате недостаточного поступления кислорода в ткани мозга, связано со снижением содержания кислорода в артериальной крови, так и снижением мозгового кровотока.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: в анамнезе внутриутробная гипоксия плода или интра/постнатальной асфиксии у новорожденного, низкая оценка по шкале Апгар, неврологическая симптоматика.
2. Инструментальные методы: НСГ, КТ, ДГ, ЭЭГ.

Внутрижелудочковое кровоизлияние (Р 52)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: флюктуация, быстрое снижение АД (среднего АД <30 мм.рт.ст)
2. Лабораторно: быстрое падение гематокрита и уровня гемоглобина, гипоксемия, гиперкарбия, ацидоз, гипокальциемия, колебания уровня глюкозы в сыворотке крови.
3. Люмбальная пункция: повышенное давление, примесь крови, повышение белка, снижение глюкозы,
4. НСГ: в дебюте - гиперэхогенные зоны в области герминативного матрикса, затем венрикуломегалия, эхопозитивные образования, блокада ликворных путей с развитием острой гидроцефалии.
5. ДГ: флюктуация кровотока в главных артериях мозга до развития интравентрикулярного кровотечения, стабилизация кровотока после кровоизлияния, при прогрессировании венрикуломегалии нарастающая гипоперфузия.

Респираторный дистресссиндром новорожденного (Р 22)

Респираторный дистресссиндром новорожденного - симптомокомплекс тяжелой дыхательной недостаточности, возникающий в связи с дефицитом сурфактанта легких, вследствие его недостаточной продукции или избыточной инактивации.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: развитие дыхательных расстройств у сибсов, сахарный диабет у матери, тяжелая форма гемолитической болезни плода, преждевременная отслойка плаценты и роды, кесарево сечение до начала родовой деятельности, асфиксия плода и новорожденного.
2. Клинические симптомы: цианоз и одышка (ЧДД более 60/мин), с первых минут жизни, экспираторные шумы («стонущее дыхание»), западение грудной клетки на вдохе с одновременным напряжением крыльев носа и раздувания щек, ослабление дыхания при аускультации, крепитирующие хрипы.
6. Рентгенологически: диффузное снижение прозрачности легочных полей, ретикулогранулярный рисунок и полосы просветлений в области корня легкого (воздушная бронхограмма).

Бронхолегочная дисплазия (Р 27.0)

Бронхолегочная дисплазия – полиэтиологическое хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у глубоко недоношенных детей, в результате интенсивной терапии респираторного дистресссиндрома и/или пневмонии, протекающее с преимущественным поражением бронхиол и паренхимы легких, эмфиземой, фиброзом, проявляющееся зависимостью от кислорода до 28 суток жизни и старше, симптомами дыхательной недостаточности, бронхообструкции, специфичными рентгенографическими изменениями в первые месяцы жизни и регрессом клинических проявлений по мере роста.

Классификация

По времени возникновения	По форме	По степени
Недоношенных	Новая	Легкая
Доношенных	Классическая	Среднетяжелая

		Тяжелая
--	--	---------

Классификация по степени тяжести

Тяжесть	Критерии тяжести		
	Анамнестические	Клинические	Рентгенологические
Легкая	Дыхание комнатным воздухом	Бронхиальная обструкция отсутствует, может появляться при ОРЗ	Вздутие гр. кл. отсутствует или выражено мин. (сумма счета по передним и задним отрезкам ребер не более 15,5)
Среднетяжелая	Потребность в кислороде менее 30%	Бронхиальная обструкция умеренная, усиливаются при ОРЗ, одышка при физической нагрузке	Вздутие гр. кл. имеется (сумма счета по передним и задним отрезкам ребер от 15,5 до 17), локально фокусы повышения прозрачности, участки пневмосклероза
Тяжелая	Потребность в кислороде более 30% и/или ИВЛ с постоянным положительным давлением через носовые катетеры	Бронхиальная обструкция выражена вне обострения, одышка в покое	Вздутие гр. кл. выражено (сумма счета по передним и задним отрезкам ребер 17 и более), буллы, множественные участки пневмосклероза

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовые катетеры, терапия кислородом более 21% в возрасте 28 дней и старше (кислородозависимость), дыхательная недостаточность, бронхообструктивный синдром в возрасте 28 дней и старше, зависимость от кислорода, развивающаяся при проведении кислородотерапии (ИВЛ, НСРАР).
2. Рентгенологически: интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения.

Внутриутробные инфекции

Внутриутробные инфекции - заболевания, при которых заражение плода или новорожденного происходит в пренатальном, антенатальном или интранатальном периодах и источником инфекции является мать.

Классификация

Вирусные	Бактериальные	Паразитарные	Грибковые
Краснуха Герпес ЦМВ Ветряная оспа Энтеровирусы	Сифилис Листериоз Туберкулез ИППП	Токсоплазмоз	Грибы рода Candida

Критерии диагностики

1. Данным анамнеза матери с урогенитальными инфекциями.
2. Минимальные проявления врожденной инфекции: наличие высыпаний на коже и слизистых, кольцевидное шелушение кожи, затруднение носового дыхания, отделяемое из слизистых оболочек, вздутие живота, синдром дыхательных расстройств.

3. Клинические симптомы: задержка внутриутробного развития, стигмы эмбриогенеза, гепатоспленомегалия, желтуха, экзантема, пневмония, менингоэнцефалит, кальцинаты, кисты в мозге, хориоретинит, катаракта, гидроцефалия, микроцефалия, судороги, анемия, тромбоцитопения.

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного (Р 55-Р 57)

ГБН - изоиммунная гемолитическая анемия, возникающая в случаях несовместимости крови матери и плода по эритроцитарным антигенам, которые локализуется на эритроцитах плода, а антитела на них вырабатываются в организме матери.

Классификация

По виду конфликта	По клиническим проявлениям	По степени тяжести	По наличию осложнений
Несовместимость эритроцитов матери и плода по резусфактору Несовместимость по системе АВО (групповая несовместимость) Несовместимость по редким факторам крови	Отёчная (гемолитическая анемия с водянкой) Желтушная (гемолитическая анемия с желтухой) Анемическая (гемолитическая анемия без желтухи и водянки)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Неосложненная Осложненная

Критерии диагностики

1. Отечная форма: общий отечный синдром (анасарка, асцит, гидроторакс), выраженная бледность кожи и видимых слизистых, гепатомегалия и спленомегалия, желтуха отсутствует или слабо выражена, геморрагический синдром на коже, развитие ДВС-синдрома, гемодинамические нарушения.
2. Желтушная форма: желтушно прокрашены околоплодные воды, оболочки пуповины, первородная смазка, раннее развитие желтухи, преимущественно теплого желтого оттенка, бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек умеренная, увеличение печени и селезенки.
3. Анемическая форма: бледность кожных покровов, вялость, плохое сосание, тахикардия, приглушенность тонов сердца, систолический шум, увеличение печени и селезенки.

Легкая желтуха – появляется на 12 день жизни ребенка, содержание билирубина в пуповинной крови не превышает 51 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина до 45 мкмоль/л/ч, увеличение печени и селезенки умеренное.

Среднетяжелая желтуха – заметно при рождении или в первые часы жизни, содержание билирубина в пуповинной крови превышает 68 мкмоль/л, почасовой прирост билирубина до 61 мкмоль/л/ч, увеличение печени на 2-3 см и селезенки на 1-1,5 см.

Тяжелая желтуха – диагностируют внутриутробно по данным УЗИ, по показателям оптической плотности билирубина околоплодных вод, полученных при амниоцентезе, гематокриту и содержанию гемоглобина, полученным при кордоцентезе.

Желтуха новорожденных

Желтуха (гипербилирубинемия) – метаболическое расстройство, выявляемое в периоде новорожденности, характеризующееся повышением сывороточной концентрации билирубина, сопровождающееся желтухой.

Классификация

По типу	По характеру
Конъюгационные Гемолитические Печеночные Механические	Физиологическая Патологические

Критерии диагностики

1. Время появления желтухи – при рождении, в первые сутки, на второй неделе жизни.
2. Непрямой билирубин в сыворотке пуповинной крови у доношенных новорожденных более 51 мкмоль/л.
3. Высокие темпы прироста непрямого билирубина.
4. Затяжное течение желтухи.
5. Значение прямого билирубина 10-15 % и более от общего билирубина или выше 25 мкмоль/л.
6. Концентрация билирубина: у доношенных – 256 мкмоль/л, у недоношенных – 171 мкмоль/л

Хронические расстройства питания

Белково-энергетическая недостаточность (Е 40-46)

полиэтиологичная группа заболеваний детей первого года жизни, характеризующаяся нарушением усвоения питательных веществ и гармоничности физического развития

Классификация

- Гипостатура - равномерное отставание в росте и массе тела при несколько сниженной упитанности и тургоре тканей у детей первого года жизни; для детей старше года - предлагается термин “алиментарный субнанизм”
- Паратрофия - преобладание массы над длиной, равномерно избыточными или нормальными обоими параметрами, с явными клиническими признаками нарушения трофики
- Гипотрофия – дефицит массы в результате комплекса разнообразных неблагоприятных факторов пренатального и постнатального происхождения (I - III степени).

ЗВУР (пренатальная гипотрофия) – недостаточная масса тела при рождении по отношению к гестационному возрасту (масса ниже 10-го центиля)

Критерии диагностики

1. Клинические синдромы: трофических расстройств - истончение подкожно-жировой клетчатки, снижение тургора тканей, плоская кривая нарастания, дефицит массы тела относительно роста, признаки полигиповитаминоза и - микроэлементоза; пищеварительных нарушений – анорексия, диспептические расстройства, снижение толерантности к пище, признаки мальдигестии в копрограмме; дисфункции ЦНС – снижение эмоционального тонуса, преобладание отрицательных эмоций, беспокойство/апатия, отставание психомоторного развития; нарушений гемопоза и снижения иммунологической реактивности (дефицитные анемии, вторичные иммунодефицитные состояния (особенно страдает клеточное звено иммунитета).

2. Стёртое, атипичное течение патологических процессов.

Аномалии конституции

Аномалии конституции (диатез) группа состояний, характеризующихся предрасположением к определенным заболеваниям, имеющих семейный характер возникающие только при воздействии неблагоприятных факторов окружающей среды.

Классификация

Имунопатологические	Дисметаболические	Органотопические	Нейротопические
Атопический Аутоиммунный Лимфатический Инфекционноаллергический	Мочекислый Оксалатный Диабетический Адипозодиатез	Нефротический Интестинальный Гипертонический Кардиоишемический Атеросклеротический	Психоастенический Вегетодистонический

Критерии диагностики

1. Атопический диатез — склонность к развитию атопических заболеваний (бронхиальной астмы, респираторных аллергозов, нейродермита, атопической мигрени), обусловленная унаследованной способностью к синтезу особых антителреагинов, относящихся к иммуноглобулинам класса E:

кожные реакции с первых месяцев жизни (опрелости, молочная корка, себорея волосистой части головы, экзема);

повышенная ранимость слизистых оболочек, складчатость языка («географический язык»), частые стоматиты, конъюнктивиты, риниты, фарингиты, синуситы, бронхиты; острые респираторные заболевания нередко сопровождаются астматическим компонентом, возможен ложный круп.

2. Лимфатический диатез диффузная гиперплазия лимфоидной ткани, дисфункция эндокринной системы, резким изменением реактивности, снижением иммунитета и адаптации ко внешней среде:

дети с большей массой тела, пастозны, вялы, малоподвижны, отстают в развитии от сверстников, быстро утомляются;

генерализованная, стойкая (вне заболеваний) гиперплазия лимфоидной ткани; снижена сопротивляемость к инфекциям;

рентгенография грудной клетки увеличенная вилочковая железа (тимус).

3. Инфекционноаллергический диатез предрасположенность организма к аутоиммунным заболеваниям (ревматизму, диффузному гломерулонефриту):

стойкая циркуляция в крови иммунных комплексов антиген — антитело и их отложение на базальных мембранах сосудов почек, кожи, на синовиальных оболочках суставных капсул.

4. Нервноартритический диатез повышенная нервная возбудимость, расстройство питания, кетоацидоз, в дальнейшем предрасположенностью к ожирению, интерстициальному нефриту, мочекаменной болезни, атеросклерозу, сахарному диабету 2го типа, подагре и обменным артритам: повышенная нервная возбудимость (нарушение сна, логоневроз, энурез, двигательная расторможенность, страхи, негативизм, агрессивность, анорексия); дисфункция вегетативной нервной системы: гипергидроз или сухость кожи, внезапные повышения температуры тела без признаков воспаления, ДЖВП и ЖКТ; рецидивирующая ацетонемическая рвота; ускоренное психомоторное развитие в первые годы.

Рахит (Е 55.0)

Рахит - гетерогенная по этиологии возрастная остеопатия в условиях напряженного фосфорно-кальциевого обмена интенсивно растущей кости, характеризующаяся гиперплазией и недостаточной минерализацией остеоидной ткани.

Классификация

Периоды	Тяжесть	Течение	Характер нарушений минерал. обмена
Начальный Разгара Реконвалесценции Остаточных явлений	Лёгкий (I ст.) Средний тяжести (II ст.) Тяжёлый (III ст.)	Острое Подострое Рецидивирующее	Кальципенический Фосфопенический Без выраженных изменений Са и Р

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: нервной система - беспокойство, нарушение сна, вздрагивание во сне, потливость, облысение затылка, гиперестезия; мышечная система - слабость связок и гипотония мышц, нарушение статических функций; костная система - размягчение костей черепа, задержка закрытия большого родничка, позднее и неправильный порядок прорезывания зубов, "рахитические четки" на средних ребрах, «рахитические браслетки», деформации костей предплечий, плеча, ног, сужение входа в малый таз.
2. Лабораторно: Р в плазме 0.6 – 0.8 ммоль/л, Са в плазме до 2.0 ммоль/л, гиперфосфатурия, увеличение щелочной фосфатазы.
3. Рентгенологически: нечеткие контуры и разлохмаченность концов зон предварительного обызвествления, блюдцеобразное расширение метафизов, исчезновение зон окостенения в эпифизах, переломы по типу «зеленой веточки».

Сепсис (Р 36)

Сепсис генерализованная ациклическая гнойновоспалительная инфекция, вызванная условнопатогенной бактериальной микрофлорой, в основе которого лежит дисфункция иммунной, (преимущественно фагоцитарной), системы организма с развитием неадекватного системного воспалительного ответа и синдрома полиорганной недостаточности.

Классификация (А.Д.Островский, А.С.Воробьев, 1985)

1. Генез: первичный, вторичный (при иммунодефицитном состоянии)
2. Период возникновения: пренатальный (внутриутробный), постнатальный
3. Этиология: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиелла, смешанная инфекция, другие инфекционные факторы
4. «Входные ворота» инфекции: пупочная ранка, кожа, лёгкие, пищеварительный тракт, среднее ухо, криптогенный сепсис
5. Форма болезни: септицемическая, септикопиемическая (указываются все пиемические очаги)
6. Течение заболевания: острое, подострое, затяжное, молниеносное.
7. Клинико – патофизиологический синдромы: диссеминированного внутрисосудистого свёртывания, томбогеморрагический, септический шок, токсико-дистрофическое состояние.

Критерии диагностики

1. Анамнестически: хронические инфекционные заболевания у матери, длительный безводный период, «грязные» околоплодные воды.
2. Клинические симптомы: наличие нескольких очагов инфекции с однотипным возбудителем, последовательно возникающих и имеющих гематогенный генез, выраженная интоксикация (лихорадка, бледно-серый или желтоватый оттенок кожи, снижение массы тела, дисфункция желудочно-кишечного тракта и др.); признаки полиорганной недостаточности.
3. Лабораторно: анемия, лейкоцитоз и нейтрофилёз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов), выделение положительной гемокультуры однотипной флоры не менее 2 раз, повышение Среактивного белка, прокальцитонина, ИЛ 8.

Синдром рвоты и срыгиваний

Рвота – сложный нервнорефлекторный акт, который имеет как патологическое значение, так и защитный, компенсаторный характер и направлен на поддержание гомеостаза, выведение из организма вредных веществ.

Срыгивание – разновидность рвоты у детей первого года жизни, возникающие без напряжения брюшного пресса, самочувствие при этом не страдает.

Классификация (По Керпель-Фрониусу 1975)

	Функциональные причины	Органические причины
Первичные	Нарушения режима кормления Аэрофагия Перекорм Кардиоспазм Гастроэзофагальный рефлюкс Пилороспазм Эзофагит, гастрит, дуоденит Метеоризм, запоры Перинатальная энцефалопатия	Атрезия пищевода Стеноз пищевода Ахалазия кардии Скользкая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы Короткий пищевод Пилоростеноз Диафрагмальная грыжа Атрезия и стеноз ДПК Кольцевидная ПЖЖ Артериомезентериальная компрессия ДПК Незавершенный поворот кишечника Болезнь Гиршпрунга
Вторичные	Инфекционнотоксические Церебральные Обменные	

Критерии диагностики

1. Анамнестически: наследственная отягощенность по заболеваниям ЖКТ, перинатальная патология, неврологический анамнез, возраст появления, частота в течение суток, связь со временем приема, объемом и характером пищи, объем и характер рвотных масс, динамика нарастания массы тела, наличие запоров.
2. Клинические симптомы: оценка физического и невропсихического развития и неврологический статус, физикальное обследование - вздутие, контурирующиеся петли кишеч-

ника, видимая перистальтика, напряжение и гиперемия кожи живота, симптомы перитонита, наличие перистальтических шумов, запоров.

3. ЭФГДС, УЗИ и рентгенологическое исследование ЖКТ.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

1. ДЛЯ АСФИКСИИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) 4 – 6 балла по Апгар
- 2) 1 - 2 балла по Апгар
- 3) 8 – 10 баллов по Апгар
- 4) все перечисленное

2. ДЛЯ АСФИКСИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ХАРАКТЕРНО

- 1) 4 – 6 балла по Апгар
- 2) 1 - 2 балла по Апгар
- 3) 8 – 10 баллов по Апгар
- 4) ничего из перечисленного

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АСФИКСИИ

- 1) глубокий метаболический ацидоз (рН менее 7.00) в образце крови из артерии пуповины
- 2) неизменный результат оценки по Апгар на 5-й мин
- 3) неврологическая симптоматика сразу после рождения или в неонатальном периоде, включая эпилептические припадки, кому, гипотонию, гипоксически-ишемическую энцефалопатию
- 4) данные, свидетельствующие о нарушении функции систем органов сразу после рождения или в раннем неонатальном периоде
- 5) все перечисленное

4. КАК НАЗЫВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕНИЕМ К ОПРЕДЕЛЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ИМЕЮЩИЙ СЕМЕЙНЫЙ ХАРАКТЕР И НАСЛЕДУЕТСЯ РИСК БОЛЕЗНИ, КОТОРАЯ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЬКО ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ НА ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫЙ ОРГАНИЗМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

- 1) аномалия конституции
- 2) асфиксия
- 3) анемия
- 4) наследственность

5. ОСНОВНЫМИ ГРУППАМИ ДИАТЕЗОВ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) иммунопатологический
- 2) дисметаболический
- 3) органотопический
- 4) нейротопический
- 5) все перечисленное

6. К ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ДИАТЕЗОВ ОТНОСЯТ

- 1) атопический
- 2) кардиоишемический

- 3) вегето-дистонический
- 4) мочекислый

7. КАК РАЗЛИЧАЕТСЯ БРОНХОЛЕГОЧНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) легкая
- 2) средняя
- 3) тяжелая
- 4) все перечисленное

8. ОСНОВНЫМИ ФОРМАМИ БЛД ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) новая, классическая
- 2) традиционная, современная
- 3) латентная, прогрессирующая
- 4) все перечисленное

9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ БЛД ОТНОСЯТ

- 1) фиброз
- 2) дыхательная недостаточность
- 3) обструкция
- 4) кислородозависимость

10. ПО ПЕРИОДАМ БОЛЕЗНИ БЛД РАЗЛИЧАЮТ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рековалестценция
- 2) обострение
- 3) ремиссия
- 4) рецидив

11. ЧТО (КТО) ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ПРИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) мать
- 2) факторы окружающей среды
- 3) наследственность
- 4) родственники

12. К РАННИМ ПРИЗНАКАМ ВУИ ОТНОСЯТ

- 1) кальцинаты мозга
- 2) катаракта
- 3) желтуха
- 4) анемия
- 5) все перечисленное

13. К МИНИМАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВУИ ОТНОСЯТ

- 1) свободное носовое дыхание
- 2) впалость живота
- 3) синдром дыхательных расстройств
- 4) чешуйчатое шелушение кожи

14. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНФЛИКТА ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ БЫВАЕТ

- 1) отечная
- 2) желтушная
- 3) анемическая
- 4) все перечисленное

5) ничего из перечисленного

15. ДЛЯ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ГБН ХАРАКТЕРНО

- 1) выраженное покраснение кожи
- 2) ярко выраженная желтуха
- 3) гиподинамические нарушения
- 4) асцит

16. ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОТРОФИЯ

- 1) дефицит массы тела по отношению к росту
- 2) избыток массы тела по отношению к росту
- 3) дефицит роста по отношению к массе тела
- 4) избыток роста по отношению к массе тела

17. ПО ВРЕМЕНИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОТРОФИЮ РАЗЛИЧАЮТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) пренатальная
- 2) интранатальная
- 3) постнатальная
- 4) смешанная

18. СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ СТЕПЕНЕЙ ГИПОТРОФИИ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 10

19. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТРОФИИ

- 1) анамнестические
- 2) клинические
- 3) параклинические
- 4) все перечисленное

20. К ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТРОФИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) общий анализ крови
- 2) копрограмма
- 3) ЭКГ
- 4) биохимический анализ крови

21. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ЖЕЛТУХЕ

- 1) билирубин
- 2) мочевины
- 3) амилаза
- 4) креатинин

22. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ЖЕЛТУХ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) постгеморрагическая
- 2) конъюгационная
- 3) гемолитическая
- 4) механическая

23. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХИ

- 1) появление желтухи на 2 месяце жизни
- 2) непрямой билирубин в сыворотке пуповинной крови у доношенных новорожденных менее 23 мкмоль/л
- 3) быстрое течение желтухи
- 4) значение прямого билирубина составляет 3-5% от общего билирубина
- 5) ничего из перечисленного

24. ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ЭТО

- 1) недостаток массы тела при рождении по отношению к гестационному возрасту
- 2) недостаток массы тела при рождении по отношению к постконцептуальному возрасту
- 3) недостаток роста при рождении по отношению к гестационному возрасту
- 4) недостаток роста при рождении по отношению к постконцептуальному возрасту

25. ЧТО ВЫДЕЛЯЮТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЗВУР

- 1) клинические варианты
- 2) степень тяжести
- 3) этиологические факторы
- 4) все перечисленное

26. АССИМЕТРИЧНАЯ ЗВУР ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- 1) окружность головы
- 2) отсутствие подкожно-жирового слоя
- 3) течение позднего неонатального периода
- 4) динамическое расстройство мышц

27. СКОЛЬКО СУЩЕСТВУЕТ СТЕПЕНЕЙ ИШЕМИИ МОЗГА

- 1) 2
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 3

28. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) определение КОС
- 2) проведение НСГ
- 3) мониторинг ЧСС и АД
- 4) исследование крови

29. К ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) кровоизлияние I степени
- 2) кровоизлияние II степени
- 3) кровоизлияние III степени
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

30. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВЖК ОТНОСЯТ

- 1) физикальное обследование
- 2) инструментальное обследование
- 3) лабораторное обследование
- 4) все перечисленное

31. К КРИТЕРИЯМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЖК ОТНОСЯТ

- 1) реактивный плеоцитоз в СМЖ
- 2) снижение уровня белка в СМЖ
- 3) флюктуация
- 4) снижение уровня гемоглобина

32. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИЮДЕЛЯТ

- 1) легкая
- 2) средняя
- 3) тяжелая
- 4) все перечисленное

33. ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ПНЕВМОНИИ

- 1) по длительности течения
- 2) по клинико-рентгенологическим данным
- 3) по времени возникновения
- 4) все перечисленное

34. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) очаговые тени на рентгенограмме
- 2) высев у матери и ребенка не идентичной флоры
- 3) бронхообструктивный синдром
- 4) все перечисленное

35. К ВСПОМОГАТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ПНЕВМОНИИ

- 1) инфекционный анамнез матери
- 2) тромбоцитопения менее $70 \cdot 10^9/\text{л}$
- 3) отрицательная динамика ОАК на 2 сутки жизни
- 4) все перечисленное

36. ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ ВЫДЕЛЯЮТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) острая
- 2) подострая
- 3) дефицитная

37. СКОЛЬКО РАЗЛИЧАЮТ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ РАХИТА

- 1) 2
- 2) 4
- 3) 5
- 4) 3

38. НЕ СУЩЕСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕГО КРИТЕРИЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАХИТЕ

- 1) свободное движение
- 2) увеличение головы в размерах
- 3) расслабление мускулатуры

4) затрудненное дыхание

39. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАХИТЕ

- 1) снижение уровня кальция
- 2) нормальное содержание фосфора
- 3) компенсаторный метаболический ацидоз
- 4) все перечисленное

40. К ОСНОВНЫМ ПЕРИОДАМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАХИТЕ ОТНОСЯТ

- 1) затухание
- 2) конечный
- 3) хронический
- 4) ничего из перечисленного

41. К ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ РДС, КОТОРЫЕ ВЫЯВЛЯЮТ ДО РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА, ОТНОСЯТ

- 1) сахарный диабет у матери
- 2) преждевременные роды
- 3) развитие дыхательных расстройств у сибсов
- 4) все перечисленное

42. К КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РДС НЕ ОТНОСЯТ

- 1) свободное дыхание
- 2) одышка с первых минут жизни
- 3) западение грудной клетки при вдохе
- 4) цианоз при дыхании воздухом

43. РАННИЙ СЕПСИС ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) в первые 3 суток жизни
- 2) в первую неделю жизни
- 3) не выявляют
- 4) с 4 дня жизни

44. ПОЗДНИЙ СЕПСИС ВЫЯВЛЯЮТ

- 1) с 4 суток жизни
- 2) в 1 месяц жизни
- 3) с 1 года жизни
- 4) с 1 дня жизни

45. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА

- 1) артериальная гипотензия
- 2) периоральный акроцианоз
- 3) развитие общего отеочного синдрома
- 4) гепатоспленомегалия
- 5) все перечисленное

46. СКОЛЬКО ЭТАПОВ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ДИАГНОСТИКА СЕПСИСА

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 5
- 4) 3

47. РВОТУ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА

- 1) первичную, вторичную
- 2) кратковременную, длительную
- 3) обильная, скудная

48. К ОРГАНИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ РВОТЫ ОТНОСЯТ

- 1) стеноз пищевода
- 2) диафрагмальная грыжа
- 3) кольцевидная поджелудочная железа
- 4) все перечисленное

49. К ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЧИНАМ РВОТЫ ОТНОСЯТ

- 1) аэрофагия
- 2) кардиоспазм
- 3) пилороспазм
- 4) все перечисленное

50. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РВОТЫ ОТНОСЯТ (ВЫБЕРИ 1 НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ)

- 1) анамнез
- 2) клиническая картина
- 3) лабораторно-инструментальное обследование
- 4) факторы окружающей среды

51. К ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ ОТНОСЯТ

- 1) УЗИ сердца
- 2) консультация ортопеда
- 3) исследование кала на глюкозу
- 4) ничего из перечисленного

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. – 1	18. – 3	35. – 4
2. – 2	19. – 4	36. – 3
3. – 5	20. – 3	37. – 4
4. – 1	21. – 1	38. – 1
5. – 5	22. – 1	39. – 4
6. – 4	23. – 5	40. – 4
7. – 4	24. – 1	41. – 4
8. – 1	25. – 4	42. – 1
9. – 1	26. – 1	43. – 1
10. – 1,2	27. – 4	44. – 1
11. – 1	28. – 2	45. – 5
12. – 5	29. – 4	46. – 4
13. – 3	30. – 4	47. – 1
14. – 4	31. – 1	48. – 4
15. – 4	32. – 4	49. – 4
16. – 1	33. – 4	50. – 4
17. – 2	34. – 3	51. – 4

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ И РАННЕГО ВОЗРАСТА

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Острая ревматическая лихорадка (I 00)

Острая ревматическая лихорадка - системное воспаление соединительной ткани, токсико-иммунологического генеза, развивающееся на фоне инфицирования β -гемолитическим стрептококком группы А с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, суставах, мозге и коже, у лиц молодого возраста (7-15 лет) с генетической предрасположенностью.

Классификация (АРР, 2003)

Клинические варианты	Клинические проявления		Исход	Стадии НК
	Основные	Дополнительные		
Острая ревматическая лихорадка	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Кардит ▪ Артрит ▪ Хорея ▪ Кольцевидная эритема ▪ Подкожные ревматические узелки 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Лихорадка ▪ Артралгии ▪ Абдоминальный синдром ▪ Серозиты 	Выздоровление Хроническая ревматическая болезнь сердца: - без порока сердца - порок сердца	0 I II а II б III

Критерии диагностики

1. Критерии Киселя-Джонса, для диагностики первой атаки ревматической лихорадки (АРР, 2003)

- Большие критерии: кардит, полиартрит, хорея, кольцевидная эритема, подкожные ревматические узелки.
- Малые критерии: клинические: артралгия, лихорадка, лабораторные: повышенные острофазовые реактанты (СОЭ, С-реактивный белок, удлинение интервала PR на ЭКГ).
- Данные, подтверждающие предшествующую А-стрептококковую инфекцию (позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева, или положительный тест строго определения А-стрептококкового антигена, повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител).

Наличие двух больших или одного большого и двух малых критериев свидетельствует о высокой вероятности острого ревматизма, при наличии подтвержденных данных о перенесенной инфекции, вызванной стрептококком группы А.

Миокардиты (I 40- I 41)

Миокардит — заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы воспалительного характера, обусловленным непосредственным или опосредованным через иммунные механизмы воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических и физических факторов, а также возникающее при аллергических, аутоиммунных заболеваниях и трансплантации сердца.

Классификация неревматических кардитов (Н.А. Белоконь, 1984)

Период возникновения заболевания	Врождённый (ранний и поздний) Приобретённый
Этиологический фактор	Вирусный, вирусно-бактериальный, бактериальный паразитарный, грибковый, иерсиниозный, аллергический
Форма (по локализации)	Кардит. Поражение проводящей системы сердца
Течение	Острое — до 3 мес. Подострое — до 18 мес. Хроническое — более 18 мес. (рецидивирующее, первично хроническое)
Тяжесть кардита	Лёгкий Средней тяжести Тяжёлый
Форма и стадия сердечной недостаточности	Левожелудочковая I, II, III стадии Правожелудочковая I, II, III стадии Тотальная
Исходы и осложнения	Кардиосклероз, гипертрофия миокарда, нарушение ритма и проводимости, легочная гипертензия, поражение клапанов, констриктивный мио-перикардит, тромбоэмболический синдром

Критерии диагностики NYHA (1964, 1973)

Большие признаки:

- патологические изменения на ЭКГ (нарушение реполяризации, ритма и проводимости);
- повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ, ЛДГ фракции 1, тропонина Т);
- увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКТ;
- наличие остро начавшейся и прогрессирующей застойной сердечной недостаточности кровообращения;
- кардиогенный шок.

Малые признаки:

- лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания (выделение возбудителя, реакцией нейтрализации, связывания комплемента, гемагглютинации, наличие воспалительного процесса в крови: увеличение СОЭ, С-реактивного белка);
- тахикардия (иногда брадикардия);
- ослабление первого тона;
- «ритм галопа».

Диагноз «Миокардит» ставится при сочетании предшествующей инфекции с одним большим и двумя малыми признаками.

Кардиомиопатии (I 42.9)

Кардиомиопатии – неоднородная группа хронических, тяжело протекающих болезней миокарда, приводящих к развитию дисфункции миокарда.

Классификация (ВОЗ, 1996)

- I. Кардиомиопатии идиопатические (неизвестного генеза)
- II. Кардиомиопатии специфические
 1. Воспалительные кардиомиопатии: инфекционные, аутоиммунные
 2. Ишемическая кардиомиопатия
 3. Гипертоническая кардиомиопатия
 4. Метаболические кардиомиопатии: эндокринные, при инфильтративных и гранулематозных процессах, болезнях накопления, при дефиците микроэлементов, витаминов и питательных веществ, анемиях
 5. Кардиомиопатии при системных заболеваниях соединительной ткани
 6. Кардиомиопатии при системных нейромышечных заболеваниях: нейромышечные расстройства, мышечные дистрофии
 7. Кардиомиопатии при воздействии токсических и физических факторов
- III. Неклассифицируемые кардиомиопатии

Патофизиологическая классификация (ВОЗ, 1995)

1. Дилатационная кардиомиопатия
2. Гипертрофическая кардиомиопатия (с обструкцией, без обструкции)
3. Рестриктивная кардиомиопатия (первичная миокардиальная, эндомиокардиальная с эозинофилией, эндомиокардиальная без эозинофилии)
4. Аритмогенная кардиомиопатия правого желудочка.

Дилатационная кардиомиопатия – заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда, развитием застойной сердечной недостаточности, часто рефрактерной к проводимому лечению и плохим прогнозом.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: одышка, потливость, беспокойство, синкопальные состояния; бледность, цианоз, гипотрофия, набухание шейных вен, кардиомегалия, ослабление верхушечного толчка, «сердечный горб», тахикардия, экстрасистолия, ослабление 1 тона и систолический шум на верхушке, акцент и раздвоение 2-го тона над легочной артерией, увеличение печени и селезенки в младшем возрасте, периферические отеки, асцит.
2. Лабораторные: маркеры ДКМП (снижение активности естественных киллеров в иммунологических исследованиях, повышение содержания фактора некроза опухоли, наличие антимиозиновых антител к α - и β -тяжелым цепям миозина, антимитохондриальные антитела, антитела к β -адренорецепторам); повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ).
3. ЭКГ: нарушение ритма (синусовая тахикардия, желудочковая аритмия, наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия), нарушения проводимости (блокада левой ножки, правой ножки пучка Гиса, дистальные нарушения АВ-проводимости), признаки гипертрофии левого желудочка, низкий вольтаж QRS, неспецифические изменения зубца Т.
5. Рентгенологически: увеличение размеров и шаровидная форма сердца. Венозный застой в сосудах малого круга, легочная гипертензия.
6. Эхокардиография: расширение полостей сердца, снижение сократимости левого желудочка, митральная и трикуспидальная регургитация при ДЭхоКГ.

Гипертрофическая кардиомиопатия – заболевание миокарда, характеризующееся очаговой или диффузной гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочка, чаще

асимметричной, с вовлечением межжелудочковой перегородки, с нормальным или уменьшенным объемом левого желудочка, сопровождающееся нормальной или увеличенной контрактильностью миокарда при значительном снижении диастолической функции.

Рабочая классификация (И.В. Леонтьева, 2002)

Вид гипертрофии	Выраженность обструктивного синдрома	Градиент давления, степень	Клиническая стадия
Асимметричная	Обструктивная форма	I ст. – до 30 мм	Компенсации
Симметричная	Необструктивная форма	II ст. – 30 - 60 мм	Субкомпенсации
		III ст. – более 60 мм	Декомпенсации

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: внезапная смерть у родственников в молодом возрасте; у детей старшего возраста - быстрая утомляемость, одышка, кардиалгии, головокружения, обмороки, ощущения «перебоев» в сердце; систолическое дрожание вдоль левого края грудины, пульсация сонных артерий, нарушения ритма, шум на верхушке сердца, нарастающий сидя.

3. ЭКГ: вольтажные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка и левого предсердия, аритмии, изменение интервала ST-T, снижение амплитуды (отрицательный) зубца T, нарушение реполяризации желудочков и проводимости по левой ножке пучка Гиса, укорочение интервала P-Q – синдром перевозбуждения желудочков, феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта, эктопические желудочковые экстрасистолы, приступы желудочковой тахикардии, суправентрикулярная аритмия.

4. Эхокардиография: гипертрофия миокарда левого желудочка, уменьшение полости левого желудочка в систоле и диастоле, дилатация полости левого предсердия, нарушение диастолической функции миокарда, при обструктивной форме – признаки обструкции из левого желудочка, митральная регургитация.

5. Магнито-резонансная томография: наличие морфологических изменений, распространенность и выраженность гипертрофии миокарда.

Рестриктивная кардиомиопатия – редкое заболевание миокарда, характеризующееся нарушением диастолической функции и повышением давления наполнения желудочков при нормальной или малоизмененной систолической функции миокарда, отсутствии его значимой гипертрофии.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: семейные случаи, быстро прогрессирующая сердечная недостаточность, с преобладанием застоя в большом круге кровообращения, цианотический румянец, влажные мелкопузырчатые хрипы, набухание шейных вен, пульс слабого наполнения, систолическое АД – снижено, верхняя граница относительной сердечной тупости смещена вверх, «ритм галопа», на верхушке – систолический шум, увеличена печень, периферические отеки, асцит.

3. ЭКГ: гипертрофия пораженных отделов сердца, перегрузка предсердий, снижение сегмента ST, инверсия зубца T.

4. Рентгенологически: увеличение размеров сердца, венозный застой в легких.

5. Эхокардиография: выражена дилатация предсердий, уменьшение полости правого желудочка, функциональная митральная и/или трикуспидальная регургитация, признаки легочной гипертензии.

Артериальная гипертензия (I 10)

Артериальная гипертензия – состояние, при котором среднее значение систолического и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех отдельных измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста.

Различают первичную (эссенциальную - гипертоническую болезнь) и вторичную (симптоматическую) АГ.

Гипертоническая болезнь (I 10- I 15)

Гипертоническая болезнь – хроническое заболевание, проявляющееся синдромом АГ, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами.

Классификация (ВОЗ, 1996)

Стадии	Признаки
I	Повышение АД без объективных признаков поражения органов мишеней
II	Повышение АД с признаками поражения органов мишеней (гипертрофия левого желудочка сердца, сужение сосудов сетчатки, микроальбуминемия или незначительное повышение уровня креатинина до 1,2-2,0 мг/дл, атеросклеротические бляшки в сонных, подвздошных, бедренных артериях)
III	Повышение АД с признаками поражения органов мишеней и клиническими проявлениями (стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, транзиторные ишемические атаки, гипертоническая энцефалопатия, кровоизлияния или экссудаты с отеком диска зрительного нерва, почечная недостаточность, расслаивающаяся аневризма аорты)

Классификация АГ у детей и подростков

Степень	Критерии
I	Средние значения систолического АД и/или диастолического АД из трех измерений равны или превышают значения 95-го перцентиля, но меньше 99-го перцентиля + 5 мм.рт.ст.
II (тяжелая)	Средние значения систолического АД и/или диастолического АД из трех измерений равны или превышают значения 99-го перцентиля более чем на 5 мм.рт.ст.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: наследственная отягощенность по СС заболеваниям, наличие экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на повышение уровня АД.
2. Мониторирование АД: повышение средних значений систолического и/или диастолического АД выше 95-го перцентиля для соответствующего параметра по росту, превышение нормативных значений индекса времени АГ в дневное и/или ночное время более чем на 50%
3. ЭКГ: признаки перегрузки предсердий, снижение сегмента ST и сглаженность зубца T.
3. Эхокардиография: гипертрофия левого желудочка, увеличение массы миокарда и нарушение диастолической функции левого желудочка, снижение релаксации левого желудочка.
4. Офтальмоскопия: сужения, извитость мелких артерий, расширение вен глазного дна.

5. Лабораторно: снижение холестерина липопротеидов высокой плотности, повышение общего и холестерина липопротеидов низкой плотности; повышение уровня ренина, ангиотензина альдостерона плазмы крови.

Артериальная гипотензия

Артериальная гипотензия – симптом, отражающий различные степени снижения АД. Гипотоническая болезнь – стойкое снижение АД, сопровождающееся выраженной симптоматикой: головными болями, головокружением, ортостатической дисрегуляцией.

Классификация (Н.С. Молчанов, 1962)

1. Физиологическая гипотензия:
 - гипотензия как индивидуальный вариант нормы;
 - гипотензия повышенной тренированности (у спортсменов);
 - адаптивная компенсаторная гипотензия жителей высокогорья.
2. Патологическая гипотензия:
 - А) первичная артериальная гипотензия (нейроциркуляторная гипотензия)
 - с нестойким обратимым течением;
 - выраженная стойкая форма (гипотоническая болезнь);
 - с ортостатическим синдромом.
 - В) симптоматическая (вторичная) артериальная гипотензия:
 - острая;
 - хроническая;
 - с выраженным ортостатическим синдромом.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: общевегетатические (головная боль, снижение работоспособности, эмоциональная лабильность, головокружение, нарушение сна); сердечно-сосудистые (кардиалгии, сердцебиения), гастроэнтерологические (боли в животе, нарушение аппетита, диспептические расстройства).
2. Суточное мониторирование АД (средние значения за сутки, индексы времени гипотензии, суточный индекс гипотензии).
3. Велоэргометрия: снижение мощности субмаксимальной выполненной нагрузки и общего объема выполненной работы, толерантности к физической нагрузке.
4. Офтальмоскопия: расширение и полнокровие вен сетчатки, отек по ходу сосудов на глазном дне.

Синдром вегетативной дистонии у детей

Вегетативная (нейроциркуляторной) дистония – синдром, характеризующийся нарушениями вегетативной регуляции внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, желез внутренней секреции и др.).

Общепринятой классификации нет.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: разнообразные многочисленные жалобы - цвет лица, дермографизм, температура, влажность/сухость кистей, расстройства терморегуляции, обмороки, сухость/потливость кожи, психоэмоциональная неустойчивость.

2. Кардиоинтервалография: вегетативный показатель ритма и индекс напряжения.

Врожденные пороки сердца и крупных сосудов (Q 24.9)

Врожденные пороки сердца – группа аномалий эмбриогенеза ССС, проявляющихся принципиальным нарушением гемодинамики, сердечно-легочной недостаточностью и нарушением психо-моторного развития.

Классификация

Нарушение гемодинамики	Без цианоза («бледный»)	С цианозом («синий»)
С переполнением малого круга кровообращения	ДМПП ДМЖП Открытый артериальный (Боталлов) проток	Транспозиция магистральных сосудов
С обеднением малого круга кровообращения	Изолированный стеноз легочной артерии	Тетрада Фалло
С обеднением большого круга кровообращения	Стеноз устья аорты Коарктация аорты	

Факторы диагностического внимания

- цианоз или выраженная бледность
- гипотрофия
- частые простудные заболевания
- плохая переносимость адекватных по возрасту физических нагрузок
- увеличение размеров сердца
- изменение тонов и/или наличие шумов в сердце
- изменение пульса
- измененное артериальное давление
- нерегулярность сердечного ритма
- любые патологические ЭКГ находки

Дефект межжелудочковой перегородки - ДМЖП

Дефект межжелудочковой перегородки - сообщение левого и правого желудочков через аномальное отверстие в перегородке, с возрастом прогрессирующим сбросом крови и гиперволемией в малом круге кровообращения.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: сроки манифестации зависят от объема сброса, разлитой усиленный верхушечный толчок, систолическое дрожание и грубый систолический шум связанный с 1-м тоном в 3-4-м м/р слева от грудины, расширение границ относительной сердечной тупости, акцент и расщепление 2-го тона над легочной артерией.

3. Инструментально: ЭКГ - отклонение электрической оси сердца вправо, признаки комбинированной перегрузки желудочков, гипертрофии правого желудочка; гиперволемия малого круга кровообращения, увеличение размеров сердца за счет обоих желудочков и предсердий на рентгенограмме органов грудной клетки; определение размера, локализации, количества дефектов на ЭхоКГ; ДЭхоКГ - определяет величину сброса.

Дефект межпредсердной перегородки - ДМПП

Дефект межпредсердной перегородки - сообщение левого и правого предсердия через аномальное отверстие в перегородке, с возрастом прогрессирующим сбросом крови и гиперволемией в малом круге кровообращения.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: анамнестически - повторные бронхиты, пневмонии, проявление заболевания с возрастом (утомляемость, одышка при физической нагрузке); границы относительной сердечной тупости расширены в обе стороны, систолический шум средней интенсивности во 2-3-м м/р слева, акцент 2-го тона над легочной артерией нарастает по мере повышения давления в легочной артерии.

3 Инструментально: отклонение электрической оси сердца вправо, признаки перегрузки правого желудочка, правого предсердия на ЭКГ; усиление легочного рисунка, в косых проекциях увеличение сердца за счет правых камер на рентгенограмме органов грудной полости; ЭхоКГ визуализирует дефект; ДЭхоКГ - определяет величину сброса.

Открытый артериальный проток - ОАП

Открытый артериальный проток - фетальный сосуд, соединяющий нисходящую аорту с легочной артерией, с прогрессирующим сбросом крови и гиперволемией в малом круге кровообращения.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: при малом диаметре может отсутствовать, отставание в физическом развитии, затажные бронхиты, пневмонии; при пальпации – систолическое дрожание у основания сердца, звонкий непрерывный систоло-диастолический шум в II м/р слева («машинный шум»).

2. Инструментально: ЭКГ - отклонение электрической оси сердца влево, признаки перегрузки левого желудочка; рентгенологически - усиление легочного рисунка, расширение или выбухание ствола легочной артерии, увеличение полостей левого предсердия и левого желудочка; регистрация потока на ДЭхоКГ.

Тетрада Фалло

Тетрада Фалло - комбинированный порок: стеноз выводного отдела правого желудочка, дефект межжелудочковой перегородки, декстропозиция расширенной аорты, гипертрофия миокарда правого желудочка, протекающий с прогрессирующими цианозом и одышкой.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: прогрессирующие диффузный цианоз и одышка с рождения, с 6-24 мес. одышечно-цианотические приступы, систолическое дрожание, грубый систолический шум парастернально, формирование «сердечного горба».

2. Инструментально: ЭКГ - отклонение электрической оси сердца вправо, признаки перегрузки и гипертрофии правого желудочка; рентгенологически - обедненный легочной рисунок, тень сердца типичной формы - «деревянный башмачок»; идентификация морфологии порока на ЭхоКГ.

3. Лабораторно: полицитемия.

Полная транспозиция магистральных артерий

Полная транспозиция магистральных артерий - аномальное отхождение аорты от правого, а легочной артерии - от левого желудочка, с сочетанием ДМЖП/ДМПП/ОАП, протекающая с рождения выраженным цианозом и одышкой.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: при рождении диффузный цианоз, выраженная одышка, прогрессирующая недостаточность кровообращения, систолическое дрожание, границы сердца расширены в поперечнике, гамма сердечных шумов, формирование «сердечного горба».
2. Инструментально: отклонение электрической оси сердца вправо, признаки перегрузки и гипертрофии правого желудочка, при больших дефектах - признаки перегрузки левого желудочка на ЭКГ; рентгенологически - нормальный, обедненный, усиленный легочной рисунок, тень сердца имеет овоидную форму («яйцо, лежащее на боку»); идентификация морфологии порока на ЭхоКГ.
3. Лабораторно: полицитемия, гипергемоглобинемия.

Коарктация аорты (...)

Коарктация аорты - врожденное сегментарное сужение аорты, в сочетании с ОАП (детский тип), изолированная коарктация (взрослый тип).

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: у детей раннего возраста – задержка роста и прибавки массы тела, у старших - головная боль, ощущение пульсации в головы, интенсивный систолический шум между лопатками на уровне 2-го грудного позвонка, пульс на бедренной артерии ослаблен или не прощупывается, высокое АД на руках и низкое на ногах.
2. Инструментально: ЭКГ- перегрузка левого желудочка с явлениями ишемии; рентгенологически - узурация нижних краев ребер, шаровидная или «овоидная» форма сердца

Ювенильный ревматоидный артрит (M08.0 - M08.9)

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) – артрит неустановленной причины, длительностью более 6 недель, развивающийся у детей в возрасте не старше 16 лет при исключении другой патологии суставов.

Классификация

ACR (Американская коллегия ревматологов)	EULAR (Европейская лига против ревматизма)	ILAR (Международная лига ревматологических ассоциаций)
Ювенильный ревматоидный артрит Системный Полиартикулярный	Ювенильный хронический артрит Системный Полиартикулярный Ювенильный ревматоидный артрит (РФ+) Олиго(пауци-)арттикулярный	Ювенильный идиопатический артрит Системный Полиартикулярный РФ- Полиартикулярный РФ+
Олиго(пауци-)арттикулярный	Ювенильный псориатический артрит Ювенильный анкилозирующий спондилит	Олигоарттикулярный Персистирующий Распространившийся Псориатический артрит
		Энтезитный артрит Другие артриты

Критерии диагностики
(Американская коллегия ревматологов)

- дебют заболевания до 16 лет;
- поражение одного или более суставов, характеризующееся припухлостью, выпотом, или наличием двух признаков (ограничение функции, болезненность при пальпации, повышение местной температуры);
- длительность суставных изменений от 6 недель до 3 месяцев;
- исключение всех других ревматических заболеваний.

1. Клинические симптомы: при системном варианте (любой возраст, начало острое, лихорадка фебрильная, чаще по утрам, сопровождается ознобом, падение температуры – проливным потом); при полиартикулярном варианте (возраст от 8 до 15 лет, чаще у девочек, подострое начало); при олигоартикулярном варианте (возраст от 1 до 5 лет, чаще у девочек, подострое начало, иридоциклит).

Объективно - системный вариант (на коже сыпь пятнистая или пятнисто-папулезная, не сопровождается зудом, не стойкая, усиливается на высоте лихорадки, локализуется преимущественно в области суставов, на лице, боковых поверхностях туловища, ягодицах, конечностях); поражение внутренних органов сердца, (миокардит, перикардит); легких (пневмонит, плевропневмонит, фиброзирующий альвеолит); полисерозит (перикардит, плеврит, перигепатит, периспленит, серозный перитонит); васкулит (ладонный капиллярит, подошвенный капиллярит, локальные ангионевротические отеки, чаще области кисти, цианотическая окраска ладоней и стоп, мраморность кожных покровов); глаз – увеит; лимфаденопатия; гепатоспленомегалия;

- суставной синдром при системном варианте (артралгии, миалгии, олигоартрит, полиартрит, коксит, асептический некроз тазобедренных суставов, амиотрофия, стойкие деформации и контрактуры); при полиартикулярном варианте (полиартрит симметричный с поражением коленных, лучезапястных, голеностопных, мелких суставов кистей, стоп; с формированием анкилозов, деструктивного артрита); при олигоартикулярном варианте (асимметричный с поражением преимущественно нижних конечностей – пяточные области, суставы стоп, поясничный отдел позвоночника, с развитием энтезопатий, течение очень агрессивное, быстрое формирование деструктивного процесса, наступление инвалидизации);

2. Лабораторно: лейкоцитоз 30-50 Г/л, п/я лейкоциты – 25-30%, возможно до миелоцитов, СОЭ до 50-80 мм/ч, гипохромная анемия; повышение концентрации СРБ, IgM и IgG, положительный антинуклеарный фактор (АНФ), наличие HLA DR4 (при серопозитивном варианте), HLA A2, HLA B27 в сыворотке крови.

3. Инструментально: ЭКГ - признаки перегрузки левых и/или правых отделов сердца при миоперикардите; УЗИ - увеличение размеров паренхиматозных органов; дилатация левого желудочка, снижение фракции выброса левого желудочка, суставов наличие выпота, эрозий, утолщений, неровности, прерывистости кортикального слоя суставных поверхностей по данным; рентгенологически - усиление сосудисто-интерстициального рисунка легких, явления фиброзирующего альвеолита, сотового легкого; наличие стадийности изменений в суставах (1 ст. – эпифизарный остеопороз, 2 ст. - эпифизарный остеопороз, разволокнение хряща, сужение суставной щели, единичные эрозии, 3 ст. – деструкция хряща и кости, формирование костно-хрящевых эрозий, подвывихи в суставах, 4 ст. - деструкция хряща и кости, формирование костно-хрящевых эрозий, подвывихи, фиброзный или костный анкилоз); КТ - грудной клетки (выпот, гидроперикард и др.), суставов (выпот в полость сустава и синовиальной сумки, разряжение костной структуры, эрозивные дефекты на поверхностях костей и др.); МРТ суставов - сужение суставной щели, неровность суставных поверхностей.

Системная красная волчанка (М32.1)

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной регуляции, определяющее образование органонеспецифических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов, определяющих развитие иммунного воспаления в тканях многих органов.

Классификация (В.А.Насонова, 1972-1986)

Характер течения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый (внезапное начало, быстрая генерализация, полисиндромальная клиническая картина с поражением почек, и/или ЦНС, высокая иммунологическая активность) 2. Подострый (постепенное начало, поздняя генерализация, волнообразное течение, прогноз более благоприятный) 3. Первично-хронический, с моносиндромным началом, поздней и клинически малосимптомной генерализацией и относительно благоприятным прогнозом
Активность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Высокая активность (III степень) - высокая лихорадка, выраженные изменения со стороны внутренних органов (нефрит с нефротическим синдромом, эндомиокардит, экссудативный перикардит и/или плеврит), тяжелое поражение ЦНС, кожи (дерматит), опорно-двигательного аппарата (острый полиартрит и/или полиомиелит), СОЭ более 45 мм/ч, АНФ и АН к ДНК в высоком титре, значительное снижение общей гемолитической активности комплемента и его компонентов С3, С4. 2. «Волчаночный криз» - функциональная недостаточность какого-либо органа на фоне высокой активности патологического процесса. 3. Умеренная активность (II степень) - субфебрильная лихорадка, полиартрит или полиартралгии, дерматит, умеренная реакция стороны серозных оболочек, нефрит без нефротического синдрома и нарушения почечных функций, СОЭ повышена (25-45 мм/ч), АНФ, АТ к ДНК, ЦИК в умеренном титре. 4. Низкая активность (I степени) - общее состояние не нарушено, лабораторные показатели изменены мало, признаки поражения внутренних органов определяются при комплексном обследовании, неяркие проявления кожного и суставного синдромов. 5. Ремиссия - отсутствие клинических и лабораторных признаков активности процесса.

Критерии диагностики (Американская коллегия ревматологов, 1997)

Критерии	Определение
Высыпания в скуловой области	Фиксированная эритема – плоская или приподнимающаяся на скуловых дугах с тенденцией к распространению на назолабиальные складки
Дискоидные высыпания	Эритематозные приподнимающиеся бляшки с кератическим шелушением и фолликулярными пробками, на старых очагах – атрофические рубчики
Фотосенсибилизация	По данным анамнеза кожные реакции представляют результат реакции на инсоляцию
Язвы полости рта	Язвы во рту или носоглоточной области, безболезненные
Артрит	Неэрозивный артрит двух или более периферических суставов, с болезненностью, припухлостью, выпотом
Серозит	Плеврит, перикардит
Поражение почек	Стойкая протеинурия более 0,5 г/сут или цилиндродурия (эритроцитарные, гемоглобиновые, зернистые, смешанные цилиндры)
Неврологические нарушения	Судороги, психоз, не связанные с приемом лекарств
Гематологические нарушения	Гемолитическая анемия с ретикулоцитозом, лейкопения ($<4 \times 10^9/\text{л}$), лимфопения ($<1,5 \times 10^9/\text{л}$), тромбоцитопения ($<100 \times 10^9/\text{л}$)
Иммунные нарушения	Антитела к нативной ДНК в повышенных титрах, антитела к Sm-антигену, наличие АФЛ

Антинуклеарный фактор	Повышение титра антинуклеарного фактора в тесте иммунофлюоресценции
-----------------------	---

Чувствительность данных критериев составляет 78-96%, специфичность – 89-96%. При наличии у больного 4 или более признаков в любом сочетании диагноз СКВ считается достоверным, при наличии 3 признаков – вероятным.

Ювенильный дерматомиозит(М 33.9)

Ювенильный дерматомиозит (идиопатический) – тяжелое прогрессирующее системное заболевание с преимущественным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, кожи и сосудов микроциркуляторного русла, нередко осложняющее кальцинозом и гнойной инфекцией.

Классификация (L. Rider и F. Miller, 1997)

- Ювенильный дерматомиозит
- Ювенильный полимиозит
- Миозит в рамках перекрестных синдромов
- Миозит мышц орбиты и глаз
- Миозит, ассоциирующий с опухолями
- Фокальный или нодулярный миозит
- Пролиферативный миозит
- Миозит «с включениями»
- Амиопатический дерматомиозит («дерматомиозит без миозита»)
- Эозинофильный миозит
- Гранулематозный миозит

Критерии диагностики

1. Симметричная прогрессирующая слабость мышц плечевого/тазового пояса, передних сгибателей шеи, в сочетании с дисфагией или поражением дыхательной мускулатуры.
2. Дерматологические проявления: гелиотропная окраска кожи век с периорбитальным отеком, чешуйчатый эритематозный дерматит на тыльной поверхности кистей, над пястно-фаланговыми и проксимальными межфаланговыми, коленными, локтевыми суставами, лица, шеи, верхней половины грудной клетки.
3. Гистология мышц: некроз мышечных фибрилл, фагоцитоз, регенерация с базофилией, крупные ядра и ядрышки в сарколемме, перифасциальная атрофия, вариабельность размера миофибрилл, воспалительный экссудат.
4. Повышение концентрации мышечных ферментов (КФК, альдолаза, АСТ, АЛТ, ЛДГ).
5. Электромиография: короткие, мелкие полифазные моторные единицы, фибрилляции;

Диагноз определенный – при наличии 1-го и любых 3 из последующих 4 критериев; вероятный - при наличии 1-го и любых 2 из последующих 4 критериев; возможный - при наличии 1-го и 1 из последующих 4 критериев.

Для установления диагноза ЮДМ необходимо наличие типичного кожного синдрома в сочетании с 2-я любыми другими критериями.

Ювенильная системная склеродермия (М 34.9)

Ювенильная системная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани, в возрасте до 16 лет характеризующееся прогрессирующими фиброзно-склеротическими

изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и распространенными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно.

Классификация

Диффузная склеродермия	<ul style="list-style-type: none"> - Генерализованное поражение кожи конечностей, лица и туловища, синдром Рейно; - раннее развитие висцеральной патологии (интерстициальное поражение легких, поражение ЖКТ, миокарда, почек); - редукция капилляров ногтевого ложа с формированием аваскулярных участков; - антитела к топоизомеразе-1 (АТ Scl-70)
Лимитированная склеродермия	<ul style="list-style-type: none"> - Длительный период изолированного синдрома Рейно; - повреждение кожи преимущественно на лице, кистях и стопах; - позднее развитие легочной гипертензии, поражение ЖКТ, телеангиэктазии, кальциноз (CREST- синдром: кальциноз, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилия, телеангиэктазии); - выявление антицентромерных антител; - расширение капилляров ногтевого ложа без выраженных аваскулярных участков
Перекрестные формы (Overlap – синдром)	<ul style="list-style-type: none"> - сочетание ССД с одним или несколькими диффузными заболеваниями соединительной ткани (дерматомиозит, РА. СКВ)

Критерии диагностики (Американская коллегия ревматологов)

1. Основной критерий: проксимальная склеродермия (склеродермическое поражение кожи, выходящее за пределы метакарпофаланговых суставов).
2. Малые критерии: склеродактилия, дигитальные язвочки или рубчики ногтевых фаланг, двусторонний базальный фиброз легких.

Для диагноза необходимо наличие основного или не менее 2 малых критериев.

Диагностические признаки (Гусева Н.Г., 1997)

1. Основные признаки: склеродермическое поражение кожи, синдром Рейно, дигитальные язвочки/рубчики, суставно-мышечный синдром (с контрактурой), остеолит, кальциноз, базальный пневмофиброз, крупноочаговый кардиосклероз, склеродермическое поражение пищеварительного тракта, нефропатия, наличие специфических антинуклеарных антител (анти-Scl-70, антицентромерные антитела), капилляроскопические признаки.
2. Дополнительные признаки: гиперпигментация кожи, телеангиэктазии, трофические нарушения, полиартралгии, полимиалгии, полимиозит, полисерозит (чаще адгезивный), хроническая нефропатия.

Достоверный диагноз – сочетание 3 любых основных признаков или 1 основной + 3 вспомогательных.

Геморрагический васкулит (Д 69))
(б. Шенлейна-Геноха, капилляротоксикоз, аллергическая пурпура)

Геморрагический васкулит - иммунокомплексное асептическое воспаление стенок микрососудов, характеризующееся множественными микротромбами сосудов кожи, кишечника, клубочков почек, нередко сочетается с артралгиями или артритом.

Классификация

Фазы болезни	активная, стихания
Клинические формы	простая, смешанная, смешанная с поражением почек
Клинические синдромы	кожный, суставной, абдоминальный, почечный
Степень тяжести	легкая, среднетяжелая, тяжелая
Характер течения	острое, хроническое, рецидивирующее

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы:

- кожный синдром у всех больных - пятнисто-папулезная, геморрагическая, симметричная, сливная, волнообразная сыпь, преимущественно на нижних конечностях, ягодицах, вокруг крупных суставов, оставляет пигментацию;
- суставной синдром – артралгии, обратимый артрит, преимущественно крупных суставов, болезненность, отек, сохраняется от нескольких часов до нескольких дней;
- абдоминальный синдром – умеренные или схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, жидкий стул с примесью крови;
- почечный синдром – гематурия различной степени, реже гломерулонефрит, преимущественно гематурической, может нефротической формы.

2. Лабораторно: умеренный лейкоцитоз с нейтрофилезом, эозинофилией, тромбоцитоз, повышение концентрации ЦИК, удлинение времени свертывания крови, фибриногенемия.

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе
- 2) заболевание сердца
- 3) системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в суставах

2. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ

- 1) вирусной инфекции
- 2) хламидийной инфекцией
- 3) острой А-стрептококковой инфекции

3. ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ У

- 1) у всех детей, перенесших вирусное заболевание
- 2) у всех детей, перенесших стрептококковую инфекцию
- 3) у предрасположенных лиц, преимущественно в возрасте 7–15 лет

4. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

- 1) нет специфических для ОРЛ критериев, используется синдромальный принцип
- 2) имеются специфические критерии диагностики ОРЛ

5. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) кардит, полиартрит
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок

6. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия, лихорадка
- 2) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 3) хорея

7. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) удлинение интервала PR на ЭКГ
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) кольцевидная эритема

8. ВЫБЕРИТЕ БОЛЬШИЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) удлинение интервала PR на ЭКГ
- 2) подкожные ревматические узелки
- 3) артралгия, лихорадка

9. ВЫБЕРИТЕ МАЛЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия, лихорадка
- 2) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 3) хорея

10. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) повышенные острофазовые реактанты: СОЭ, С-реактивный белок
- 2) хорея
- 3) артралгия, лихорадка

11. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) подкожные ревматические узелки
- 2) артралгия, лихорадка
- 3) удлинение интервала PR на ЭКГ

12. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева

- 2) артралгия
- 3) лихорадка

13. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) артралгия
- 2) лихорадка
- 3) положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена

14. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОРЛ

- 1) подкожные ревматические узелки
- 2) повышенные титры противострептококковых антител
- 3) кардит

15. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) большие диагностические критерии
- 2) позитивная А-стрептококковая культура, выделенная из зева
- 3) артралгия

16. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) малые клинические критерии
- 2) повышенные титры противострептококковых антител
- 3) лихорадка

17. ДАННЫЕ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЕ ПЕРЕНЕСЕННУЮ А-СТРЕПТОКОККОВУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) большие диагностические и малые клинические критерии
- 2) лабораторные критерии
- 3) положительный тест быстрого определения А-стрептококкового антигена

18. О ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев
- 2) наличие одного большого критерия
- 3) наличие двух малых критериев

19. ПОВТОРНАЯ АТАКА ОРЛ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАНА НА ОСНОВАНИИ

- 1) одного большого или только малых критериев в сочетании с повышенными титрами противострептококковых антител
- 2) наличие одного большого критерия
- 3) наличие двух малых критериев

20. О ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ ОРЛ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) наличие одного большого критерия
- 2) наличие двух малых критериев
- 3) два больших критерия, в сочетании с данными, подтверждающими предшествующую инфекцию β -гемолитическими стрептококками группы А

21. МИОКАРДИТ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 2) поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы воспалительного характера

22. ПО ЭТИОЛОГИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ БЫВАЕТ

- 1) вирусно-бактериальный, бактериальный, паразитарный
- 2) врождённый
- 3) хронический

23. ПО ЭТИОЛОГИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИЙ КАРДИТ БЫВАЕТ

- 1) врождённый
- 2) хронический
- 3) аллергический

24. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) кардиосклероз, гипертрофия миокарда
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

25. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) нарушение ритма и проводимости
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

26. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ИСХОДЫ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА

- 1) поражение клапанов
- 2) левожелудочковая недостаточность
- 3) хронический миокардит

27. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) бледность, акроцианоз, цианоз слизистых
- 2) нарушение реполяризации, ритма и проводимости на ЭКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

28. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов, белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ, ЛДГ фракции 1, тропонина Т)
- 2) бледность, акроцианоз, цианоз слизистых
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

29. ПЕРЕЧИСЛИТЕ БОЛЬШИЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение

- 2) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания

30. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 2) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ
- 3) лабораторное подтверждение перенесенного вирусного заболевания (выделение возбудителя)

31. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 2) ослабление первого тона; «ритм галопа»
- 3) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ

32. ПЕРЕЧИСЛИТЕ МАЛЫЕ ПРИЗНАКИ НУНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА

- 1) тахикардия (иногда брадикардия); ослабление первого тона
- 2) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 3) увеличение размеров сердца по данным рентгенографии органов грудной полости или ЭхоКГ

33. ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА:

- 1) тахикардия (иногда брадикардия); ослабление первого тона
- 2) затруднение при вскармливании, повышенную потливость, нарастающее беспокойство, возбуждение
- 3) повышенной активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков

34. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) слабость, адинамию, боли в животе
- 2) «ритм галопа», систолический шум на верхушке, увеличение печени
- 3) снижение вольтажа зубцов, нарушение ритма, неспецифические изменения сегмента ST и зубца T на ЭКГ

35. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ МИОКАРДИТА ОТНОСЯТСЯ

- 1) слабость, адинамию, боли в животе
- 2) признаки воспаления в миокарде по данным миокардиальной биопсии
- 3) «ритм галопа», систолический шум на верхушке, увеличение печени

36. КАРДИОМИОПАТИИ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) неоднородная группа хронических, тяжело протекающих болезней миокарда, приводящих к развитию дисфункции миокарда
- 2) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

37. ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 2) заболевание, характеризующееся поражением сердечной мышцы
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

38. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) резкое расширение полостей сердца, особенно левого желудочка
- 3) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе

39. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе
- 3) диффузное снижение сократимости миокарда, снижение фракции выброса желудочков по данным радионуклидного исследования

40. ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) заболевание миокарда, характеризующееся очаговой или диффузной гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочка, чаще асимметричной
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

41. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)
- 2) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе
- 3) вольтажные признаки гипертрофии миокарда левого желудочка и левого предсердия

42. К ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТНОСЯТ

- 1) повышение активности в плазме кардиоселективных ферментов и белков (КФК, изоэнзим КФК-МВ)

- 2) гипертрофия миокарда левого желудочка, уменьшение полости левого желудочка, как в периоде систолы, так и в диастолу, дилатация полости левого предсердия
- 3) жалобы на одышку при кормлении, повышенную потливость, беспокойство, боли в животе

43. РЕСТРИКТИВНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) редкое заболевание миокарда, характеризующееся нарушением диастолической функции и повышением давления наполнения желудочков при нормальной систолической функции миокарда,
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

44. АРИТМОГЕННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) редкое заболевание неясной этиологии, характеризующееся прогрессирующим замещением миоцитов правого желудочка жировой или фиброзножировой тканью, приводящим к атрофии и истончению стенки желудочков
- 2) заболевание миокарда, характеризующееся резким расширением полостей сердца, снижением сократительной функции миокарда
- 3) заболевание, характеризующееся поражением клапанов

45. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста.
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами.
- 3) заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии

46. ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста.
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами.
- 3) заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипертензии

47. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) наследственная отягощенность по СС заболеваниям, наличие экзогенных и эндогенных факторов, влияющих на повышение уровня АД
- 2) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 3) отсутствие микроальбуминурии при диабете

48. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 2) отсутствие микроальбуминурии при диабете
- 3) нарушение вегетативного тонуса (данные кардиоинтервалографии), вегетативного обеспечения (клиноортостатическая проба)

49. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АГ ОТНОСЯТ

- 1) снижение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 2) повышение значений холестерина липопротеидов низкой плотности
- 3) отсутствие микроальбуминурии при диабете

50. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ - ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста
- 2) хроническое заболевание, проявляющееся синдромом артериальной гипотензии, причины которой не связаны с конкретными патологическими процессами
- 3) симптом, отражающий различные степени снижения АД

51. ГИПОТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ – ЭТО (ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ПОЛНОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ)

- 1) симптом, отражающий различные степени снижения АД
- 2) стойкое снижение АД, сопровождающееся выраженной симптоматикой: головными болями, головокружением, ортостатической дисрегуляцией
- 3) состояние, при котором среднее значение систолического артериального давления и/или диастолического артериального давления, рассчитанное на основании трех измерений, равно или превышает 95-й перцентиль кривой распределения АД в популяции для соответствующего возраста, пола, роста

52. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) полная транспозиция магистральных сосудов
- 3) тетрада Фалло

53. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) полная транспозиция магистральных сосудов

- 2) тетрада Фалло
- 3) открытый артериальный (Боталлов) проток

54. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) полная транспозиция магистральных сосудов
- 2) тетрада Фалло
- 3) дефект МЖП

55. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА СИНЕГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) тетрада Фалло
- 3) дефект МЖП

56. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА СИНЕГО ТИПА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект МЖП
- 3) полная транспозиция магистральных сосудов

57. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) дефект МЖП
- 3) стеноз легочной артерии

58. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- 2) стеноз аорты
- 3) дефект МЖП

59. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА С ПРЕПЯТСТВИЕМ К ВЫБРОСУ КРОВИ ИЗ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ

- 1) коарктация аорты
- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) дефект МЖП

60. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) длительность суставных изменений от 6 недель до 3 месяцев
- 2) поражение межпредсердной перегородки
- 3) наличие других ревматических заболеваний

61. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) поражение межпредсердной перегородки
- 2) поражение одного или более суставов, характеризующееся признаками воспаления
- 3) наличие других ревматических заболеваний

62. К КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ ЮРА ОТНОСЯТ (АМЕРИКАНСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГОВ)

- 1) поражение межпредсердной перегородки

- 2) наличие других ревматических заболеваний
- 3) исключение всех других ревматических заболеваний

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1. – 1	22. – 1	43. – 1
2. – 3	23. – 3	44. – 1
3. – 3	24. – 1	45. – 1
4. – 1	25. – 1	46. – 2
5. – 1	26. – 1	47. – 1
6. – 3	27. – 2	48. – 3
7. – 3	28. – 1	49. – 2
8. – 2	29. – 2	50. – 3
9. – 1	30. – 3	51. – 2
10. – 1	31. – 2	52. – 1
11. – 3	32. – 1	53. – 3
12. – 1	33. – 3	54. – 3
13. – 3	34. – 3	55. – 2
14. – 2	35. – 2	56. – 3
15. – 2	36. – 1	57. – 3
16. – 2	37. – 1	58. – 2
17. – 3	38. – 2	59. – 1
18. – 1	39. – 3	60. – 1
19. – 1	40. – 1	61. – 2
20. – 3	41. – 3	62. – 3
21. – 3	42. – 2	

ПАТОЛОГИЯ БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Бронхиты (J 20.0-J 20.9; J40-J43)

Бронхит – воспалительное поражение бронхов любого калибра различной этиологии (инфекционной, аллергической, токсической), сопровождающееся гиперсекрецией слизи, бронхоспазмом, кашлем, а при поражении мелких бронхов – одышкой.

Классификация

Генез	Форма	Течение	Этиология	Локализация	Характер воспаления
Первичный	Простой	Острый	Вирусный	Локальный	Катаральный
Вторичный	Обструктивный	Рецидивирующий	Бактериальный	Односторонний	Гнойный
	Облитерирующий	Хронический	Вирусно-бактериальный	Двусторонний	Катарально-гнойный
			Аллергический	Диффузный	Фибринозно-некротический
			Воздействие физич. и химич. факторов		

Критерии диагностики

Острый простой бронхит (J 20.0-J 20.9)

1. Клинические симптомы: кратковременный фебрилитет, умеренная интоксикация, кашель (сухой, затем влажный).
2. Перкуторно: ясный легочной звук (возможно с коробочным оттенком), симметрично с обеих сторон.
3. Аускультативно: усиленное везикулярное (бронхиальное) дыхание, сухие, затем влажные хрипы на вдохе и вначале выдоха симметрично с обеих сторон.

Острый обструктивный бронхит (J44.8)

острый бронхит, протекающий с синдромом бронхиальной обструкции.

1. Клинические симптомы: умеренная интоксикация, эмфизематозная грудная клетка, выраженная экспираторная одышка, шумное свистящее дыхание, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, кашель с трудноотделяемой мокротой.
2. Перкуторно: коробочный звук симметрично с обеих сторон.
3. Аускультативно: рассеянные сухие свистящие хрипы, максимально на выдохе, симметрично с обеих сторон.

Острый бронхиолит (J21.0, J21.8, J21.9)

острое распространенное экссудативное и/или продуктивно-склеротическое воспаление эпителия бронхиол, с последующей организацией экссудата и гранулематозной реакцией, а за тем и облитерацией их просвета, приводящее к частичной или полной непроходимости.

1. Клинические симптомы: умеренная интоксикация, одышка экспираторного характера, участие вспомогательной мускулатуры, раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков, цианоз носогубного треугольника, кашель сухой, приступообразный, частый, со 2-3 дня - влажный.

2. Перкуторно: коробочный звук симметричный с обеих сторон.
3. Аускультативно: жесткое (бронхиальное) дыхание, на вдохе обилие диффузных мало-звучных мелких влажных и крепитирующих хрипов симметрично с обеих сторон, на выдохе сухие, свистящие хрипы, выдох удлинён, возможна мозаичность аускультативной картины с периодами апноэ.

Облитерирующий бронхиолит (J44.8)

осложнение острого бронхиолита, как правило, у детей первых двух лет жизни, характеризуется частичной или полной обструкцией дистальных дыхательных путей вследствие пролиферации фиброзной ткани в стенке или просвете мелких бронхов и бронхиол.

Различают формы заболевания: очаговую, долевою, синдром Мак Леода (J43.0).

1. Клинические симптомы: нарастание экспираторной одышки через 1-3 недели после стихания острого процесса, рецидивирующие приступы обструкции (аналогичные астматическим приступам), бочкообразная грудная клетка, непостоянный кашель со скудной слизистой мокротой.
2. Физикальные изменения: коробочный перкуторный звук, мелкопузырчатые стойкие, необратимые хрипы.
3. Проба с бронхолитиками отрицательная.
4. Рентгенологически: феномен односторонней сверхпрозрачности легких при уменьшенных размерах легкого, положительный симптом «воздушной ловушки», низкое стояние диафрагмы, мелкие участки пневмосклероза, ателектазы, дистелектазы.
5. Сцинтиграфия: снижение легочной перфузии в зонах облитерации артериол.

Рецидивирующий бронхит (J 40.1)

бронхит без обструкции (рецидивирующий бронхит), или с обструкцией (рецидивирующий обструктивный бронхит), повторяющийся более 3 раз в течение года на фоне ОРВИ, с полным выздоровлением, без морфологических изменений между рецидивами.

Хронический бронхит (J 41.0 -J 42.0)

неспецифическое распространенное воспалительное поражение бронхов, протекающее с периодами ремиссии и обострения, имеющее в морфогенезе необратимый субстрат хронизации в виде метаплазии эпителия и деформации бронхов.

1. Клинические симптомы: продуктивный кашель более 3 месяцев в году, 2-3 обострения заболевания на протяжении 2 лет.
2. Аускультативно: влажные разнокалиберные хрипы симметрично с обеих сторон, в течение месяцев.
3. Рентгенологически: усиление, деформация и повышение тяжести легочного рисунка симметрично с обеих сторон, уплотнение и деформация корня легкого симметрично с обеих сторон.
4. Фибробронхоскопия: слизисто-гнойная мокрота, гиперемия слизистой.

Пневмонии (J 12.0-J 18.9)

Пневмония – острое заболевание респираторного тракта преимущественно бактериальной этиологии с внутриальвеолярной экссудацией, характеризующаяся синдромами интоксикации, дыхательной недостаточности и легочной инфильтрации.

Классификация

Течение	Происхождение	Форма	Этиология	Тяжесть	Осложнения
Острая Затяжная	Домашняя (внебольничная) Госпитальная (внутрибольничная) Перинатальная При иммунодефиците На фоне ИВЛ	Очаговая Очагово-сливная Сегментарная Крупозная (долевая) Интерстициальная	Пневмококковая Стафилококковая Стрептококковая Пневмоцистная Гемофильная Вирусные Хламидийная Микоплазменная Вызванные: - Кишечной флорой - Псевдомонадами	Нетяжелая Тяжелая Протекающая с осложнениями	<u>Легочные</u> Плевриты Легочная деструкция Абсцесс легкого Пневмоторакс Пиопневмоторакс <u>Внелегочные</u> Инфекционно-токсический шок ДВС-синдром Респираторный дистресс-синдром

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: интоксикация различной степени (как правило: повышение температуры выше 38° С, дольше 3-5 дней), дыхательная недостаточность (одышка смешанного характера, участие вспомогательной мускулатуры, без бронхообструктивного синдрома, цианоз), влажный кашель.
2. Физикально: локализованность, односторонность процесса (как правило), укорочение перкуторного звука, жесткое (бронхиальное) или ослабленное дыхание, стойкие локальные мелкокалиберные хрипы или крепитация.
3. Рентгенологически: гомогенные, очагово-сливные тени при бактериальных пневмониях; тяжистые, негомогенные, диссеминированные при атипичных; с выбухающей границей тени при деструкции.
4. При типичной пневмонии: лейкоцитоз (более 15 Г/л), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ более 20 мм/ч.

**Хронические воспалительные болезни и пороки развития бронхов и легких
(J 40- J 44, J 47)**

Пороки развития трахеи, бронхов, легких

- I. Связанные с недоразвитием структур: агенезия, аплазия, гипоплазия легких.
- II. Пороки трахеи и бронхов:
 - A) Распространенные: трахеобронхомегалия (синдром Мунье-Куна), трахеобронхомалиация, синдром Вильямса-Кемпбелла, бронхомалиация, бронхоэктатическая эмфизема.
 - B) Ограниченные: стенозы трахеи, лобарная эмфизема, дивертикулы трахеи и бронхов, трахео-бронхопищеводные свищи.
- III. Кисты легких.
- IV. Секвестрация легких.
- V. Синдром Картагенера.
- VI. Пороки развития легочных сосудов: агенезия, гипоплазия легочной артерии и ее ветвей, артериовенозные аневризмы, аномальное впадение легочных вен.
- VII. Поражения легких при первичных иммунодефицитах.

Критерии диагностики хронических воспалительных bronхолегочных заболеваний

1. Клинические симптомы: синдром хронической интоксикации (слабость, вялость, бледность кожных покровов, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стёкл»), продуктивный кашель, уплощение грудной клетки на стороне поражения или воронкообразные, килевидные изменения.
2. Физикально: локализованность, односторонность процесса, укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания над стороной поражения, стойкие разнокалиберные (средне- и мелкопузырчатые) хрипы.
3. Рентгенологически: деформация легочного рисунка в зоне поражения, повышение воздушности соседних сегментов, смещение срединной тени в сторону поражения.
4. Фибробронхоскопия: признаки слизисто-гнойного или гнойного бронхита.
5. КТ: очаги инфильтрации, ателектазов, пневмосклероза, бронхоэктазы, деформация бронхов.

Муковисцидоз (E 84.9)

Муковисцидоз (cystic fibrosis) – наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, обусловленное мутацией гена муковисцидозного трансмембранного регулятора проводимости, характеризующееся генерализованным поражением экзокринных желез жизненно важных органов, прогрессирующим бронхолегочным процессом, тотальной панкреатической недостаточностью, синдромом мальабсорбции.

Классификация

Форма	Фаза	Активность процесса	Степень тяжести	Осложнения
Смешанная – с поражением ЖКТ и бронхолегочной системы (75-80%) Легочная – с преимущественным поражением легких (15-20%) Кишечная – с преимущественным поражением ЖКТ (5%) Редкие формы: - мекониальный илеус (15%) - отечно-анемическая - цирротическая и др.	Ремиссия Обострение	Малая активность Средняя активность Бронхит	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Пневмоторакс, пневмомедиастинум Легочное кровотечение Кровотечение из вен пищевода или кишечное Лобарные или сегментарные ателектазы Печеночная энцефалопатия

Критерии диагностики

1. В анамнезе тяжёлый рецидивирующий бронхолегочный процесс, мекониальный илеус.
2. Повышенный уровень иммунореактивного трипсина при неонатальном скрининге.
3. Повышение концентрации Cl⁻ >60 ммоль/л и Na⁺ >70 ммоль/л при исследовании электролитов пота.
4. Рентгенологически: диффузные, двусторонние, многообразные инфильтративные, перибронхиальные, ателектатические и склеротических изменений на фоне выраженной эмфиземы.
5. КТ: очаги инфильтрации, ателектазов, пневмосклероза, бронхоэктазы, деформация бронхов.
6. Фибробронхоскопия: явления хронического гнойного бронхита.
7. В мокроте наличие патогенной микрофлоры.

Плеврит (R09.1)

Плеврит – полиэтиологическое воспаление плевры с образованием на ее поверхности или в полости выпота.

Классификация

Течение	Локализация	Форма	Этиология	Фаза	Осложнения
Острый	Пристеночные (костальные)	Сухой (фибринозный)	Инфекционный: пневмок., стафилок., стрепток., туберкулез, вирусный Неинфекционный: травматический, аллергический Имунопатолог.: при системных заболеваниях крови, почек, печени, соединит. ткани	Нарастания экссудата	Пиопневмоторакс Хр. эмпиема плевры Гидроторакс Хилоторакс Гемоторакс Пневмоторакс ДН
Рецидивирующий	Верхушечные Диафрагмальные (базальные)	Экссудативный (серозный, гнойный, серозно-фибриноз., хилезный, геморраг., смешанный)		Рассасывания экссудата	
Хронический	Медиастенальные Междольевые	Синпневмонический Метапневмонический			

Критерии диагностики

Сухой (фибринозный) плеврит

1. Клинические симптомы: боли с иррадиацией в различные области грудной клетки, сухой болезненный кашель, ограничение подвижности легочного края.
2. Аускультативно: шум трения плевры на ограниченных участках.

Серозный плеврит

1. Клинические симптомы: начало острое, фебрилитет, озноб, сухой, короткий и болезненный кашель, боли в боку, одышка.
2. Физикально: выбухание пораженной половины грудной клетки, с отставание при дыхании, сглаженность межреберий, отечность кожи над этим участком, притупление легочного тона, ослабление голосового дрожания, ослабление дыхания с бронхиальным оттенком, шум трения плевры при рассасывании.

Бронхиальная астма (J45.0-J45.9)

Бронхиальная астма (БА) – это хроническое аллергическое воспалительное заболевание бронхов, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы с развитием бронхиальной гиперреактивности, бронхоспазма, приводящее к повторным эпизодам свистящих хрипов, одышке, чувству заложенности в груди и кашлю, особенно по ночам или ранним утром, обратимом спонтанно или под действием лечения.

Классификация БА (GINA, 2006)

Этиология	Степень тяжести	Период болезни	По уровню контроля
Аллергическая (атопическая)	Интермитирующая - легкая	Обострение	Контролируемая
Неаллергическая	Персистирующая - легкая - средней степени - тяжелая	Ремиссия	Частично контролируемая Неконтролируемая

Классификация БА по степени тяжести (GINA, 2006) и критерии диагностики

Характеристики	Степень тяжести			
	Интермитирующая	Персистирующая		
		Легкая	Легкая	Средней степени
Дневные симптомы	< 1 раза в неделю	> 1 раза в неделю, но < 1 раза в день	ежедневно	ежедневно
Ночные симптомы	< 2-х раз в месяц	> 2-х раз в неделю	> 1 раза в неделю	частые симптомы
Обострения	кратковременные	нарушают активность и сон	нарушают активность и сон	частые обострения
ОФВ1 или ПСВ (от должного)	≥ 80%	≥ 80%	60-80%	≤ 60%
Вариабельности ОФВ1 или ПСВ	< 20%	≤ 30%	> 30%	> 30%

Критерии диагностики

1. В анамнезе - atopические заболевания, частые бронхиты и ОРЗ, особенно при наличии аллергических проявлений у ребёнка или его родственников, эпизоды одышки, затруднённое дыхание, свистящие хрипы, чувство стеснения в груди, навязчивый кашель; появление/усиление симптомов после контакта с аллергенами, в ночные и предутренние часы, при контакте с триггерами (перепады температуры, инфекционные заболевания дыхательной системы, эмоциональные, физические нагрузки).
2. Клинические симптомы: приступы одышки, эмфизематозная грудная клетка, вынужденная поза, дистанционные хрипы.
3. Физикально: возможен коробочный звук, удлинение выдоха, свистящие хрипы.
4. ОФВ1 или ПСВ менее 80% должного; вариабельность ПСВ или ОФВ1 более 20%; SaO₂ менее 95%; PaCO₂ более 45 мм.рт.ст.
5. Определение уровня специфических IgE в сыворотке крови.

Уровни контроля над бронхиальной астмой (GINA, 2006) и критерии диагностики

Характеристики	Контролируемая БА (все перечисленное)	Частично контролируемая БА (любое проявление в течение 1 недели)	Неконтролируемая БА
Дневные симптомы	Нет / ≤ 2 эпизодов в неделю	> 2-х в неделю	Наличие 3-х и более признаков частично контролируемой БА
Ограничение активности	Нет	Есть – любой выраженности	
Ночные симптомы/ пробуждения	Нет	Есть – любой выраженности	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Нет / ≤ 2 эпизодов в неделю	> 2-х в неделю	
Показатели функции легких (ОФВ1; ПСВ)***	Норма	< 80% от должного (или от наилучшего показателя для данного пациента)	
Обострения	Нет	1 и более в год*	Любая неделя с обострением**

Примечания:

* Каждое обострение требует немедленного пересмотра поддерживающей терапии и оценки ее адекватности.

** По определению, развитие любого обострения говорит о том, что бронхиальная астма не контролируется.

***Исследование функции легких не является надежным методом исследования у детей 5 лет и младше.

Астматический статус (J 46.0)

Астматический статус – тяжелый, затянувшийся более 6 часов приступ бронхиальной астмы, характеризующийся прогрессирующей дыхательной недостаточностью и резистентностью к бронхолитикам, вследствие функциональной блокады β_2 -адренорецепторов.

Критерии диагностики

1. Некупирующийся приступ бронхиальной астмы длительностью 6 часов и более, или отсутствие положительной динамики после 3 инъекций адреналина с интервалом 20-30 мин.
2. Отсутствие физической активности и речи, спутанность сознания.
3. Парадоксальное торако-абдоминальное дыхание.
4. Обструкция: удлинённый выдох, свистящие хрипы, ортопноэ.
5. Прогрессирующая дыхательная недостаточность: крайне тяжелое состояние больного, бледный периоральный цианоз, акроцианозом, тахи/брадипноэ, тахи/брадикардия, одышка.
6. Аускультативно: отсутствие хрипов («немое лёгкое»), экскурсия лёгочных полей не значительна.
7. $PaCO_2$ более 45 мм.рт.ст.

Дыхательная недостаточность (J 96.0 - J 96.9)

Дыхательная недостаточность — патологический синдром, при котором система внешнего дыхания не обеспечивает нормальный газовый состав крови, либо последний обеспечивается чрезвычайным напряжением дыхания, проявляющийся одышкой, PaO_2 менее 60 мм рт.ст. и/или $PaCO_2$ более 45 мм рт.ст.

Классификация

Течение	Степень тяжести			Этиология	Патогенез
	Степень	Показатели			
		PaO_2 , мм.рт.ст.	SaO_2 , %		
Острая (ОДН) – развивается в течение нескольких минут/ дней Хроническая (ХДН) – развивается в течение месяцев- лет.	0 I II III	> 80 60-79 40-59 < 40	> 95 90-94 75-89 <75	Центрального генеза: повреждение головного мозга, дыхательного центра Обструкция дыхательных путей Нарушение нервно-мышечной передачи: наследствен./приобретенные болезни НС Нарушение диффузии газов через альвеоларно-капиллярную мембрану: острые и хр. заболевания легких Повреждения и заболевания ДС: травмы/болезни гр. клетки и др. Смешанного типа	Гипоксемическая, ДН I типа (паренхиматозная, легочная) Гиперкапническая ДН 2 типа (вентиляционная, «насосная»)

Грибковые и паразитарные болезни

Классификация и критерии диагностики

А. Легочные микозы

1. Кандидомикоз легочный (B 37.1)

2. Аспергиллез (В 44.1): астматические приступы, эозинофилия в крови, высокий уровень общего Ig E, положительная кожная проба, антитела классов IgG b IgE к аспергиллам, наличие преципитатов к аспергиллам, легочные инфильтраты, периферические цилиндрические бронхоэктазы.
 3. Легочный криптококкоз (В 45.0).
 4. Прочие микозы
- Б. Паразитарные болезни легких
1. Эхинококкоз легкого (В 67.9): рентгенологические признаки - округлая или овальная тень с четкими контурами диаметром 2 см, кальцинация стенки кисты, эозинофилия, положительная в/к реакция Кацони, положительные серологические реакции.
 2. Парагонимоз (В 66.4): кашель, мокрота с кровянистыми пятнами, одышка, боли при плеврите, при длительном заболевании формируются бронхоэктазы, утолщаются концевые фаланги пальцев, рентгенологические признаки - округлая полость диаметром 1-3 см с тонкими стенками, в мокроте - яйца паразита, эозинофилы и кристаллы Шарко-Лейдена.

ПАТОЛОГИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

1. В ПАТОГЕНЕЗЕ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА БРОНХОВ ПРИ ОСТРОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ ОСНОВНУЮ РОЛЬ ИГРАЮТ

- 1) бронхоспазм, отек слизистой оболочки бронхов
- 2) отек слизистой оболочки бронхов, гиперсекреция слизи
- 3) правильно все

2. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БРОНХИОЛИТА

- 1) выраженная дыхательная недостаточность
- 2) коробочный оттенок перкуторного звука
- 3) мелкопузырчатые хрипы
- 4) верно всё

3. ВЫБЕРИТЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО БРОНХИТА

- 1) хронические неспецифические заболевания легких у кровных родственников
- 2) перенесенная тяжелая форма ОРИ или повторные ОРИ на первом году жизни
- 3) перинатальная патология в анамнезе
- 4) верно всё
- 5) нет правильных ответов

4. К МУКОЛИТИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

- 1) тусупрекс
- 2) либексин
- 3) ацетилцистеин
- 4) амброксол
- 5) верно 1,2
- 6) верно 3,4

5. БРОНХИОЛИТОМ БОЛЕЮТ ДЕТИ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 0-2 года
- 2) 5-6 лет
- 3) 3-4 года

6. В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ БОЛЬШУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) нарушение проходимости бронхов
- 2) ателектаз
- 3) снижение иммунологических реакций организма
- 4) спазм сосудов
- 5) гипертензия в малом круге кровообращения
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4, 5

7. ВИРУСНАЯ ПНЕВМОНИЯ ПО ФОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) интерстициальной
- 2) крупозной
- 3) деструктивной

8. ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ НА

- 1) крупозную
- 2) интерстициальную
- 3) сегментарную
- 4) очаговую
- 5) правильно всё
- 6) правильно всё, кроме 3

9. ТОКСИКОЗ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) метаболический
- 2) метаболический и бактериальный
- 3) бактериальный
- 4) верно всё

10. СУТОЧНАЯ ДОЗА АМОКСИЦИЛЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

- 1) 50-100 мг/кг
- 2) 100-150 мг/кг
- 3) 40-50 мг/кг

11. СИНДРОМ КАРТАГЕНЕРА - ЭТО КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ, ПРОЯВЛЯЮЩИЙСЯ

- 1) врожденной аномалией развития бронхов
- 2) расщелиной твердого неба
- 3) инверсия внутренних органов, синусоринопатией

12. ПРИ СИНДРОМЕ КАРТАГЕНЕРА ПОКАЗАНЫ

- 1) антибиотикотерапия
- 2) постуральный дренаж
- 3) лечебная бронхоскопия
- 4) оперативное лечение
- 5) верно всё
- 6) верно всё, кроме 4

13. ГЕМОСИДЕРОЗ ЛЕГКИХ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- 1) синдромом Аэрса
- 2) синдромом Картагенера
- 3) синдромом Мунье-Куна

- 4) синдромом Гудпасчера
- 5) верно всё

14. СИНДРОМ МУНЬЕ-КУНА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) как рецидивирующий бронхит
- 2) как гемосидероз легких
- 3) с болевым синдромом в груди
- 4) с желтухой

15. ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СИНДРОМА ГУДПАСЧЕРА

- 1) гематурия
- 2) протеинурия
- 3) кальций выше нормы, фосфор ниже нормы
- 4) анемия
- 5) верно все
- 6) верно 1, 3, 4
- 7) верно 1, 2, 4

16. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ В ЛЕГКИХ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАХОДЯТ

- 1) усиление бронхосудистого рисунка
- 2) участки эмфиземы
- 3) ателектазы
- 4) двусторонний пневмосклероз
- 5) нарушение структуры и уплотнение корней легких
- 6) верно всё
- 7) верно 1, 4, 5

17. МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пониженным аппетитом и плохой прибавкой веса
- 2) повышенным аппетитом и плохой прибавкой веса
- 3) пониженным аппетитом и хорошей прибавкой веса
- 4) повышенным аппетитом и хорошей прибавкой веса

18. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ «ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА» ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) хроническая гипоксия
- 2) алкалоз
- 3) диффузный пневмосклероз
- 4) рефлекторное расширение артериол
- 5) спазм артериол
- 6) верно 1, 3, 5
- 7) верно 2, 4

19. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ВЯЗКОСТИ МОКРОТЫ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) альфадорназу
- 2) боромицин
- 3) ацетилцистеин
- 4) тусупрекс
- 5) амброксол
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 2, 4

20. МУКОВИСЦИДОЗ – ЭТО

- 1) наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом наследования
- 2) наследственное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования
- 3) наследственное заболевание, сцепленное с X-хромосомой
- 4) мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью
- 5) врожденное заболевание, обусловленное дизэмбриогенезом

21. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ МЕТАПНЕВМОНИЧЕСКОМ ПЛЕВРИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) боли в животе
- 2) боли в груди при дыхании
- 3) хороший аппетит
- 4) высокая лихорадка
- 5) субфебрилитет
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 3, 5

22. СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПЛЕВРИТЫ ЧАЩЕ БЫВАЮТ

- 1) серозные
- 2) геморрагические
- 3) гнойные
- 4) сухие

23. ПЛЕВРИТЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОДНОВРЕМЕННО С ПНЕВМОНИЕЙ, НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) синпневмоническими
- 2) метапневмоническими

24. КЛИНИЧЕСКИ ПРИ СИНПНЕВМОНИЧЕСКИХ ПЛЕВРИТАХ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) отсутствие кашля
- 2) диспноэ
- 3) боли при дыхании в груди
- 4) ослабленное дыхание при аускультации
- 5) острое начало
- 6) верно всё, кроме 1
- 7) верно всё

25. КЛАССИФИКАЦИЯ ПЛЕВРИТОВ ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) этиология
- 2) фаза
- 3) осложнения
- 4) степень активности
- 5) локализация
- 6) 4, 5

26. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА В I СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) преднизолон внутривенно струйно
- 2) эуфиллин внутривенно капельно
- 3) оксигенотерапия

- 4) повторное введение сальбутамола до восстановления проходимости
- 5) сердечные гликозиды
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4, 5

27. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА ВО II СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) оксигенотерапия
- 2) лаваж бронхов
- 3) эуфиллин внутривенно капельно
- 4) сердечные гликозиды
- 5) преднизолон внутривенно струйно
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 4

28. ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКА В III СТАДИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

- 1) ИВЛ
- 2) лаваж бронхов
- 3) эуфиллин внутривенно капельно
- 4) сердечные гликозиды
- 5) преднизолон внутривенно струйно
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме 1

29. ДЕТИ С "АСПИРИНОВОЙ" АСТМОЙ НЕ ПЕРЕНОСЯТ

- 1) смородину
- 2) вишню
- 3) цитрусовые
- 4) помидоры
- 5) молодой картофель
- 6) верно всё
- 7) верно всё, кроме д

30. СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ГИПОСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ - ЭТО ЛЕЧЕНИЕ

- 1) супрастином
- 2) аллергенами
- 3) гистаглобулином
- 4) глюконатом кальция
- 5) аллергоглобулином

31. ВИДЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

- 1) нарушение альвеолярной вентиляции
- 2) нарушение диффузии газов из альвеол в капилляры легких
- 3) нарушение перфузии кровью сосудов легких
- 4) неравномерность отношения вентиляции и перфузии
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

32. К ОБСТРУКТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ

- 1) повышение тонуса гладкой мускулатуры бронхов
- 2) отек слизистой оболочки бронхов

- 3) гиперсекреция слизи бронхиальными железами
- 4) рубцовая деформация бронхов при хронических воспалительных процессах
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

33. ПАТОГЕНЕЗ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПНЕВМОНИИ

- 1) нарушение диффузии газов
- 2) дыхательный ацидоз
- 3) гипоксия
- 4) гипоксемия
- 5) нет правильных ответов
- 6) верно всё

34. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ ПО

- 1) фазе
- 2) течению
- 4) степени тяжести
- 5) этиологии
- 6) патогенезу
- 7) верно всё
- 8) верно всё, кроме 1

35. К ЛЁГОЧНЫМ МИКОЗАМ НЕ ОТНОСЯТ

- 1) парагонимоз
- 2) кандидомикоз
- 3) аспергиллез
- 4) криптококкоз
- 5) гистоплазмоз
- 6) нокардиоз

ПАТОЛОГИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

1. – 1	13. – 4	25. – 4
2. – 4	14. – 1	26. – 7
3. – 4	15. – 7	27. – 6
4. – 6	16. – 6	28. – 6
5. – 1	17. – 2	29. – 6
6. – 7	18. – 7	30. – 2
7. – 1	19. – 6	31. – 6
8. – 5	20. – 1	32. – 6
9. – 2	21. – 7	33. – 6
10. – 3	22. – 3	34. – 7
11. – 3	23. – 1	35. – 1
12. – 6	24. – 6	

ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Эзофагит (К 20)

Эзофагит - поражение слизистой оболочки пищевода воспалительно-дегенеративного характера с последующим вовлечением в патологический процесс подслизистых слоев пищевода, развивающееся при неоднократных и длительных воздействиях на него различных повреждающих факторов, наибольшее значение среди которых имеет гастроэзофагальный рефлюкс.

Классификация эзофагита (Н.Г. Зернов, 1988)

Течение	Период болезни	По изменению слизистой оболочки
Острые Хронические рефлюкс эзофагит	Обострение Стихание обострения ремиссия	Катаральный Эрозивный Геморрагический Некротический

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боль за грудиной, изжога, чувство полноты, неприятный вкус во рту, руминация, слюноотделение, склонность к запорам.
2. ЭФГДС: гиперемия, отек, утолщение складок, эрозии и язвы слизистой терминального отдела, контактная кровоточивость зияние кардии;
3. Эзофаготономография - давление в зоне нижнего пищеводного сфинктера ниже 20 мм рт.ст.;
3. рН-метрия - закисление содержимого пищевода, снижение коэффициента закисления < 4,0.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (К 21.0)

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся пищеводными и внепищеводными клиническими проявлениями, вследствие ретроградного заброса содержимого желудка.

Классификация (В.Ф. Приворотский, Н.Г. Луппова, 2006)

- I. Степень выраженности ГР (по эндоскопии): без эзофагита, с эзофагитом (I - IV ст.).
- II. Степень выраженности ГР (по данным рентгена): гастроэзофагальный рефлюкс I - IV ст., скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- III. Степень выраженности клинических симптомов: легкая, средняя, тяжелая.
- IV. Инфицирование *H. pylori*: НР (+), НР (-).
- V. Внепищеводные признаки ГЭРБ: бронхолегочные, оториноларингологические, кардиальные, стоматологические.
- VI. Осложнения ГЭРБ: пищевод Барретта, стриктура пищевода, постгеморрагическая анемия.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: дисфагия, частые срыгивания и рвоты после приема пищи, не-

приятный запах из рта, изжога, загрудинные боли, гипотрофия, ларингоспазм, нарушения зубной эмали, задержка прибавки веса.

2. Рентгенологически: с контрастом в положении Тренделенбурга - проходимость, диаметр, рельеф слизистой пищевода, обратный заброс контраста их желудка.

3. ЭФГДС: I ст. - умеренно выраженная очаговая эритема слизистой абдоминального отдела пищевода; II ст. - тотальная гиперемия абдоминального отдела пищевода с очаговым фибринозным налетом, одиночные поверхностные эрозии; III ст. - распространение воспаления на грудной отдел пищевода, множественные эрозии, контактная ранимость.

4. Гистологически: гиперплазия эпителия, инфильтрация лимфоцитами, метапластический процесс (пищевод Барретта).

5. Внутрипищеводный суточный рН-мониторинг - «Золотой стандарт».

Хронический гастрит и гастродуоденит (К 29)

Хронический гастрит - хроническое очаговое или диффузное воспаление слизистой оболочки желудка с нарушением физиологической регенерации, склонностью к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности, лежащих в основе нарушения пищеварения и обмена веществ.

Хронический гастродуоденит - полиэтиологичный симптомокомплекс сочетанного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, характеризующийся дистрофическими, воспалительными и регенеративными изменениями слизистой, расстройством секреторной, моторной, инкреторной функций, проявляющийся болевым, астено-вегетативным, диспептическим синдромами.

Классификация

Происхождение	Этиологии	Эндоскопически	Морфология слизистой	Стадия процесса	Характер секреции
Первичный	Инфекционный H.pylori Токсический	Эритематозный/ экссудативный Нодулярный с эрозиями (с плоскими или приподнятыми эрозиями) Геморрагический Атрофический Смешанный	По глубине поражения: поверхностный, диффузный По характеру поражения: с оценкой степени воспаления, активности, атрофии, кишечной метаплазии. Без оценки степени (субатрофия, специфические, неспецифические	Обострение Неполная клиническая ремиссия Полная клиническая ремиссия Клинико - эндоскопически - морфологическая ремиссия)	Повышенная Нормальная Пониженная
Вторичный					

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи, поздние, ночные,

чувство быстрого насыщения, диспепсический синдром, болезненность в месте проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. ЭФГДС: гиперемия слизистой, отечность слизистой антрального отдела и/или 12 ПК, подслизистые кровоизлияния, единичные эрозии, спазм привратника, дуоденальный рефлюкс

3. Рн-метрия зондовая, беззондовая (ацидотест, тест на уропепсин, соливарный тест)
4. Гистология биоптата: поверхностные и дистрофические изменения эпителия, лимфоплазмозитарная инфильтрация, капилляростаз, выявление *H. pylori*

Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки (К 25-26)

Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки - хроническое, полиэтиологичное, прогрессирующее заболевание, характеризующееся нарушением нервных и гуморальных механизмов и расстройством желудочного пищеварения с образованием дефекта слизистой в виде пептических язв желудка или 12 ПК, с исходом в рубцовую деформацию, стеноз, кровотечение, перфорацию

Классификация ЯБ (А.В. Мазурину, А.И. Волкова, 1984)

Клинико-эндоскопические стадии	Фазы	Форма	Локализация	Функциональная характеристика
1 стадия - свежая язва 2 стадия - начало эпителизации язвенного дефекта (розовый рубец) 3 стадия - заживление язвенного дефекта при выраженном гастродуодените (белый рубец) 4 стадия – клинико - эндоскопическая ремиссия	Обострение Неполная клиническая ремиссия Клиническая ремиссия	Неосложненная Осложненная: - кровотечение, - пенетрация, - перфорация - стеноз привратника - перивисцерит	Желудок Двенадцатиперстная кишка: луковица, постбульбарные отделы Двойная локализация	Повышены Понижены Нормальные

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боли в эпигастрии через 30 минут после приема грубой пищи, голодные, ночные боли, отрыжка воздухом, выраженная болезненность при пальпации в пилородуоденальной зоне.
2. ЭФГДС: дефект слизистой оболочки различного размера, формы и глубины с дном, покрытым фибринозными наложениями; признаки сопутствующего гастрита, гастродуоденита, дуоденогастрального рефлекса рубцово-язвенная деформация.
3. Рентгенологически: с бариевой массой определяется язвенная "ниша" с воспалительным валом, рубцовая деформация контуров желудка с радиальной конвергенцией складок слизистой оболочки по направлению к "нише" или язвенному рубцу, стаз контраста в двенадцатиперстной кишке или быстрое ее опорожнение, пилороспазм, возникновение местных циркулярных спазмов мышц желудка, уровень секреторной жидкости натошак.

Синдром раздраженной кишки (К 58.0)

Синдром раздраженной кишки - функциональное кишечное расстройство, проявляющееся абдоминальным болевым синдромом и/или нарушениями дефекации и/или метеоризмом.

Классификация (А.А. Баранову, Н.Н. Володин, Г.А. Самсыгина, 2007)

Форма с преобладанием боли и метеоризма	Форма с преобладанием запоров	Форма с преобладанием диареи
Схваткообразная абдоминальная боль и вздутие живота. Напряжение передней брюшной стенки и болезненность по ходу кишечника. Усиление боли перед дефекацией и уменьшение после опорожнения кишки.	Отсутствие дефекации в течение 3 суток и более Чередование запоров с поносами Чувство неполного опорожнения кишки (стул в виде овечьего кала, лентообразный, в виде карандаша)	Жидкий стул 2-4 раза в день, преимущественно утром после завтрака, иногда с примесью слизи и остатков переваренной пищи. Неотложные (императивные) позывы на дефекацию отсутствие диареи в ночное время

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боли в животе от нескольких минут до часов; нарушение дефекации, частота стула более трех раз в сутки, менее трех раз в неделю; твердый, разжиженный или водянистый кал, натуживание на протяжении акта дефекации, императивные позывы на акт дефекации, ощущение неполного опорожнения, выделение слизи во время дефекации, чувство переполнения, вздутия или переливания в животе, рвота с кровью, черный дегтеобразный стул, алая кровь.

Хронический панкреатит (К 86.1)

Хронический панкреатит - воспалительный процесс в поджелудочной железе с фазово-прогрессирующим течением, очаговыми или диффузными деструктивными и дегенеративными изменениями ацинарной ткани, протоковой системы, с развитием функциональной недостаточности различной степени выраженности и последующим снижением внешне- и внутрисекреторной функций.

Классификация хронического панкреатита у детей (Г.В. Римарчук, 2002)

Этиология	Клинический вариант	Период заболевания	Тяжесть	Тип панкреатической секреции	Морфологический вариант	Осложнения
Первичный, вторичный	Рецидивирующий, болевой, латентный	Обострение, стихание, ремиссия	Легкая средняя тяжелая	Гиперсекреторный, гипосекреторный, обструктивный	Отечный, паренхиматозный, кистозный	Псевдокисты, кальцификаты, плеврит, асцит, абсцесс, свищи, кровотечения, холестаза, тромбоз, тромбоз селезеночной вены, СД и др.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: нарушение аппетита, тошнота, снижение массы тела, повышенное слюноотделение, склонность к запорам, внезапные, приступообразные, опоясывающие, упорные или постоянные боли в животе, болезненность в зоне Шоффара.
2. Лабораторно: повышение активности амилазы крови, диастазы мочи, стеаторея, креаторея, амилорея.

3. УЗИ: изменение размеров и плотности всей железы или ее отделов, явления обызвествления.

Хронический энтероколит (К 51.9)

Хронический энтероколит - заболевание тонкого и толстого кишечника с воспалительно-дистрофическими изменениями слизистой оболочки, нарушением его функций, прежде всего кишечной моторики.

Классификация хронического энтероколита (А.М Запруднов, 1994)

Локализация патологического процесса	Характер морфологических изменений	Фаза процесса	Тип течения	Характер функциональных нарушений
Колит, тотальный тилит, трансверзит, проктосигмоидит, энтерит, энтероколит	Катаральный, катально-геморрагический, эрозивно-язвенный с явлениями перивисцерита	Обострение, стихание обострения, ремиссия	Рецидивирующее, непрерывно-рецидивирующее	Нарушение моторики, нарушение переваривающей функции, нарушение всасывательной функции

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боли схваткообразные, ноющие, уменьшающиеся после дефекации около пупка, по всему животу, ночные поносы или запоры или их чередование, чувство неполного опорожнения кишечника, стул лентообразный или в виде "овечьего кала"; метеоризм, флабуленция, после приема цельного молока, урчание, переливание в животе, болезненность по ходу кишечных петель.
2. Копрограмма: изменение консистенции кала, обнаружение воспалительных элементов, йодофильной флоры, нарушений переваривания пищи.
5. Ректо- и колоноскопия: изменения слизистой оболочки, выявление полипов, язв, эрозий, рубцов и другое.
6. Ирригография: нарушения моторики кишки, аномалии и другие органические изменения.
7. Специальные исследования: изменение содержания энтерокиназы, щелочной фосфатазы в кишечном соке, молочной кислоты в кале, содержания в кале лактозы, сахарозы, мальтозы, фруктозы, глюкозы, нарушение массы фекалий; пробы на толерантность к сахарам и крахмалу, пробы с d-ксилозой, нарушения всасывания жиров, белков.

Дисфункциональные расстройства желчевыводящих путей (К 82)

Дисфункциональные расстройства желчевыводящих путей - комплекс функциональных расстройств продолжительностью свыше 3 месяцев, сопровождающихся болью в животе, локализуемой в правом подреберье.

Классификация (А.А. Баранов, Н.Н. Володин, Г.А. Самсыгина, 2007)

По локализации	По этиологии	По функциональному состоянию
Дисфункция желчного пузыря Дисфункция сфинктера Одди	Первичные (в результате расстройства гуморальных регуляторных механизмов) Вторичные (возникающие рефлекторно при различных заболеваниях органов брюшной полости)	гипофункция желчного пузыря гиперфункция желчного пузыря спазм сфинктера Одди недостаточность сфинктера Одди

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: боли в правом подреберье разной интенсивности и длительности, болезненность в точке проекции желчного пузыря.
2. УЗИ: расширение общего желчного протока, увеличение ЖП, билиарный осадок, избыточное (<50%) или недостаточное (>30%), сокращение ЖП после завтрака, аномалии ЖВП, замедленное или ускоренное опорожнение желчного пузыря, признаки застоя желчи, аномалии желчного пузыря или протоков.
3. Холецистография: нарушение двигательной и концентрационной функции желчного пузыря, аномалии.

Хронический холецистит (К 81.1)

Хронический холецистит - воспалительно-дистрофическое заболевание желчного пузыря с рецидивирующей подострой клиникой.

Классификация

Клинические особенности:

- с преобладанием воспаления
- преобладанием дискинезии
- наличием камней (калькулезный)
- в сочетании с паразитарной инвазией

Стадии заболевания:

- обострение
- ремиссия

Типы дискинезии:

- желчного пузыря
- сфинктера Одди

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: связь с аномалиями и дискинезией ЖВП, наследственная предрасположенность; волнообразное течение, связь с нарушениями в питании, боли в правом подреберье, диспептический синдром; пузырьные симптомы, хроническая интоксикация; увеличена, болезненна печень.
2. УЗИ: уплотнение, утолщение стенок ЖП, протоков, повышение эхогенности желчи, хлопья слизи.
3. Холецистография: деформация, аномалии развития ЖП, понижение концентрационной способности.
4. Панкреатохолангиография: рубцовые структуры и недостаточность большого дуоденального соска

Желчнокаменная болезнь (К 80.0, К80.2)

Желчнокаменная болезнь - мультифакториальное заболевание, сопровождающееся образованием конкрементов в желчном пузыре и/или желчных протоках.

Классификация (Научное общество гастроэнтерологов России, 2002)

I стадия - начальная, или предкаменная (густая неоднородная желчь, билиарный сладж)
II стадия - формирование желчных камней

- локализация: в желчном пузыре, в общем желчном протоке, в печеночных протоках
- количество конкрементов: одиночные, множественные
- состав: холестериновые пигментные смешанные
- клиническое течение: латентное, с клиническими симптомами - болевая форма с типичными желчными коликами; диспептическая форма; под маской других заболеваний

ний

III стадия - стадия хронического рецидивирующего калькулезного холецистита

IV стадия – стадия осложнений

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: начало постепенное/острое, течение хроническое/латентное; связь с гипокинезией, высококалорийной пищей, наследственной предрасположенностью; боли в правом подреберье (желчно-пузырная колика), тошнота, рвота, кратковременная желтуха, пузырьные симптомы, увеличение печени, интоксикация.
2. Инструментально: УЗИ - гиперэхогенные округлые образования; холецистография - дефекты наполнения, тени повышенной плотности.
3. Лабораторно: повышение билирубина, холестерина, желчных кислот.

Хронические вирусные гепатиты (В 18.)

Хронические вирусные гепатиты – заболевания, обусловленные гепатотропными вирусами с парентеральным путем инфицирования, сопровождающиеся гепатолиенальным синдромом, повышением активности печеночных ферментов и длительной персистенцией вирусов-носителей.

Классификация

Вид гепатита	Серологические маркёры	Степень активности	Степень фиброзирования
Хронический гепатит В	<i>HbsAg, HbeAg</i> , ДНК HBV	Минимальная Низкая Умеренная Выраженная	Нет фиброза Слабовыраженный фиброз (лёгкий фиброз) Умеренный фиброз Выраженный фиброз Цирроз
Хронический гепатит D	<i>HbsAg</i> , анти-HDV, РНК HDV		
Хронический гепатит С	Анти-HCV, РНК HCV		
Хронический гепатит G	Анти-HGV, РНК HGV		
Аутоиммунный, тип I	Антитела к ядерным антигенам		
Аутоиммунный, тип II	Антитела к микросомам печени и почек		
Аутоиммунный, тип III	Антитела к растворимому печёночному антигену и печёночно-панкреатическому антигену		
Лекарственно- индуцированный	Нет маркёров вирусных гепатитов и редко обнаруживают аутоантитела		
Криптогенный	Нет маркёров вирусных и аутоиммунных гепатитов		

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: анамнестически – заболевания острым или хроническим гепатитом, астеновегетативные, гепатолиенальные.
2. Лабораторно: серологическое исследование на вирус гепатита В - *HbsAg, HbeAg*, ДНК HBV; на вирус С - анти-HCV, РНК HCV; на вирус D - *HbsAg*, анти-HDV, РНК HDV; на вирус G - РНК HGV.

3. Лабораторно: повышение билирубина, холестерина, гипоальбуминемия, гипергаммаглобулинемия, активности трансаминаз
4. УЗИ: увеличение печени, повышение ее плотности, увеличение селезенки.

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭЗОФАГИТА

- 1) желудочная гиперсекреция
- 2) злоупотребление острой пищи
- 3) отягощенная наследственность
- 4) эмоциональный стресс
- 5) гастроэзофагальный рефлюкс

2. ЧТО ЗАПРЕЩЕНО ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЖИМА БОЛЬНЫМ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) подъем тяжестей
- 2) упражнения с наклоном туловища
- 3) ношение тугих поясов
- 4) прием пищи непосредственно перед сном
- 5) утренняя гигиеническая гимнастика

3. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ЧИСЛА ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПРЕПАРАТ, ОСЛАБЛЯЮЩИЙ ГАСТРО-ЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС

- 1) но-шпа
- 2) атропин
- 3) папаверин
- 4) церукал
- 5) анестезин

4. ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭЗОФАГИТА НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) диетическое питание
- 2) предупреждение состояний, усиливающих напряжение мышц брюшного пресса
- 3) антацидные препараты
- 4) холинолитики и спазмолитики
- 5) церукал

5. КАКОВА ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) 6 мес
- 2) 1 год
- 3) 2 года
- 4) 5 лет
- 5) с учета не снимается

6. ПОНЯТИЕ "ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РАССТРОЙСТВО ЖЕЛУДКА" НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) гиперсекрецию желудка
- 2) гастро-дуоденальный рефлюкс
- 3) гастроптоз

- 4) пилороспазм
- 5) кардиоспазм.

7. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ НЕ СПОСОБСТВУЕТ ФОРМИРОВАНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЖЕЛУДКА, КРОМЕ

- 1) анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта ребенка
- 2) невроты
- 3) наследственность
- 4) воспалительное поражение слизистой оболочки пищевода.
- 5) употребление острой и жирной пищи

8. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЖЕЛУДКА

- 1) периодические боли в эпигастрии после еды
- 2) болезненность при пальпации в эпигастрии
- 3) тошнота
- 4) отрыжка кислым
- 5) изжога

9. КАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НЕ ЗАПРЕЩЕНЫ ДЕТЯМ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЖИМА

- 1) подъем тяжестей
- 2) упражнения с наклоном туловища
- 3) ношение тугих поясов
- 4) прием пищи непосредственно перед сном
- 5) утренняя гигиеническая гимнастика

10. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ЧИСЛА ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПРЕПАРАТ, ОСЛАБЛЯЮЩИЙ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС

- 1) но-шпа
- 2) атропин
- 3) папаверин
- 4) церукал
- 5) анестезин

11. БОЛЬ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ КАКИХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕ БЫВАЕТ

- 1) хронический гастрит
- 2) хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка
- 3) дискинезия желчных путей
- 4) панкреатит.
- 5) хронический колит

12. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОКАЗЫВАЕТ АНТАЦИДНОЕ ДЕЙСТВИЕ

- 1) викалин
- 2) де-нол
- 3) гастрофарм
- 4) альмагель.
- 5) фосфалюгель

13. КАКОВА КРАТНОСТЬ ОСМОТРА РЕБЕНКА С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев
- 4) 1 раз в год
- 5) ежемесячно

14. ЧТО НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ НАЗНАЧЕНИЕ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫМ С РЕ-ФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

- 1) питание дробное, до 7 раз в сутки
- 2) малые разовые порции пищи
- 3) употребление молочно-растительных продуктов
- 4) исключение молока и молочных продуктов
- 5) исключение горячей, острой и кислой пищи

15. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГАСТРИТА С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ ЖЕ-ЛУДКА ХАРАКТЕРНО

- 1) преобладание болевого синдрома над диспепсическим
- 2) превалирование диспепсических явлений
- 3) склонность к поносам
- 4) нестойкая болезненность в эпигастральной области
- 5) склонность к запорам

16. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ГА-СТРОДУОДЕНИТЕ

- 1) эпигастрий
- 2) правое подреберье
- 3) левое подреберье
- 4) около пупка
- 5) пилородуоденальная зона

17. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕ ВЛИЯЕТ НА РЕПАРАТИВНЫЕ ПРОЦЕССЫ В СЛИЗИ-СТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ В СОЧЕТАНИИ С ЭЗОФАГИТОМ

- 1) викалин
- 2) экстракт алоэ
- 3) карсил
- 4) солкосерил
- 5) облепиховое масло

18. ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ СРЕДСТВ ФИЗИОТЕРАПИИ ГАСТРОДУОДЕНИТА ПРИ УПОРНОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН

- 1) электросон
- 2) электрофорез с бромом на воротниковую зону
- 3) диатермия верхней части живота
- 4) УВЧ-терапия
- 5) электрофорез с новокаином на пилородуоденальную зону

19. КАКОВ МИНИМАЛЬНЫЙ СРОК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИ-МИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА

- 1) 6 месяцев
- 2) 1 год
- 3) 2 года
- 4) 3 года
- 5) 4 года

20. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В ЖЕЛУДКЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фракционное желудочное
- 2) ультразвуковое исследование
- 3) рентгеноскопия с контрастной массой
- 4) эндоскопия желудка
- 5) внутри желудочковая рН – метрия

21. ПРИЧИННО-ЗНАЧИМЫМИ ФАКТОРОМ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) психоэмоциональный стресс
- 2) повышение агрессивности кислотно-пептического фактора
- 3) снижение естественной резистентности слизистой оболочки
- 4) геликобактериоз
- 5) непереносимость белков коровьего молока

22. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В МЕЖПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ ФАЗЕ СЕКРЕЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) язвенной болезни
- 2) гастроэзофагального рефлюкса
- 3) дуоденогастрального рефлюкса
- 4) хронического гастрита
- 5) дуоденита

23. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ В РАЗВИТИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) психоэмоциональное напряжение
- 2) нарушение режима питания
- 3) дисбактериоз кишечника
- 4) аллергическая настроенность организма
- 5) снижение резистентности слизистой оболочки

24. ЯЗВЕННЫЙ ДЕФЕКТ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ

- 1) на большой кривизне желудка
- 2) на малой кривизне желудка
- 3) в антральном отделе желудка
- 4) в луковице 12-перстной кишки
- 5) в постбульбарном отделе

25. ПРЯМЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) усиленная моторика 12-перстной кишки
- 2) гиперсекреция
- 3) ускоренная эвакуация бариевой массы из желудка
- 4) язвенная "ниша"
- 5) бульбостаз

26. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) резко возникающие боли слева выше пупка
- 2) болезненность при пальпации по ходу кишечных петель
- 3) многократная рвота
- 4) мучительная тошнота
- 5) гиперферментемия и ферментурия

27. ГЛАВНЫМ ПАРАКЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лейкоцитоз с нейтропенией
- 2) снижение гемоглобина и эритроцитов
- 3) амилаземия
- 4) ацетон в моче
- 5) уксус в моче

28. УМЕНЬШЕНИЕ АГРЕССИВНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ФЕРМЕНТОВ, ИХ НЕЙТРАЛИЗАЦИЯ И ВЫВЕДЕНИЕ ДОСТИГАЮТСЯ

- 1) назначением голода
- 2) наложением холода на живот
- 3) введением антиферментных препаратов
- 4) капельным внутривенным введением гемодеза, электролитов, лактиса
- 5) всего перечисленного

29. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ ГОЛОДА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) давностью заболевания
- 2) состоянием больного
- 3) уровнем амилазы в крови
- 4) выраженностью температуры
- 5) уровнем глюкозы

30. В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА МОЖНО СДЕЛАТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПРИВИВКУ

- 1) через 1,5 месяца
- 2) через 1 год
- 3) через 6 месяцев
- 4) сразу после стационара
- 5) постоянный

31. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) диарея
- 2) чередование запоров с неустойчивым стулом
- 3) признаки полигиповитаминоза
- 4) похудание
- 5) отрыжка

32. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) живот недоступен пальпации
- 2) болезненность в зоне проекции поджелудочной железы

- 3) болезненность около пупка
- 4) болезненность в правом подреберье
- 5) болезненность в точке Кера

33. ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) для уменьшения внешнесекреторной недостаточности локализация боли слева
- 2) синдром внешнесекреторной и недостаточности поджелудочной железы
- 3) повышение активности панкреатических ферментов в крови и моче
- 4) изменение плотности железы при УЗИ
- 5) все перечисленное

34. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ НАЗНАЧАЕТСЯ

- 1) холинолитики
- 2) панкреатические ферменты
- 3) барбитураты
- 4) ганглиоблокаторы
- 5) сульфаниламиды

35. В ДУОДЕНАЛЬНОМ СОДЕРЖИМОМ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ ПАНКРЕОЗИМИНОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) уменьшение ферментативной активности амилазы
- 2) уменьшение ферментативной активности липазы
- 3) снижение выделения бикарбонатов
- 4) все перечисленное
- 5) уменьшение ферментативной активности липазы

36. ПО КАКОМУ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

- 1) боли в животе
- 2) нарушение общего состояния
- 3) повышение температуры
- 4) примесь крови к каловым массам
- 5) примесь слизи в кале

37. ПРИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ ТОНКОЙ КИШКИ В КОПРОГРАММЕ НЕ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ВСЕ

- 1) большое количество жирных кислот
- 2) мыла жирных кислот
- 3) нейтральный жир
- 4) мышечные волокна
- 5) большое количество эритроцитов и лейкоцитов

38. ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА РЕБЕНОК С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1) ежемесячно
- 2) 1 раз в 3 месяца
- 3) 1 раз в 6 месяцев

- 4) 1 раз в год
- 5) 1 раз в 1 месяц

39. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА БОЛЬНОМУ С ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ ПРОВОДЯТ

- 1) через 3 недели
- 2) через 3 месяца
- 3) через 6 месяцев
- 4) через 1 год
- 5) через 1 месяц

40. ИЗ РАЦИОНА БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ЭНТЕРОКОЛИТОМ НЕ ИСКЛЮЧАЮТ

- 1) острые, соленые, копченые блюда
- 2) жирные сорта мяса, рыбы
- 3) молоко
- 4) сдобное тесто, пироги
- 5) яблоки

41. ВТОРИЧНАЯ ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НЕ ОБУСЛОВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМ ФАКТОРОМ

- 1) хронические заболевания желудка и 12-перстной кишки
- 2) нарушение биоценоза кишечника
- 3) пищевая аллергия
- 4) глистная инвазия
- 5) энцефалопатия

42. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ВЫ НАЗНАЧИТЕ РЕБЕНКУ С ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ ТИПОМ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

- 1) аллохол
- 2) фламин
- 3) экстракт алоэ
- 4) но-шпа
- 5) витамин В1

43. УМЕНЬШЕНИЕ ПОПЕРЕЧНИКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В 2 РАЗА ПОСЛЕ ПРИЕМА ЖЕЛЧЕГОННОГО ЗАВТРАКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

- 1) об ускоренном опорожнении
- 2) о замедленном опорожнении
- 3) о нормальном опорожнении
- 4) об "отключенном желчном пузыре"
- 5) об повышении рН

44. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ БОЛЬНЫМ С ДИСКИНЕЗИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ РАЗРЕШАЮТСЯ

- 1) через 6 месяцев после выписки из стационара
- 2) через 1 год после выписки из стационара
- 3) по показаниям
- 4) в соответствии с календарем прививок
- 5) сразу после выписки из стационара

45. КАКУЮ ТАКТИКУ ВЫ ВЫБЕРЕТЕ ДЛЯ РЕБЕНКА С АНОМАЛИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, УСТАНОВЛЕННОЙ 3 ГОДА НАЗАД

- 1) направите на повторное обследование
- 2) снимите с учета
- 3) будете наблюдать еще 2 года
- 4) будете наблюдать до 14 лет
- 5) будете наблюдать до 1 год

46. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА

- 1) периодические тупые боли в правом подреберье
- 2) периодические подъемы температуры без катаральных явлений
- 3) обнаружение камней в желчном пузыре при УЗИ
- 4) ускоренная реакция оседания эритроцитов
- 5) уменьшение щелочной фосфатазы в крови

47. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА ДОСТОВЕРЕН ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

- 1) признаков интоксикации
- 2) болей в правом подреберье
- 3) воспалительной реакции крови
- 4) утолщения стенки желчного пузыря при УЗИ
- 5) всего перечисленного

48. В ДИЕТЕ № 5 ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ

- 1) ограничение белка
- 2) ограничение соли
- 3) ограничение продуктов, богатых холестерином
- 4) ограничение углеводов
- 5) все перечисленное

49. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ БОЛЬНОМУ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ МОЖНО ДЕЛАТЬ

- 1) через 1 год после обострения
- 2) через 6 месяцев после обострения
- 3) через 3 месяца после обострения
- 4) через 1,5 месяца после обострения
- 5) постоянный медотвод

50. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ХОЛЕСТАЗА

- 1) субиктеричность склер и кожи
- 2) субфебрильная температура
- 3) увеличение печени
- 4) увеличение щелочной фосфатазы
- 5) зуд кожи

51. ПРИ МИНИМАЛЬНОЙ СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА ОТСУТСТВУЕТ

- 1) желтушный синдром
- 2) астено-вегетативный синдром
- 3) синдром диспептических расстройств
- 4) геморрагический синдром
- 5) гепатомегалия

52. ДЛЯ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) гепатоспленомегалия
- 2) утомляемость
- 3) тошнота
- 4) сниженный аппетит
- 5) неровность края печени

53. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) повышение активности АСТ
- 3) повышение тимоловой пробы
- 4) увеличение гаммаглобулинов
- 5) снижение сахара в крови

54. ДЛЯ ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) увеличение печени
- 2) субиктеричность склер
- 3) гипербилирубинемия
- 4) гипертрансфераземия
- 5) телеангиэктазии

55. ПРИ АУТОИММУННОМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ЛЕЧЕНИЕ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ

- 1) с липотропной терапии
- 2) с интерферонотерапии
- 3) с глюкокортикоидной терапии
- 4) с желчегонной терапии
- 5) с введения гепатопротекторных препаратов

ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

1. – 5	20. – 5	39. – 3
2. – 5	21. – 5	40. – 5
3. – 4	22. – 1	41. – 5
4. – 4	23. – 5	42. – 4
5. – 5	24. – 4	43. – 3
6. – 3	25. – 4	44. – 4
7. – 5	26. – 4	45. – 3
8. – 2	27. – 3	46. – 5
9. – 5	28. – 5	47. – 5
10. – 4	29. – 4	48. – 5
11. – 5	30. – 1	49. – 4
12. – 3	31. – 1	50. – 2
13. – 2	32. – 2	51. – 4
14. – 3	33. – 3	52. – 5
15. – 1	34. – 3	53. – 5
16. – 5	35. – 4	54. – 5
17. – 3	36. – 4	55. – 3
18. – 5	37. – 5	
19. – 2	38. – 2	

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Острый постстрептококковый гломерулонефрит (N 00)

Острый постстрептококковый гломерулонефрит – иммунокомплексное диффузное поражение клубочков, характеризуется нефритическим синдромом, протекающее циклически, с выздоровлением в течение года

Классификация (Винница, 1989)

Клинические проявления острого гломерулонефрита	Активность патологического процесса	Состояние функции почек
Нефритический синдром Изолированный мочевого синдром Нефротический синдром с гематурией и АГ	Период начальных проявлений Период обратного развития Переход в хронический ГН	Без нарушения функции почек С нарушением функции почек; ОПН

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: дебют через 2 нед. после стрептококковой инфекции, отёки, АГ, олигурия, макрогематурии.
2. Лабораторно: гематурия, протеинурия, снижение клубочковой фильтрации, повышение титра АСЛ-О, высеv β-гемолитического стрептококка из носоглотки.

Хронические гломерулонефриты (N 03-05)

Хронический гломерулонефрит (ХГН) - гетерогенная группа первично-хронических гломерулопатий, характеризующихся прогрессирующим воспалением, склерозом, деструкцией и исходом во вторично-сморщенную почку и ХПН

Классификация

Форма	Активность процесса	Функция почек
Хронический ГН: - нефротическая форма - гематурическая форма - смешанная форма Подострый (злокачественный) ГН	Период обострения Период частичной ремиссии Период полной клинико-лабораторной ремиссии	Без нарушения функции почек С нарушением функции почек ХПН С нарушением функции почек ХПН

Клинико-морфологические соответствие

Клиническая форма ХГН	Морфологический вариант
Нефротическая форма	Минимальные изменения
	Мембранозный
Гематурическая форма	Мембрано-пролиферативный
	Мезангиопролиферативный
Смешанная форма	Фокально-сегментарный гломерулосклероз
	Фибропластический
Быстро прогрессирующий	Экстракапиллярный с полулуниями

Критерии диагностики

Нефротическая форма: острое начало, массивная протеинурия, отеки, волнообразное течение, гиперлипидемия.

Гематурическая форма: случайное обнаружение, микрогематурия, незначительная протеинурия.

Смешанная форма: гематурия, отеки, гипертензия, массивная протеинурия.

Быстропрогрессирующие гломерулонефриты (N 01)

Быстропрогрессирующий (подострый) гломерулонефрит характеризуется быстро развивающейся при обычной терапии почечной недостаточностью и развитием терминальной уремии от нескольких недель до месяцев, морфосубстратом которого является наличие «полулуний» в биоптате почек.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: протеинурия, гематурия, цилиндрурия, олигурия, злокачественная гипертензия, резистентность к обычной терапии, быстрое развитие почечной недостаточности и ХПН.
2. Биопсия почек: наличие «полулуний».

Нефротический синдром (N 04)

Нефротический синдром - клинико-лабораторный симптомокомплекс, включающий выраженные отеки, массивную протеинурию ($1,0 \text{ г/м}^2/\text{сут}$), гипоальбуминемию менее 25 г/л , гиперлипидемию (холестерин более $6,5 \text{ ммоль/л}$).

Классификация

I. Клинические формы НС

Первичный НС

1. Врожденный и инфантильный: врожденный «финского типа» с микрокистозом и «французского» типа с диффузными мезангиальными изменениями; с минимальными изменениями; с мезангиопролиферативными изменениями или с фокально-сегментарным гломерулосклерозом (ФСГС).
2. При первичном гломерулонефрите: с минимальными изменениями; с мембранозными или ФСГС, мембранозно-пролиферативными, мезангиопролиферативными, экстракапиллярными, с полулуниями, фибропластическими (склерозирующими) изменениями.

Вторичный НС

Врожденный и инфантильный НС: ассоциативный с эндокринопатиями, кистозной гипоплазией легких и микрогирией, порэнцефалией, тромбозом почечных вен, внутриутробными инфекциями (сифилис, токсоплазмоз, цитомегалия, гепатит В, ВИЧ-инфекция и др.); при почечном дизэмбриогенезе, рефлюкс-нефропатии; при наследственных и хромосомных заболеваниях; при системных васкулитах и диффузных заболеваниях соединительной ткани, ревматизме, ревматоидном артрите; при острых и хронических инфекционных заболеваниях (гепатите В, энтеровирусных, герпес-вирусных, ВИЧ-инфекциях, сифилисе, туберкулезе, дифтерии, инфекционном эндокардите), протозоозах (лейшманиоз, малярия), гельминтозах (аскаридоз, трихинеллез, описторхоз, эхинококкоз); при первичном, вторичном, наследственном амилоидозе; при саркоидозе, злокачественных опухолях (опухоль Виль-

мса), лейкозах, лимфосаркоме, лимфогранулематозе; при эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, аутоиммунный тиреоидит), псориазе; при гемоглобинопатиях; при тромбозе почечных вен и гемолитико-уремическом синдроме; при укусах змей, пчел, ос, а также НС при введении вакцин и лекарственном поражении почек.

II. Стадии активности НС:

- активная
- неактивная — клиничко-лабораторная ремиссия (полная или частичная, на или без поддерживающей терапии).

III. Тяжесть НС:

- средней тяжести — гипоальбуминемия до 20 г/л
- тяжелая — гипоальбуминемия ниже 20 г/л
- крайне тяжелая — гипоальбуминемия ниже 10 г/л.

IV. Вариант ответа на глюкокортикоидную терапию:

гормоночувствительный НС

гормонозависимый НС

гормонорезистентный НС.

V. Течение НС:

- острое с исходом в ремиссию без последующих рецидивов
- хроническое рецидивирующее, персистирующее, прогрессирующее
- быстро прогрессирующее — подострое, злокачественное.

VI. Функция почек:

- сохранена — ПНО
- нарушение функции почек в остром периоде
- ОПН, ХПН.

VII. Осложнения НС:

нефротический гиповолемический криз (шок, абдоминальный болевой синдром, рожеподобные эритемы), почечная эклампсия, тромбозы артериальные и венозные, ОПН, ХПН, вирусная, бактериальная, микотическая инфекции; осложнения, обусловленные проводимой терапией глюкокортикоидами, цитостатиками, антикоагулянтами, антиагрегантами; нестероидными противовоспалительными и 4-аминохинолинового ряда препаратами.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: распространенные отёки (типа анасарки).

2. Лабораторно: протеинурия свыше 2-5 г в сутки, гипоальбуминемия (менее 25 г/л), гиперхолестеринемия, увеличение показателя белок/креатинин более 2,5.

Нарушения функций почек

- ПН 0- изменения функции не определяются
- ПН 1- нарушения циркадного ритма фильтрации, а также отдельных канальцевых функций (осморегуляции и аммионогенеза)
- ПН 2а - компенсированные и субкомпенсированные нарушения фильтрации, концентрации
- ПН 2б (ХПН₁) - декомпенсированные нарушения фильтрации, концентрации
- ПН 3 (ХПН₂) – тотальная
- ТПН (ХПН₃) - терминальная

Острая почечная недостаточность (N 17.9)

Острая почечная недостаточность - неспецифический синдром различной этиологии, развивающийся в результате острой транзиторной или необратимой утраты гомеостатических функций почек, обусловленной гипоксией почечной ткани с последующим преимущественным повреждением канальцев и отеком интерстициальной ткани, проявляющейся нарастающей азотемией, электролитным дисбалансом, декомпенсированным метаболическим ацидозом и нарушением способности к выделению воды.

Классификация по уровню воздействия

- Преренальная (нарушения почечной перфузии вследствие резкого снижения АД, гиповолемии, шока различного генеза, блокаде почечных канальцев)
- Ренальная (непосредственное повреждение паренхимы при различных заболеваниях почек)
- Постренальная (обструктивные уropатии вследствие заболеваний мочевыводящих путей)

Стадии ОПН

- Начальная - воздействие повреждающего агента на эпителиальные клетки канальцев (длительность несколько часов)
- Олигурическая - сохранение относительно низкой СКФ, на фоне снижения диуреза нарастает азотемия (длительность несколько дней)
- Полиурическая - восстановление водовыделительной функции почек (длительность несколько недель)
- Восстановление - медленная нормализация СКФ и функции канальцев (длительность 6-24 мес)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы олигоанурической стадии: нарастание массы тела, периферические, полостные и висцеральные отеки, отек мозга с комой и судорогами, запах аммиака изо рта, кожный зуд, гастроэнтерит, артериальная гипертензия, снижение диуреза менее 0,5-1,0 мл/кг/час.
2. Повышение креатинина плазмы крови более 0,1 ммоль/л.

Хроническая почечная недостаточность (N 18.9)

Хроническая почечная недостаточность - неспецифический симптомокомплекс, обусловленный необратимым снижением гомеостатических функций почек, вследствие уменьшения действующих нефронов, проявляющийся снижением клубочковой фильтрации более чем на 50 %, а также повышением уровня креатинина плазмы крови более 0,177 ммоль/л в течении 3-6 месяцев.

Классификация

Стадия	Клубочковая фильтрация	Креатинин сыворотки, ммоль/л	Объём почечных функций, %	Остаточное число нефронов, %
I (компенсированная)	70-50	0,088-0,265	80-50	50-30
II (субкомпенсированная)	50-30	0,120-0,530	50-30	30

III (декомпенсированная)	30-10	0,485-0,800	30	10
IV (терминальная)	10	0,62-1,1	5	5

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: I-II ст. – часто отсутствуют, возможны полиурия и повышение АД, остеодистрофия, задержка умственного и полового развития; III ст. - полиурия, остеодистрофия, амнезия, миокардиопатия, метаболический ацидоз, нарушение питания; IV ст. - олигурия, выраженные отеки, анорексия, уремический метаболический ацидоз, гастропатия, тяжелая остеодистрофия, выраженные нарушения водно-электролитного обмена, уремическая, нарушение сознания, судороги, кома.

Гемолитико-уремический синдром (D 59.3)

Гемолитико-уремический синдром (синдром Гассера) - характеризуется сочетанием микроангиопатической гемолитической анемии, тромбоцитопении и острой почечной недостаточности.

Инфекция мочевыводящих путей (N 39.0)

Инфекция мочевыводящих путей - микробно-воспалительное заболевание органов мочевой системы без указания конкретной локализации (используется до уточнения этиологии и локализации процесса).

Пиелонефрит (N 10, N 11.0- N 11.9, N 13.2- N 13.3, N 20.9)

Пиелонефрит - неспецифический микробно-воспалительный процесс в тубуло-интерстициальной ткани почек.

Классификация

Форма	Течение	Активность	Функция почек
Первичный Вторичный: ▪ обструктивный ▪ дисметаболический ▪ обструктивный и дисметаболический	Острое Хроническое	Разгар Стихание Ремиссия	Сохранна Нарушена: парциальные нарушения (тубулярные, гломерлярные) ОПН ХПН

Острый пиелонефрит - первое манифестное проявления микробно-воспалительного процесса в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, имеющий циклическое течение с обратным развитием симптомов.

Хронический пиелонефрит - микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, характеризующийся затяжным и рецидивирующим течением, более 6 месяцев.

Первичный пиелонефрит - микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, при котором в современных условиях не выявляются причины, способствующие его развитию.

Вторичный пиелонефрит - микробно-воспалительный процесс в интерстиции и чашечно-лоханочной системе почки, развивающийся на фоне аномалии развития органов мочевой системы, функциональных и органических уродинамических нарушений, метаболических нарушений, дисплазии почечной ткани.

Вторичный обструктивный пиелонефрит - микробно-воспалительный процесс в почечной ткани, развивающийся при наличии органических (врожденных, наследственных или приобретенных) или функциональных нарушений уродинамики.

Вторичный необструктивный пиелонефрит - микробно-воспалительный процесс в почечной ткани, возникающий на фоне обменных нарушений (оксалурии, уратурии, фосфатурии, цистинурии и т.д.), врожденных иммунодефицитных состояний, эндокринных дисфункций.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс - ретроградный заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточник.

Рефлюкс-нефропатия - заболевание, характеризующееся формированием очагов склероза в почечной паренхиме (в одной или обеих почках), обусловленное пузырно-мочеточниковым рефлюксом и инфекцией мочевой системы.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: дизурия (императивные позывы, поллакиурия, болезненность при мочеиспускании, никтурия, энурез); интоксикация (температура, озноб, головная боль, вялость, слабость, боль в пояснице); исключение у девочек вульвовагинита, у мальчиков - баланопоститов.
2. Лабораторно: лейкоцитурия нейтрофильного характера, наличие активных лейкоцитов в общем анализе мочи, достоверная бактериурия (при свободном мочеиспускании) - более 100 тыс. микробных тел/мл для *E. coli* и более 50 тыс. микробных тел/мл для любой другой.

Классификация пузырно-мочеточникового рефлюкса (N 13.7)

I степень - контраст при цистографии попал только в мочеточник

II степень - контраст заполнил неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки

III степень - легкого до умеренного расширение/поворот мочеточника, умеренное расширение лоханки; сглаженный рисунок чашечек

IV степень - выраженное расширение/поворот мочеточника, лоханок, чашечек; полное исчезновение острых углов в рисунке чашечек, но сохранение припапиллярного рисунка большинства чашечек

V степень - очень большое расширение и поворот мочеточника (мегауретер) и лоханок, чашечек; рисунок чашечек теряет черты сосочкового

Цистит (N 30.0, N 30.2)

Цистит - воспалительное заболевание слизистой и подслизистого слоя мочевого пузыря.

Классификация

По форме	По течению	По характеру изменений слизистой	По распространённости	Наличие осложнений
Первичный Вторичный	Острый Хронический: - латентный - рецидивирующий	Катаральный Буллезный Гранулярный Буллезно-фибринозный Геморрагический Флегмонозный Гангренозный Некротический Интерстициальный Полипозный	Очаговый - шеечный - тригонит Диффузный	Без осложнений С осложнениями: - ПМР - пиелонефрит; - стеноз уретры - склероз шейки МП - уретрит - парацистит - перитонит

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: дизурия, гематурия нижнего отдела (2-х стаканная проба).
2. Лабораторно: выделение кишечной палочки при посеве мочи, лейкоцитурия нейтрофильного характера нижнего отдела, положительные тест-полоски мочи на нитраты.
3. Инструментально: утолщение стенки МП по данным УЗИ, морфологические изменения по данным цистоскопии.

Дисметаболические нефропатии (E 74.8, E 83.3)

Дисметаболическая нефропатия - генетически детерминированная патология, в основе которой лежит нарушение обмена веществ, характеризующееся на ранних этапах комбинацией функциональными нарушениями почек на более поздних стадиях, приводящими к формированию тубуло-интерстициального нефрита и (или) мочекаменной болезни.

Виды нефропатий

- Оксалатная дисметаболическая: первичная (патология обмена щавелевой кислоты), вторичная (при гломерулонефрите, системных заболеваниях соединительной ткани, васкулиты, болезни ЖКТ, гиповитаминоз В).
- Уратная дисметаболическая: первичная (нарушение обмена пуринов), вторичная (на фоне заболеваний с повышением образования мочевой кислоты - лейкозы, гемолитические анемии).
- Цистинурия - нарушение обмена и транспорта аминокислот.

Критерии диагностики:

1. Клинические симптомы: длительно латентно, при присоединении пиелонефрита - соответствующие.
2. Лабораторно: повышенное выведение с мочой продуктов метаболизма (оксалатов, уратов), обнаружение их кристаллов, микропротеинурия, микроэритроцитурия, абактериальная лейкоцитурия, исключение тубулоинтерстициального нефрита, мочекаменной болезни.

Тубуло-интерстициальный нефрит (N 10-11)

Тубуло-интерстициальный нефрит - абактериальное воспаление в межпочечной ткани почек с вовлечением канальцевой системы почек, кровеносных и лимфатических сосудов.

Классификация (М.С. Игнатова, Н.А.Коровина)

- Основные варианты: токсико-аллергический, дисметаболический, поствирусный, аутоиммунный.
- Стадии: активная (I-III ст.), неактивная, клиничко-лабораторная ремиссия.
- Течение: острое, латентное, волнообразное.
- Функции почек: сохранена, парциальное снижение тубулярной и гломерулярной.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: анамнестически - семейные обменные заболевания, токсические, лекарственные воздействия, дисметаболические нефропатии.
2. Лабораторно: смешанный мочевой синдром (гематурия, протеинурия, абактериальная

лейкоцитурия, парциальные тубулярные нарушения (никтурия, гипо-, изостенурия), кристаллурия (гипероксалатурия, гипреурастурия).

Мочекаменная болезнь (N 20)

Мочекаменная болезнь - мультифакториальная патология, проявляющаяся наличием камней в мочевыводящей системе.

Классификация

- По локализации: в почках (нефролитиаз), мочеточниках (уретеролитиаз), мочевом пузыре (цистолитиаз)
- По виду камней: ураты, фосфаты, оксалаты, цистиновые камни
- По течению болезни: первичное, рецидивирующее формирование камней

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: длительно латентно, случайное обнаружение, приступы мучительных болей в пояснице, гематурия, лихорадка.
2. Лабораторно: повышенное кристаллообразование в моче, микрогематурия, микропротеинурия
3. УЗИ почек: обнаружение конкрементов.
4. Внутривенная урография: наличие конкрементов, рентгенопрозрачная обструкция.

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ

- 1) клубочек
- 2) канальцы, интерстициум, чашечно-лоханочная система
- 3) кровеносная и лимфатическая системы почек

2. ПРИЁМ ЖИДКОСТИ ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ

- 1) ограничивается
- 2) увеличивается

3. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ПИЛОНЕФРИТЕ

- 1) бактериурия, лейкоцитурия
- 2) цилиндрурия
- 3) гематурия
- 4) протеинурия

4. ПРИ НАРУШЕНИИ ПАССАЖА МОЧИ ПИЛОНЕФРИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) обструктивным
- 2) необструктивным
- 3) дизметаболическим

5. В ЛЕЧЕНИИ ПИЛОНЕФРИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) мочегонные средства
- 3) гипотензивные средства

6. ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) интерстициальная ткань почек
- 2) клубочек
- 3) корковое вещество почек
- 4) канальцы

7. В ТЕРАПИИ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) гормоны
- 2) Делагия
- 3) фитотерапия

8. ДЛЯ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В МОЧЕ

- 1) протенурия
- 2) лейкоцитурия
- 3) гематурия

9. ДЛЯ НЕФРИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) выраженные отёки
- 2) умеренные отёки

10. ОЛИГУРИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИУРЕЗА ОТ СУТОЧНЫХ ВЕЛИЧИН НА

- 1) 1/3
- 2) 2/3

11. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРУРИТУРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) картофельно-капустная
- 2) молочно-фруктово-ягодная
- 3) бессолевая

12. МОЧЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гематурия
- 2) протеинурия

13. ПОЧЕЧНЫЙ НЕСАХАРНЫЙ ДИАБЕТ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ПОНИЖЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ КЛЕТОК ЭПИТЕЛИЯ СОБИРАТЕЛЬНЫХ ТРУБОК

- 1) к альдостерону
- 2) к вазопрессину

14. УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ ПРИ ПОЧЕЧНОМ НЕСАХАРНОМ ДИАБЕТЕ

- 1) высокий
- 2) низкий

15. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗУРИИ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ ГЛЮКОЗУРИИ ОТ ДИЕТЫ

- 1) зависит
- 2) не зависит

16. ОСНОВОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО НЕСАХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) преднизолон
- 2) вазопресин
- 3) гипотиазид

17. ВИТАМИН Д-ЗАВИСИМЫЙ РАХИТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наследственным заболеванием
- 2) приобретённым заболеванием

18. ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) гипертермия
- 2) боли при мочеиспускании
- 3) боли в пояснице

19. НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) гематурией, умеренным отёком
- 2) выраженной протеинурией, выраженным отёком
- 3) бактериурией, лейкоцитурией

20. ПРЕДНИЗОЛОН ПРИМЕНЯЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- 1) нефритического синдрома
- 2) нефротического синдрома

21. ВЕДУЩИМИ БИОХИМИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ХПН ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) высокий уровень креатинина, мочевины
- 2) повышенный уровень холестерина

22. ПОКАЗАТЕЛИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ХПН

- 1) ниже 80 мл/мин
- 2) ниже 50 мл/ мин
- 3) ниже 20 мл/мин

23. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ

- 1) вирусной инфекцией
- 2) кишечной инфекцией
- 3) пневмонией

24. ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) лейкоцитурией, бактериурией
- 2) гематурией, протеинурией

25. ПРИ ХПН НАРУШАЕТСЯ ФУНКЦИЯ СЛЕДУЮЩИХ ОТДЕЛОВ

- 1) клубочков
- 2) канальцев
- 3) одновременно клубочков и канальцев

26. ПРИНЦИПЫ ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ХПН

- 1) ограничение белка
- 2) ограничение растительных жиров
- 3) ограничение углеводов

27. ДИЕТА ПРИ ГИПЕРОКСАЛАТУРИИ

- 1) картофельно-капустная
- 2) молочная
- 3) бессолевая

28. ПИТЬЕВОЙ РЕЖИМ ПРИ ОБМЕННЫХ НЕФРОПАТИЯХ

- 1) ограничивается
- 2) увеличивается

ПАТОЛОГИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

1. – 2	11. – 1	21. – 1
2. – 2	12. – 1	22. – 3
3. – 1	13. – 2	23. – 2
4. – 1	14. – 2	24. – 2
5. – 1	15. – 2	25. – 3
6. – 2	16. – 3	26. – 1
7. – 1	17. – 1	27. – 1
8. – 3	18. – 2	28. – 2
9. – 2	19. – 2	
10. – 2	20. – 2	

ПАТОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

Анемии

Анемия – состояние гипоксемии связанное со снижением гемоглобина в единице объема, при котором по сравнению с нормой увеличена интенсивность разрушения или снижена продукция эритроцитов (гемоглинообразование), либо имеет место сочетание этих обстоятельств.

Степени тяжести анемий:

- Легкая – уровень гемоглобина 110-90 г/л
- Средней тяжести – уровень гемоглобина 90-70 г/л
- Тяжелая – уровень гемоглобина менее 70 г/л

Патогенетическая классификация

- I. Связанные с недостатком гемопоэтических факторов: преимущественно железодефицитная, преимущественно белководефицитная, преимущественно витаминдефицитная
- II. Постгеморрагические: острые, хронические
- III. Гипо- и апластические: наследственные, приобретенные
- VI. Гемолитические: связанные с внутренними аномалиями эритроцитов (мембранопатии, ферментопатии, гемоглинопатии); связанные с внешними воздействиями [аутоиммунные; повреждения (турбулентность крови при стенозе устья аорты, искусственных клапанах); инфекционные и паразитарные (малярия); отравления (тяжелыми металлами, змеиным ядом); дефицит витамина E]
- V. При различных заболеваниях

Критерии диагностики

Железодефицитная анемия (D 51.0 – D 53.9): гипохромные микроцитарные эритроциты, снижен уровень MCV, MCH, MCHC, высокий - RDW, снижение сывороточного железа, ферритина, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови, высокий уровень FEP, гваяковая проба на скрытую кровь в кале положительна.

Фолиеводефицитная анемия (D 52): анамнестически - недоношенность, инфекции, мальабсорбция, хронический гемолиз; макроцитарные эритроциты, высокий уровень MCV и RDW, мегалобластный костный мозг, низкое содержание фолатов в сыворотке крови и эритроцитах.

Витамина В₁₂-дефицитная анемия (D 53): очень редко у детей, макроцитарные эритроциты, высокий уровень MCV и RDW, мегалобластный костный мозг, низкое содержание В₁₂ в сыворотке, сниженная кислотность желудка; положительный тест Шиллинга.

Белководефицитная анемия: Квашиоркор (E40) - тяжелое расстройство питания у детей

раннего возраста, вызванное длительным белковым голоданием, преимущественно углеводистой пищей; синдром депигментации и отека подкожной клетчатки.

Постгеморрагические анемии (...): анамнестически - острая, хроническая кровопотери; оценка кровопотери, ОЦК, определение Нв после восстановления ОЦК, тест на скрытую кровь.

Апластические анемии (D 61): наследственные (Фанкони, Даймонда-Блекфена), приобретенные (идиопатические) - множественные врожденные физические аномалии, отсутствие/уменьшение эритроидных предшественников в миелограмме.

Гемолитические анемии (D 55-59) врожденные, приобретенные.

Наследственные микросфероцитоз, б. Миньковского-Шоффара (D 58): генеалогический анамнез, перемежающаяся желтушность, спленомегалия гемолитические кризы, нормохромная анемия, ретикулоцитоз, повышение непрямого билирубина, сфероцитоз, уменьшение диаметра эритроцитов, гиперцеллюлярная миелограмма, изменение осмотической стойкости эритроцитов.

Анемия вследствие дефицита Г-6-ФД (D 55): желтушность, увеличение печени, ретикулоцитоз, гипергемоглобинемия.

Приобретенные иммунные (...): острое начало, лихорадка, бледность, желтуха, темная моча, гепатоспленомегалия, ретикулоцитоз, гипербилирубинемия, повышена ЛДГ, положительна проба Кумбса.

RDW – ширина распределения эритроцитов по объему (в норме 11,5-14,5%);

MCH – среднее содержание гемоглобина в эритроците; MCHC – средняя концентрация гемоглобина в одном эритроците; MCV – средний объем эритроцита.

Геморрагические диатезы

Геморрагические диатезы – группа болезней кровоточивости у детей системного характера, обусловленные нарушением трех звеньев гемостаза: сосудистого, тромбоцитарного и плазменного.

Классификация

I. Вазопатии:

Болезнь Шенлейна-Геноха (повышенная проницаемость и ломкость сосудов аллергического и анафилактического характера), наследственная семейная пурпура и прочие пурпуры (некротическая, гиперглобулинемическая и другие).

Болезнь Майоки (повышенная ломкость сосудов вследствие нейроваскулярной дисфункции). Наследственные геморрагические телеангиэктазии (порочное развитие сосудистой стенки и окружающей соединительной ткани), дизовариальная пурпура.

II. Тромбоцитопатии:

Геморрагическая тромбоцитопатическая болезнь Верльгофа (количественная и качественная недостаточность тромбоцитов и поражение сосудистой стенки) - а) острая форма, б) хроническая форма.

Наследственная геморрагическая тромбоцитопения Гланцмана (качественные изменения тромбоцитов и поражение сосудов, снижение активности некоторых ферментов пластинок).

Наследственная тромбопатия Виллебрандта (функциональные поражения пластинок, снижение уровня сосудистого фактора Нильсона).

III. Коагулопатии:

Гемофилия А (недостаток в крови антигемофильного глобулина – VIII фактора) - а) наследственная, б) семейная, в) спорадическая.

Гемофилия В (недостаток в крови компонента тромбопластина плазмы – IX фактора) - а) наследственная, б) семейная, в) спорадическая.

Гемофилия С (недостаток в крови предшественника тромбопластина плазмы - XI фактора).

Гемофилия Д – болезнь Хагемана (недостаток XII фактора, контакта).

Типы кровоточивости (З.С.Баркаган, 1980)

I тип – гематомный – глубокие напряженные и болезненные кровоизлияния в суставы, в мышцы, подкожную клетчатку, под фасции (гемофилии).

II тип – петехиально-пятнистый (микроциркуляторный) – появление на коже безболезненных петехий, экхимозов и более крупных поверхностных кровоизлияний, развивающихся незаметно для больного (тромбоцитопении, тромбоцитопатии).

III тип – васкулитно-пурпурный, геморрагии, обусловленные множественным очаговым воспалением, чаще иммунного генеза в микрососудах кожи, почек, кишечника, легких, на конечностях, ягодицах (геморрагический васкулит).

IV тип – микроциркуляторно-гематомный (смешанный) – болезнь Виллебранта и ДВС-синдром.

V тип – микроангиоматозный - при наследственной телеангиэктазии (болезнь Рандю-Ослера), проявляется упорными повторяющимися кровотечениями одной-двух локализаций, чаще носовыми. На коже, слизистых оболочках полости рта, на губах, в носу обнаруживаются телеангиэктазы.

Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха) (D 69.0)

Геморрагический васкулит – полиэтиотропное иммунокомплексное заболевание, характеризующиеся множественными микротромбоваскулитами, повреждающее сосуды кожи и внутренних органов.

Классификация

Клинико-анатомические формы	Синдромы	Тяжесть процесса	Фазы активности болезни	Течение болезни
Невисцеральная	Кожный Суставной	Легкая Средней тяжести	Активная Стихания	Острое (до 1,5 мес.) Подострое (2 – 6 мес.) Хроническое рецидивирующее (6 мес. и более)
Висцеральная	Абдоминальный Сердечный Почечный	Легкая Средней тяжести Тяжелая	Активная Стихания	Острое (до 1,5 мес.) Подострое (2– 6 мес.) Хроническое, рецидивирующее (6 мес. и более)
Смешанная	1. Кожный + суставной + почечный 2. Кожный+суставной+абдоминаль. 3. Почечный+суставной+сердечный + абдоминальный 4. Кожный+суставной+сердечный+ почечный 5. Кожный+суставной+сердечный+ абдоминальный + почечный 6. Сердечный+почечный+др.сочет.	Легкая Средней тяжести Тяжелая	Активная Стихания	

Осложнения геморрагического васкулита

1. Кишечная непроходимость, перфорации, перитонит, панкреатит.
2. ДВС-синдром с тромбоцитопенией, снижением уровня антитромбина III, протеина С и компонентов системы фибринолиза, повышение ПДФ.
3. Постгеморрагическая анемия.
4. Тромбозы и инфаркты в органах, в том числе церебральные расстройства, невриты.

Критерии диагностики

1. Кожный геморрагический синдром: сыпь пятнисто-папулезная, симметричная на разгибательных поверхностях преимущественно нижних конечностях и ягодицах, реже на других частях тела, волнообразное течение.
2. Суставной синдром: преимущественно после кожного синдрома, поражаются голеностопные, коленные, лучезапястные суставы, отечность суставов и боль при движении.
3. Абдоминальный синдром: коликообразные боли в животе, повторная рвота с примесью крови, мелена.
4. Почечный синдром: гематурия, следовая протеинурия.
5. Лабораторно: гиперкоагуляция (укорочение времени свертывания крови), лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
6. Увеличение циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Гемофилия (D 66.0–68.2)

Гемофилия – наследственная рецессивная, сцепленная с X-хромосомой коагулопатия, обусловленная недостатком плазменных факторов свертывания крови (VIII, IX, XI, XII), проявляющаяся повышенной кровоточивостью по гематомному типу.

Классификация гемофилий

Тип гемофилии	Дефицит плазменного фактора	Тип наследования
Гемофилия А (классическая гемофилия)	Дефицит VIII фактора антигемофильного	Рецессивный, сцепленный с X-хромосомой
Гемофилия В (болезнь Кристмаса) Крайне тяжелая форма Тяжелая форма Среднетяжелая Легкая форма	Дефицит IX фактора (плазменный компонент тромбопластина)	Рецессивный, сцепленный с X-хромосомой
Гемофилия С (болезнь Розенталя) латентная, малая выраженная форма	Дефицит XI фактора (плазменный предшественник тромбопластина плазмы)	Аутосомно-доминантный тип или аутосомно-рецессивный тип наследования
Гемофилия Д (болезнь Хагемана)	Дефицит XII фактора (фактора Хагемана) контактный фактор	Рецессивно-аутосомный тип или аутосомно-доминантный тип наследования

Критерии тяжести гемофилии (уровень VIII и IX факторов в %)

- Крайне тяжелая форма (0 – 1%)
- Тяжелая форма (1 – 2%)
- Средней степени тяжести (2 – 5%)
- Легкая форма (более 5%)

Выделяют 3 стадии поражения суставов:

- I – стадия гемартроза
- II – стадия гемартрита
- III – анкилоз

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: генеалогический анамнез, гематомный тип кровоточивости, гемартрозы, поздние кровотечения.
2. Лабораторно: гипокоагуляция, удлинение времени свертываемости крови и плазмы, снижение потребления протромбина, снижение VIII и IX факторов свертывания.

Тромбоцитопении (D 69.0 – D 69.4)

Тромбоцитопении – нарушение гемостаза различного генеза, обусловленное количественной недостаточностью тромбоцитов (менее $150 \times 10^9/\text{л}$).

Классификация тромбоцитопенической пурпуры

Тип	Форма	Период	Течение
А. Врожденный	I. Неимунная	1. Гематологический криз по тяжести:	I. Острое (до 6 – 12 мес.)
Б. Приобретенный	II. Аутоиммунная (болезнь Верльгофа)	а) легкий	II. Хроническое:
	III. Изоиммунная	б) среднетяжелый	а) с редкими рецидивами
	IV. Медикаментозная (аллергическая) гетероиммунная	в) тяжелый	б) с частыми рецидивами
	V. Трансиммунная	2. Клиническая ремиссия	в) непрерывно рецидивирующие
		3. Клинико-гематологическая ремиссия	

Критерии диагностики

- 1. Клинические симптомы: спонтанность возникновения геморрагического синдрома, петехиально-пятнистый тип кровоточивости, полиморфность, несимметричность, полихромность пурпуры, симптомы «жгута» и «щипка», носовые и маточные кровотечения, спленомегалия.
- 2. Лабораторно: снижение тромбоцитов менее 150 Г/л , удлинение времени длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка, в миелограмме - увеличение мегакариоцитов.

Тромбоцитопатии (D 69.1)

Тромбоцитопатии – нарушение гемостаза различного генеза, обусловленное качественной неполноценностью тромбоцитов (функциональной, морфологической, биохимической).

Классификация

I Наследственные формы	С нарушением функции тромбоцитов: а) формы с нарушением агрегационной функции тромбоцитов (тромбоцитостения Гланцмана, эссенциальная атромбия); б) формы с нарушением реакции высвобождения (аспириноподобный синдром, эссенциальная атромбия II типа); в) болезни недостаточного пула хранения (дефицит гранул тромбоцитов и их компонентов) – синдром Хержманского-Пудлака, синдром Чедиака-Хигаси; г) с нарушением в других плазменных звеньях гемостаза (болезнь Виллебрандта).
II Приобретенные формы	При гемобластозах, B_{12} дефицитной анемии, уремии, ДВС синдроме, циррозах, опухолях, паразитарных болезнях печени, блокаде тромбоцитов макро- и паропротеинами (миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема, моно- и поликлоновые гаммапатии и др.), цинге, гормональных нарушениях, лекарственных и токсигенных, лучевой болезни, массивной гемотрансфузии, тромбозах и гигантских ангиомах (тромбоцитопатия потребления).

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: при наследственной форме - генеалогический анамнез, спонтанная рецидивирующая и индуцированная различными внешними факторами кровоточивость, полиморфность пурпуры, несимметричность, полихромность, симптомы «жгута» и «щипка».

несоответствие выраженности геморрагического синдрома степени тромбоцитопении, наличие геморрагий при уровне тромбоцитов более 70 Г/л.

2. Лабораторно: нормальное/субнормальное количество тромбоцитов, снижение адгезии и агрегации тромбоцитов.

Острый лейкоз (С 91.0–95.9)

Острый лейкоз – опухолевая трансформация клона клеток предшественников костномозгового кроветворения системного характера, мультифакториальной этиологии, проявляющаяся анемией, геморрагией, гиперплазией ретикуло-эндотелиальной системы.

Классификация

I. Острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). По иммунологическим маркерам (выделение вариантов и субвариантов):

1. Ни Т-, ни В- клеточный ОЛЛ (включает 4 субварианта: «нулевой», Ja-подобный, «общий», пре В)
2. Т-клеточный ОЛЛ.
3. В-клеточный ОЛЛ.

II. Острый нелимфобластный лейкоз (ОНЛ). По морфологии (ФАБ классификация):

1. M0 – ОНЛ (острый недифференцируемый лейкоз)
2. M1,2 ОМЛ (острый миелобластный лейкоз)
3. M3 – ОМЛ (острый промиелоцитарный лейкоз)
4. M4 – ОММЛ (острый миеломонобластный лейкоз)
5. M5 – ОМнЛ (острый монобластный лейкоз)
6. M6 – ОЭ (острый эритромиелоз).

Стадии острого лейкоза

- Начальная стадия (ретроспективная)
- Стадия развернутой клинической картины (1-й острый период)
- Полная клинико-гематологическая ремиссия
- Рецидив II, III, IV и т. д. острого периода: костно-мозговой рецидив, экстрамедулярный, смешанный (костно-мозговой и экстрамедулярный)
- Терминальная стадия
- Выздоровление – полная клинико-гематологическая ремиссия на протяжении 5 лет и более лет.

Цитохимическая характеристика острых лейкозов

AB	MPO > 3	SBB > 3	CAE	ANB	PAS	AP
L1	-	-	-	-/+	+B	-/+
L2	-	-	-	-/+	+A	-/+
L3	-	-	-	-/+	-	+
M1	+	+	-/+	-/+	-/+	+/-
M2	+	+	+/-	-/+	+	+/-
M3	+	+	+	-/+	+	+/-
M4	+	+	+/-	+	+	+
M5	-/+	-/+	-/+	+	+	+

MPO - миелопероксидаза

SBB - судан черный

PAS - периодическая Шифф - кислота (реакция на гликоген)

CAE - хлорацетат эстераза

ANB - альфа нафтил бутиратэстераза

AP - кислая фосфатаза

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: быстрая утомляемость, лихорадка, боли в костях, кровоточивость из слизистых полости рта, носовые кровотечения, лимфаденопатия, гепатоспленомегалия,

увеличение яичек у мальчиков, синдром сдавления, лейкомоиды и геморрагии на коже.

2. Лабораторно: нормохромная анемия, тромбоцитопения, количество лейкоцитов может быть нормальным, сниженным или повышенным, бластные клетки, гипорегенераторная миелограмма - гиперклеточный костный мозг, с суженными ростками нормального кроветворения и инфильтрацией бластными клетками от 25% до тотального замещения, спинномозговая пункция - наличие бластных клеток в ликворе.

Хронический миелолейкоз (С 92.1)

Хронический миелолейкоз – опухоль крови из клеток-предшественников миелопоэза, сохраняющих способность дифференцироваться до зрелых форм.

Классификация

Формы хронического миелолейкоза	Наличие Ph хромосомы (Филадельфийская хромосома)	Стадии болезни
1. «Ювенильная» (инфильтративная)	Ph хромосома не характерна	1. Развернутая – моноклоновая доброкачественная стадия
2. «Взрослая»	Наличие Ph хромосомы характерно	2. Терминальная – поликлоновая злокачественная 3. Бластный криз

Критерии диагноза

1. Взрослая форма: в 2 раза чаще «ювенильной», в 40% диагностируется случайно, резкая спленомегалия (54%), гиперлейкоцитоз $> 100 \times 10^9/\text{л}$, в лейкоформуле весь созревающий ряд, умеренная анемия, костный мозг – миелоцитарная реакция, ускорение СОЭ, кариотипирование - 95% - Ph1-хромосома

2. Ювенильная форма: преимущественно до 2-х лет, проявления напоминают острый лейкоз, анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз $< 100 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – как при «взрослой» форме, увеличена СОЭ, повышено содержание НвF (30-70%), аномально высокий IgG, костный мозг – миелоцитарная реакция.

Лимфогранулематоз (С 81.0–81.9)

Лимфогранулематоз – первичное опухолевое заболевание лимфатической системы, морфологическим субстратом которого является полиморфноклеточная гранулема с наличием гигантских клеток Березовского – Штернберга – Рида, возникающее уницентрично и распространяющееся метастатическим путем.

Классификация

Стадия I - поражение лимфатических узлов одной области или одного внелимфатического органа.

Стадия II - поражение лимфатических узлов двух областей и более по одну сторону лимфограммы или то же и локализованное поражение одного внелимфатического органа или локализации по ту же сторону диафрагмы.

Стадия III - поражение лимфатических узлов любых областей по обоим сторонам диафрагмы, сопровождаемое или локализованным поражением одного внелимфатического органа или поражением селезенки или поражением того и другого.

Стадия IV - диффузное поражение одного или более органов с поражением лимфатических узлов или без них.

Локализация поражения в 4 стадии, доказанная гистологический, обозначается, символом: L - легкие, H - печень, M - костный мозг, O - кости, P - плевра, D - кожа, подкожная клетчатка. Стадия A - (асимптоматическая) - без признаков интоксикации.

Стадия B - (симптоматическая) - наличие одного из признаков: необъяснимая лихорадка выше 38⁰ С, кожный зуд, необъяснимая потеря массы тела более 10% от исходной за 6 мес.; проливные ночные поты.

Различают также группы «а» - при отсутствии или наличии одного признака и «б» - при наличии 2 из 5 биологических признаков активности:

1. Увеличение СОЭ более 30 мм/ч.,
2. Гиперфибриногенемия более 4 г/л.,
3. Гипер d₂ глоблинемия более 1,2 г/л.,
4. Церулоплазмин (медсодержащий) более 0,300 ед.

Гистологический вариант ЛГМ

- Лимфогистиоцитарный
- Склеронодулярный
- Смешанно – клеточный
- Диффузно – фиброзный
- Ретикулярный

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: лимфаденопатия - плотные безболезненные лимфатические узлы, без признаков воспаления, часто в виде конгломерата, увеличение происходит асимметричное, постепенно (наддиафрагмальные, шейные, медиастинальные и др.), спленомегалия, интермитирующая лихорадка выше 38⁰ С, ночные обильные поты, потеря веса (более 10% за последние 6 мес.).

2. Лабораторно: умеренный нейтрофиллез и лимфопения, тромбоцитоз, СОЭ > 30 мм/час, гиперфибриногенемия 5 г/л, гипер-α2-глобулинемия 10 г/л, гаптаглобин > 2 г/л, повышение ЛДГ, церулоплазмин > 400 мг/л

3. Открытая биопсия лимфоузлов, гистологическое исследование - обнаружение гигантских клеток Березовского – Штернберга – Рида.

Лимфаденопатии

Лимфаденопатия – полиэтиологическое по происхождению увеличение периферических лимфатических узлов.

Классификация Лимфадениты доброкачественные

Гнойные	Вторичные обратимые
1. Гнойный процесс кожи 2. Гнойный процесс подкожно – жировой клетчатки 3. Гнойный процесс костной системы 4. Гнойное воспаление лимфоузлов	1. Инфекционный мононуклеоз 2. Болезнь кошачьей царапины 3. Цитомегалия 4. Туберкулёз 5. Сифилис 6. Саркоидоз 7. Болезнь Николая – Фавра 8. Коллагенозы

Лимфадениты злокачественные

Гемобластозы	Метастатическое поражение л/у	Пролиферативно-обменные лимфадениты
1. Лимфогранулематоз 2. Ретикулосаркоматоз 3. Гигантофолликулярная лимфома 4. Саркома Беркита 5. Острый лейкоз 6. Лимфосаркома	1. При опухоли Вильмса 2. При раке 3. При симпатобластозах	1. Болезнь Гоше 2. Болезнь Нимана – Пика 3. Ретикулогистиоцитозы

Гистиоцитозы (D 76.0–76.3)

Гистиоцитозы – состояния, характеризующиеся активацией и пролиферацией клеток системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ). Гистиоцит – синоним макрофаг.

Патофизиологическая классификация

1. Реактивные или идиопатические гистиоцитозы:
 - А) синусовый гистиоцитоз
 - Б) саркоидоз
 - В) гранулематоз Вегенера
 - Г) лимфоматозный гранулематоз легких
 - Д) гистиоцитоз X (ГХ)
2. Опухолевые гистиоцитозы
 - А) злокачественный гистиоцитоз (ЗГ)
3. Гистиоцитозы, обусловленные врожденными дефектами в метаболизме липидов (болезни накопления, врожденные ферментопатии).

Гистиоцитоз X (ГХ) – относится к заболеваниям иммунной регуляции и представляет собой аномальный иммунный ответ (пролиферация специфического подтипа антигенпредставляющих макрофагов (клеток Лангерганса) на неизвестный этиологический стимул.

- Стадия А – множественные костные поражения
- Стадия В – внекостные поражения: легкие, ткани, кости
- Стадия С – с нарушением печени, легких, селезенки, гемопоэза.

Злокачественный гистиоцитоз (ЗГ) – заболевание клеток системы мононуклеарных фагоцитов (СМФ), которые подвергаются диффузной пролиферации и превращаются в неопластические макрофаги, составляющие морфологический субстрат опухоли.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: лихорадка, локализованная лимфаденопатия; поражение костной системы: единичные или множественные очаги деструкции литического характера с дефектами (черепа, тазовых, бедренных костей, позвонков, ребер); кожные симптомы: сыпь чаще на коже туловища, волосистой части головы и в естественных складках, папулезная красного или коричневого цвета, с геморрагическим компонентом и корочками, может иметь себорейный характер, часто изъязвляется; поражение легких: диффузные мелкоочаговые инфильтраты, позднее «пчелиные соты», буллезные изменения с пневмотораксом (тахипноэ, цианоз, кашель, пневмоторакс, плевральный экссудат), гепатоспленомегалия.
2. Лабораторно: анемия, тромбоцитопения или панцитопения.
3. Рентгенологически: костные литические очаги со склеротическими ободками вокруг.

ПАТОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

1. ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) микроцитарные эритроциты
- 2) мегалобластный костный мозг
- 3) низкое содержание фолатов
- 4) положительная проба Кумбса

2. ЧТО ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ ФОЛИЕВОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

- 1) микроцитарные эритроциты
- 2) мегалобластный костный мозг
- 3) низкое содержание фолатов
- 4) макроцитарные эритроциты

3. КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уровень гемоглобина менее 70 г/л
- 2) снижение эритроцитов менее 2,5 Т/л
- 3) сывороточное железо менее 12 мкмоль/л
- 4) ОЖСС более 80 мкмоль/л

4. К КАКОЙ ГРУППЕ БОЛЕЗНЕЙ ОТНОСИТСЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ

- 1) тромбоцитопатии
- 2) анемии
- 3) вазопатии
- 4) наследственные коагулопатии

5. КАКОЙ ХАРАКТЕР СЫПИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

- 1) симметричный
- 2) вокруг суставов, на ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей
- 3) волнообразный характер подсыпаний
- 4) верно все

6. КАКИЕ ОРГАНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ

- 1) сердце, легкие

- 2) селезенка, лимфатические узлы
- 3) кожа, почки, суставы
- 4) нервная система

7. КРИТЕРИЕМ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уровень тромбоцитов менее 150 Г/л
- 2) удлинение время длительности кровотечения
- 3) наличие геморрагического синдрома
- 4) снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л

8. ДЛЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ НЕХАРАКТЕРНЫ

- 1) носовые кровотечения
- 2) гемартрозы
- 3) маточные кровотечения
- 4) желудочно-кишечные

9. ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) увеличение время кровотечения
- 2) увеличение времени свертывания по Ли-Уайту
- 3) уменьшение времени свертывания по Ли-Уайту
- 4) гиперфибриногенемия

10. ГЕМОФИЛИЯ А НАСЛЕДУЕТСЯ ПО

- 1) аутосомно-рецессивно
- 2) аутосомно-доминантно
- 3) рецессивно, сцеплено с X-хромосомой
- 4) полигенно –аддитивно

11. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ГЕМОФИЛИИ КОНЦЕНТРАЦИЯ VIII И IX ФАКТОРОВ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1-2%
- 2) 0-1%
- 3) 2-5%
- 4) 5-25%

12. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) петехии
- 2) гемартрозы
- 3) розеолы
- 4) ангиоэктазии

13. ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕНЙКОЗ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ

- 1) 5% бластных клеток в мазке костного мозга
- 2) 15% бластных клеток в мазке костного мозга
- 3) 20% бластных клеток в мазке костного мозга
- 4) 25% бластных клеток в мазке костного мозга

14. СИНДРОМ БЕРНАРА-СУЛЬЕ ОТНОСИТСЯ К

- 1) тромбоцитопении
- 2) тромбоцитопатии
- 3) вазопатии
- 4) коагулопатии

15. СЕРПОВИДОКЛЕТОЧНАЯ АНЕМИЯ ОТНОСИТСЯ К

- 1) тромбоцитопатии
- 2) гемоглобинопатии
- 3) геморрагическим васкулитам
- 4) геморрагическим диатезам

16. ДЛЯ АНЕМИИ ФАНКОНИ ХАРАКТЕРНО

- 1) низкий рост, микроцефалия, смуглый оттенок кожи, порки развития кистей
- 2) диагностика в периоде новорожденности
- 3) аутосомно-доминантный тип наследования

17. ХРОНИЧЕСКИЙ МИЕЛОЛЕЙКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) более низкой степенью дифференцировки клеток, чем острый лимфолейкоз (ОЛЛ)
- 2) более высокой степенью дифференцировки клеток, чем ОЛЛ
- 3) тем же уровнем дифференцировки клеток, что и ОЛЛ

18. ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ ОТНОСИТСЯ К

- 1) злокачественным лимфомам
- 2) гистиоцитозам
- 3) неходжкинским лимфомам
- 4) нейробластомам

19. ДЛЯ ПЕРВОЙ СТАДИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ХАРАКТЕРНО

- 1) вовлечение двух или более областей лимфоузлов по одну сторону диафрагмы
- 2) вовлечение экстранодальных участков
- 3) вовлечение одной области лимфоузлов или одной лимфоидной структуры
- 4) вовлечение лимфоузлов или лимфоидных структур по обе стороны диафрагмы

20. ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ХАРАКТЕРНО

- 1) желтуха
- 2) непрямая гипербилирубинемия
- 3) спленомегалия
- 4) верно все

ПАТОЛОГИЯ СИСТЕМЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ

1. – 1	8. – 2	15. – 2
2. – 1	9. – 1	16. – 1
3. – 1	10. – 3	17. – 2
4. – 3	11. – 2	18. – 1
5. – 4	12. – 2	19. – 3
6. – 3	13. – 4	20. – 4
7. – 1	14. – 2	

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

Сахарный диабет (E10-E14)

Сахарный диабет – заболевание обмена веществ различной этиологии, которое характеризуется хронической гипергликемией, возникающей в результате нарушения секреции или действия инсулина, либо обоих факторов одновременно.

Этиологическая классификация нарушений гликемий (ВОЗ,1999)

1. Сахарный диабет типа 1 (деструкция β -клеток, приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности) А. Аутоиммунный В. Идиопатический
2. Сахарный диабет типа 2 (от резистентности к инсулину с относительной инсулиновой недостаточностью до секреторного дефекта с инсулиновой резистентностью или без нее)
3. Другие специфические типы диабета А. Генетические дефекты β -клеточной функции Б. Генетические дефекты в действии инсулина В. Болезни экзокринной части поджелудочной железы Г. Эндокринопатии Д. Диабет, индуцированный лекарствами или химикалиями Е. Инфекция Ж. Необычная форма иммуноопосредованного диабета
4. Другие генетические синдромы, иногда сочетающиеся с диабетом
5. Гестационный сахарный диабет

Диагноз сахарного диабета и другие категории гипергликемии (ВОЗ,1999)

	Цельная кровь		Плазма	
	венозная	капиллярная	венозная	капиллярная
Сахарный диабет				
натошак	$\geq 6,1$	$\geq 6,1$	$\geq 7,0$	$\geq 7,0$
через 2 часа после нагрузки глюкозой	$\geq 10,0$	$\geq 11,1$	$\geq 11,1$	$\geq 12,2$
Нарушенная толерантность к глюкозе				
натошак	$< 6,1$	$< 6,1$	$< 7,0$	$< 7,0$
через 2 часа после нагрузки глюкозой	$\geq 6,1$ и $< 10,0$	$\geq 7,8$ и $< 11,1$	$\geq 7,8$ и $< 11,1$	$\geq 8,9$ и $< 12,2$
Нарушенная гликемия натошак				
натошак	$\geq 5,6$ и $< 6,1$	$\geq 5,6$ и $< 6,1$	$\geq 6,1$ и $< 7,0$	$\geq 6,1$ и $< 7,0$
через 2 часа после нагрузки глюкозой	$< 6,7$	$< 7,8$	$< 7,8$	$< 8,9$

Критерии диагностики СД I типа

1. Клинические симптомы: жажда, полиурия, полидипсия, полифагия, снижение массы тела.
5. Глюкоза в плазме крови натошак $\geq 7,0$ ммоль/л; через 2 часа после приема пищи или в любое время суток $\geq 11,1$ ммоль/л.

Диабетическая ретинопатия (E 10.3)

Диабетическая ретинопатия - микрососудистое осложнение сахарного диабета с поражением сосудов сетчатки (микроаневризмы, кровоизлияния), проявляющееся экссудативными изменениями сетчатки, макулопатией и пролиферативным ростом новообразованных сосудов.

Классификация

- Непролиферативная,
- Препролиферативная,
- Пропролиферативная стадия.

Критерии диагностики

1. Офтальмоскопическая картина глазного дна.

Диабетическая нейропатия (E 10.4)

Диабетическая нейропатия - патогенетически связанное с СД сочетание синдромов поражения нервной системы, классифицируемое в зависимости от преимущественного вовлечения в процесс спинномозговых нервов (дистальная или периферическая) и/или вегетативной нервной системы (висцеральная или автономная) при исключении других причин их поражения.

Классификация

- **Диффузная нейропатия**
 Дистальная симметричная нейропатия: с преимущественным поражением чувствительных нейронов (сенсорная форма), с преимущественным поражением двигательных нейронов (моторная форма), с комбинированным поражением (сенсомоторная форма).
 Автономная нейропатия: ЖКТ (атония желудка, диабетическая энтеропатия), ССС: (безболевого инфаркт миокарда, ортостатическая гипотония, нарушение ритма сердца), мочевого пузыря, половой системы (эректильная дисфункция, ретроградная эякуляция), др. органов и систем (нарушение зрачкового рефлекса, нарушение потоотделения).
- **Фокальная нейропатия:** нейропатия черепных нервов, мононейропатия (верхних или нижних конечностей), множественная мононейропатия, полирадикулопатия, плексопатия, туннельные синдромы.

Критерии диагностики:

1. Снижение вибрационной, тактильной, болевой, температурной чувствительности,
2. Электромиография: снижение распространения возбуждения по нервному волокну.

Диабетическая нефропатия (E 10.2)

Диабетическая нефропатия - специфическое поражение сосудов почек при сахарном диабете, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, терминальная стадия характеризуется развитием хронической почечной недостаточности.

Классификация (2001)

- Стадия микроальбуминурии (МАУ < 30 мг/сут).
- Стадия протеинурии с сохранной азотовыделительной функцией почек.
- Стадия хронической почечной недостаточности.

Критерии диагностики

1. Появление микроальбуминурии (МАУ < 30 мг/сут), суточной протеинурии.
2. Снижение скорости клубочковой фильтрации.
3. Повышение креатинина, мочевины.

Гипогликемия (Е 10.0)

Гипогликемия - снижение концентрации глюкозы в плазме крови менее 2,8 ммоль/л в сочетании с клиническими проявлениями или менее 2,2 ммоль/л вне зависимости от симптоматики, у новорожденных – менее 1,7 ммоль/л.

Классификация

- Легкая: пациент способен самостоятельно купировать гипогликемию приемом углеводов вне зависимости от выраженности симптомов,
- Тяжелая: сопровождается нарушением сознания, необходима помощь других лиц.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: развивается быстро, иногда внезапно, влажная кожа, раздражительность, слабость, чувство голода, тремор конечностей, повышение АД, ЧСС, нарушение сознания, судороги; при коме – нестабильность дыхательной и сердечной деятельности.
2. Концентрации глюкозы в плазме крови менее 2,8 ммоль/л в сочетании с клиникой и менее 2,2 ммоль/л вне симптоматики; у больных СД самочувствия нарушается при гликемии ниже 4 ммоль/л.

Диабетический кетоацидоз (Е 10.1)

Диабетический кетоацидоз - острая декомпенсация сахарного диабета с гипергликемией $\geq 13,9$ ммоль/л, гиперкетонемией (>5 ммоль/л), ацетонурией ($\geq ++$) и метаболическим ацидозом (рН < 7,3) с различной степенью нарушения сознания.

Классификация

- Легкая степень тяжести: гликемия > 13 ммоль/л, рН артериальной крови 7,25-7,30, бикарбонат 15-18 ммоль/л, ацетонурия +, кетонемия слегка выше нормы, нарушения сознания нет.
- Средняя степень тяжести: гликемия > 13 ммоль/л, рН артериальной крови 7,0-7,24, бикарбонат 10-15 ммоль/л, ацетонурия ++, кетонемия умеренная, появление сонливости, оглушенности.
- Тяжелая степень: гликемия > 13 ммоль/л, рН артериальной крови $< 7,0$, бикарбонат < 10 ммоль/л, ацетонурия +++ , резкая кетонемия, сопор или кома.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: постепенное развитие, дегидротация, снижение работоспособности, массы тела, анорексия, тошнота, рвота, боли в животе, сопор, кома.
2. Лабораторно: приведено выше.

Ожирение (Е 66)

Ожирение - хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное взаимодействием средовых и генетических факторов, характеризующееся избыточным увеличением массы относительно роста (более 15%).

Этиопатогенетическая классификация

- Первичное или эссенциальное (экзогенно-конституциональное, полигенное)
- Моногенные формы ожирения
- Вторичное или симптоматическое (гипоталамическое, эндокринное, ятрогенное, генетические синдромы с ожирением).

Классификация по индексу массы тела (ИМТ) с 16-летнего возраста (ВОЗ, 1997)

Степень ожирения	ИМТ, кг/м ²
Избыточная масса тела	25-29,9
Ожирение 1 степени	30-34,9
Ожирение 2 степени	35-39,9
Ожирение 3 степени	≥40

Примечание: оценка степени ожирения по ИМТ у детей проводится при помощи процентильных таблиц с 2-х лет и старше. ИМТ в пределах 85-95 процентиля оценивается как избыточная масса, свыше 95 процентиля – как ожирение. ИМТ более 35 кг/м² - морбидное ожирение.

Классификация по избытку массы тела (%)

Степень ожирения	Избыток массы, %
Ожирение 1 степени	15-24,9
Ожирение 2 степени	25-49,9
Ожирение 3 степени	50-99,9
Ожирение 4 степени	≥100

Критерии диагностики

1. Увеличение массы тела относительно роста.
2. Утолщение подкожно-жирового слоя в области пупка, равномерное распределение подкожно-жирового слоя.
3. ИМТ более 30 кг/м² для детей старше 16 лет или избыток массы тела более 15% для детей от 1 года.

Метаболический синдром

Метаболический синдром - сочетание патогенетически связанных между собой метаболических, гемодинамических и гормональных нарушений, ускоряющих развитие и прогрессирование атеросклероза, сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа.

Классификация

- По форме: полная (4 и более маркера), неполная.
- По степени выраженности инсулинорезистентности: умеренная ($4 < \text{НОМА-R} < 8$), высокая ($\text{НОМА-R} > 8$).

- По течению: прогрессирующее, стабильное, регрессирующее, рецидивирующее.
- По фазе: компенсация, декомпенсация.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперандрогения у девочек, ранний атеросклероз/ИБС.
2. Лабораторно: нарушение толерантности к глюкозе/сахарный диабет 2 типа, гиперинсулинизм и/или инсулинорезистентность, дислипидемия.

Синдром гипотиреоза

Синдром гипотиреоза - симптомокомплекс, обусловленный стойким дефицитом тиреоидных гормонов.

Классификация

А. Первичный (тиреогенный) гипотиреоз

- Разрушение или недостаток функционально активной ткани щитовидной железы: хронический аутоиммунный тиреоидит, оперативное удаление щитовидной железы, терапия радиоактивным йодом, транзиторный гипотиреоз при подостром, послеродовом тиреоидите.

- Нарушение синтеза тиреоидных гормонов: врожденные дефекты биосинтеза тиреоидных гормонов, тяжелый дефицит или избыток йода, медикаментозное или токсическое воздействие (тиреостатики, литий, перхлорат).

Б. Центральные (гипоталамо-гипофизарный, вторичный, третичный) гипотиреоз

- Разрушение или недостаток клеток, продуцирующих ТТГ и/или тиролиберин: опухоли гипоталамо-гипофизарной области, травматическое или лучевое поражение, сосудистые нарушения (ишемия или геморрагические повреждения), инфекционные или инфильтративные процессы, хронический лимфоцитарный гипофизит, врожденные нарушения (гипоплазия гипофиза, септооптическая дисплазия).

- Нарушение синтеза ТТГ и/или тиролиберина, мутации, затрагивающие синтез рецептора тиролиберина, медикаментозные или токсические воздействия (дофамин, глюкокортикоиды).

Классификация по степени тяжести:

Степень тяжести	Лабораторные изменения	Клиническая картина
Субклинический	Повышение ТТГ, норма сТ4	Бессимптомное течение
Манифестный	Повышение ТТГ, снижение сТ4	Присутствуют симптомы гипотиреоза
Осложненный	Повышение ТТГ, снижение сТ4	Развернутая клиника, наличие осложнений (полисерозит, сердечная недостаточность, кретинизм, микседематозная кома и др.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: общая отечность, одутловатость лица, замедление речи, хриплый тембр голоса, поредение, выпадение, сухость волос, зябкость, снижение памяти.
2. Лабораторно: повышение ТТГ, холестерина, триглицеридов.
3. Рентгенологически: задержка темпов окостенения.

Синдром тиреотоксикоза

Синдром тиреотоксикоза - симптомокомплекс, обусловленный негативным влиянием стойкого избытка тиреоидных гормонов.

Классификация

- Гиперпродукция тиреоидных гормонов при болезни Грейвса-Базедова, многоузловом токсическом зобе
- Деструктивный (тиреолитический) тиреотоксикоз при подостром тиреоидите
- Медикаментозный (экзогенный) тиреотоксикоз при передозировке препаратами тиреоидных гормонов

Классификация по степени выраженности клинических симптомов

Субклинический (легкое течение)	Клиника отсутствует, снижение ТТГ, норма сТ ₄ , сТ ₃
Манифестный (средней тяжести)	Развернутая клиника, снижение ТТГ, повышение сТ ₃ и сТ ₄
Осложненный (тяжелое течение)	Клиника тиреотоксикоза и осложнения (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, дистрофические изменения паренхиматозных органов, психоз), резкое угнетение ТТГ, повышение сТ ₃ и сТ ₄

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: повышенная возбудимость, плаксивость, тремор пальцев рук, похудание, тахикардия, повышение систолического АД, субфебрилитет, потливость, глазные симптомы.
2. Лабораторно: повышение сТ₃, сТ₄, снижение ТТГ.

Хронический аутоиммунный тиреоидит (Е 06.3)

Хронический аутоиммунный тиреоидит - аутоиммунное заболевание щитовидной железы, наиболее частая причина гипотиреоза

Классификация

- Гипертрофический АИТ (тиреоидит Хасимото, классически й вариант),
- Атрофический АИТ

Критерии диагностики

1. «Большие» диагностические признаки: первичный гипотиреоз, антитела к щитовидной железе, ультразвуковые признаки.
2. Пункционная биопсия щитовидной железы для подтверждения АИТ не показана, проводится в рамках диагностического поиска.

Диффузный токсический зоб (Е 05.0)

Диффузный токсический зоб - системное аутоиммунное заболевание, развивающееся в результате выработки антител к рецептору ТТГ, клинически проявляющееся диффузным поражением щитовидной железы с развитием синдрома тиреотоксикоза.

Классификация

Субклинический (легкое течение)	Клиника отсутствует, снижение ТТГ, норма сТ ₄ , сТ ₃
Манифестный (средней тяжести)	Развернутая клиника, снижение ТТГ, повышение сТ ₃ и сТ ₄
Осложненный (тяжелое течение)	Клиника тиреотоксикоза и осложнения (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, дистрофические изменения паренхиматозных органов, психоз), резкое угнетение ТТГ, повышение сТ ₃ сТ ₄

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: увеличение щитовидной железы, тиреотоксическая офтальмопатия, синдром тиреотоксикоза.
2. Лабораторно: снижение ТТГ, увеличение сТ₃ и сТ₄.
3. УЗИ: диффузное увеличение, гипоэхогенность, усиления кровотока щитовидной железы.

Диффузный эутиреоидный зоб (E 04.0)

Диффузный эутиреоидный зоб - общее увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции.

Классификация зоба (ВОЗ, 2011)

Степень	Характеристика
0	Зоба нет (объем каждой доли не превышает объема дистальной фаланги большого пальца руки обследуемого)
1	Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи, сюда же относятся узловые образования, не приводящие к увеличению щитовидной железы
2	Зоб четко виден при нормальном положении шеи

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: увеличение щитовидной железы при пальпации, синдром сдавления трахеи, пищевода в зависимости от степени зоба.
3. УЗИ: увеличение объема щитовидной железы.

Коллоидный узловой зоб (E 04.1, E04.2)

Коллоидный узловой зоб - неопухолевое заболевание щитовидной железы, патогенетически связанное с хроническим дефицитом йода в организме, постановка диагноза возможна только на основании данных тонкоигольной биопсии узла.

Классификация по количеству узловых образований

- Узловой зоб – единственное инкапсулированное образование в щитовидной железе (солитарный узел)
- Многоузловой зоб – множественные инкапсулированные образования в щитовидной железе, не спаяны между собой
- Конгломератный узловой зоб – несколько инкапсулированных образований в щитовидной железе, спаянных друг с другом и формирующих конгломерат
- Диффузно-узловой (смешанный) зоб – узлы на фоне диффузного увеличения щитовидной железы

Критерии диагностики

1. Увеличение щитовидной железы при пальпации;
2. УЗИ: увеличение объема щитовидной железы, визуализация узла.
3. Тонкоигольная биопсия: коллоидный узел.

Подострый тиреоидит (Е 06.1)

Подострый тиреоидит - воспалительное заболевание щитовидной железы вирусной этиологии.

Классификация

- Стадия развития – тиреотоксическая (4-10 недель)
- Эутиреоидная (1-3 недели)
- Гипотиреоидная – (от 2 до 6 месяцев)
- Выздоровление

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: развитие на 5-6 день после перенесенной инфекции, внезапная боль на одной стороне передней поверхности шеи, болезненность при пальпации щитовидной железы, признаки тиреотоксикоза.
4. Лабораторно: увеличение СОЭ > 50 мм/час.
5. УЗИ: «облаковидные» зоны пониженной эхогенности в одной или обеих долях щитовидной железы.

Рак щитовидной железы (С 73)

Рак щитовидной железы - злокачественная опухоль, развивающаяся из железистых клеток щитовидной железы.

Классификация (ВОЗ, 1988)

- Фолликулярная карцинома
- Папиллярная карцинома
- Медуллярная (С-клеточная) карцинома
- Недифференцированная (анapластическая) карцинома

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: отягощенный семейный анамнез по раку щитовидной железы, наличие объемного образования на шеи, внезапная осиплость голоса.
2. УЗИ: узел щитовидной железы с нечетким неправильным контуром, кальцинаты, увеличение шейных лимфоузлов.
5. Тонкоигольная биопсия образования щитовидной железы.

Акромегалия и гигантизм (Е 22.0)

Акромегалия и гигантизм - увеличение секреции СТГ передней долей гипофиза; характеризуется увеличением темпов роста, размеров кистей, стоп, нижней челюсти и внутренних органов, нарушениями обмена веществ.

Классификация

По этиологическому признаку:

1. Спорадическая опухоль гипофиза (соматотропинома)
2. Эктопическая секреция гормона роста: эндокраниальная (опухоль глоточного и сфеноидального синуса), экстракраниальная (опухоль поджелудочной железы, легких, средостения и др.)
3. Эктопическая секреция соматолиберина: эндокраниальная (гамартома, ганглиоцитомы), экстракраниальная (карциноид поджелудочной железы, бронхов, ЖКТ)
4. Синдромы генетических нарушений: Мак-Кьюна-Олбрайта, Вермера, комплекс Карни, изолированная семейная акромегалия

По морфо-функциональным характеристикам:

1. Моногормональная опухоль гипофиза (соматотропинома): плотногранулированная, редкогранулированная
2. Плюригормональная опухоль гипофиза: продуцирующая СТГ и пролактин (соматопролактинома, маммотропинома). продуцирующая СТГ и другие гормоны аденогипофиза (смешанные опухоли гипофиза)

Степени тяжести (ВОЗ)

- Легкая – больной способен переносить обычную физическую нагрузку или ограничен в выполнении тяжелой, но не нуждается в госпитализации
- Средняя – больной способен обслуживать себя самостоятельно, но не в состоянии выполнять какую-либо работу. Активен 50% времени бодрствования
- Тяжелая – больной ограничен в возможности самообслуживания, осуществления какой-либо деятельности, находится в положении сидя более 50% времени бодрствования или соблюдает постельный режим

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: увеличение темпов роста и изменение внешности с момента появления опухоли.
2. Лабораторно: увеличение базальной секреции СТГ, ИФР.
3. КТ или МРТ: признаки опухоли гипофиза.

Несахарный диабет (E 23.2)

Несахарный диабет - неспособность почек реабсорбировать воду и концентрировать мочу, имеющее в своей основе дефект секреции или действия вазопрессина и проявляющееся выраженной жаждой и экскрецией большого количества разведенной мочи.

Классификация

- Центральный (гипоталамический, гипофизарный), обусловленный нарушением синтеза или секреции вазопрессина
- Нефрогенный (почечный, вазопрессин-резистентный), который характеризуется резистентностью почек к действию вазопрессина
- Первичная полидипсия (психогенная полидипсия подавляет физиологическую секрецию вазопрессина)

По тяжести:

1. Легкая форма – выделение до 6-8 л/сут без лечения
2. Средняя – выделение 8-14 л/сут без лечения
3. Тяжелая – выделение более 14 л/сут без лечения

По степени компенсации:

1. Компенсация – при лечении жажда и полиурия не беспокоят
2. Субкомпенсация – при лечении эпизоды жажды и полиурии в течение дня
3. Декомпенсация – жажда и полиурия сохраняются и при лечении заболевания

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: жажда, полиурия, сухость кожи.
3. Лабораторно: гипоизостенурия < 1005, осмолярность крови < 300 мОсм/кг, нормогликемия.

Гиперальдостеронизм (E 26)

Гиперальдостеронизм - симптомокомплекс, обусловленный повышенной секрецией альдостерона.

Классификация

1. Первичный: альдостеронпродуцирующая аденома или карцинома, идиопатический гиперальдостеронизм, глюкокортикоид-зависимый гиперальдостеронизм, односторонняя гиперплазия надпочечников, эктопированная опухольная продукция альдостерона
2. Вторичный: поражение паренхимы почек (нефрит, диабетическая нефропатия), поражение почечных сосудов (атеросклероз, сосудистые аномалии), сердечная недостаточность, медикаментозный гиперальдостеронизм (диуретики, оральная контрацептива), гиперальдостеронизм при ренинпродуцирующей опухоли

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: артериальная гипертензия, мышечная слабость, судороги.
4. Лабораторно: гипокалиемия, исследование альдостерона на фоне нагрузочных проб.

Гипокортицизм или надпочечниковая недостаточность (E 27.1)

Гипокортицизм или надпочечниковая недостаточность - тяжелое полисимптомное эндокринное заболевание, обусловленное недостаточной секрецией гормонов коры надпочечников вследствие нарушения функций в одном или нескольких звеньях гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

Классификация

- По скорости развития клинических симптомов: острая и хроническая
- По степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая
- По выраженности клинических проявлений: явная и латентная
- В зависимости от уровня поражения гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы: первичная, вторичная и третичная

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: общая и мышечная слабость, ортостатическая гипотензия, гиперпигментация, тяга к соленому.
3. Лабораторно: гипогликемия, гипонатриемия, суточный мониторинг кортизола в крови и моче.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (E 25.0)

Врожденная дисфункция коры надпочечников - группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которого лежит дефект одного из транспортных белков, принимающих участие в биосинтезе кортизола в коре надпочечников.

Клинические варианты

- Простая (вирильная)
- Сольтеряющая
- Стертая

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: срыгивание и рвота в первые недели жизни, потеря веса, пигментация кожи, у девочек – вирилизация наружных половых органов, у мальчиков – минимальная степень маскулинизации наружных половых органов.
2. Лабораторно: повышенное количество 17-ОН-прогестерона в сыворотке крови, гиперкалиемия, гипонатриемия, повышенная экскреция с мочой 17-кетостерона.

Феохромоцитома (.....)

Феохромоцитома - опухоль из хромоаффинной ткани, продуцирующая биологически-активные вещества (адренолин, норадренолин, дофамин).

Классификация

- Локализация: надпочечниковая (90%) и вненадпочечниковая
- Этиология: спорадическая форма (75%), семейная форма (25%)
- Клиническое течение: бессимптомная форма, симптоматическая гипертензия, атипичная форма
- Тяжесть состояния: тяжелое, среднетяжелое, легкое
- Морфологическое строение: доброкачественное, злокачественное, мультицентрическое

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: пароксизмальная «самокупируемая» артериальная гипертензия, ортостатическое головокружение.
2. УЗИ, КТ/МРТ: обнаружение опухоли.
3. Лабораторно: повышение метилированных производных катехоламинов в плазме и суточной моче.

Синдром гиперкальциемии

Синдром гиперкальциемии - повышение содержания свободного кальция в крови, сопровождающееся характерными клиническими проявлениями.

Классификация

- Легкая – повышение содержания общего кальция в крови до 3 ммоль/л, свободного кальция до 2 ммоль/л
- Умеренная - повышение содержания общего кальция в крови до 3,5 ммоль/л, свободного кальция до 2,0 ммоль/л
- Тяжелая - повышение содержания общего кальция в крови более 3,5 ммоль/л, свободного кальция более 3,5 ммоль/л

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: нарушение сознания (слабость, заторможенность, дезориентация), полиурия до 3-5 л/сут., увеличение АД.
2. Лабораторно: гиперкальциемия, гипофосфатемия.
3. ЭГГ: укорочение интервала Q-T.

Синдром гипокальциемии

Синдром гипокальциемии - симптомокомплекс, развивающийся из-за уменьшения концентрации ионизированного кальция в плазме крови ниже минимально допустимого.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: повышение нервно-мышечной возбудимости (ларингоспазм, бронхоспазм), парестезии.
2. Лабораторно: гипокальциемия (содержание общего кальция менее 2,2 ммоль/л).
3. Эктопическая кальцификация

Остеопороз (М 80-М 82)

Остеопороз - метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением прочности кости и повышением риска переломов.

Классификация

1. Первичный остеопороз: постменопаузальный остеопороз (1-го типа), сенильный остеопороз (2-го типа), ювенильный остеопороз, идиопатический остеопороз
2. Вторичный остеопороз
 - Заболевания эндокринной системы: эндогенный гиперкортицизм, гиперпаратиреоз, тиреотоксикоз, гипогонадизм, сахарный диабет 1 типа, гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность
 - Ревматические заболевания: ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилоартрит
 - Заболевания органов пищеварения: резецированный желудок, синдром мальабсорбции, хронические заболевания печени
 - Заболевания почек: ХПН. почечный канальцевый ацидоз, синдром Фанкони

Заболевания крови: миеломная болезнь, талассемия, системный мастоцитоз, лейкозы и лимфомы

Другие заболевания и состояния: иммобилизация, овариоэктомия, алкоголизм, нервная анорексия, нарушения питания, трансплантация органов

Генетические нарушения: несовершенный остеогенез, синдром Марфана, гомоцистинурия и лизинурия

Прием медикаментов: кортикостероидов, антиконвульсантов, иммунодепрессантов, агонистов гонадотропин-рилизинг-гормона, алюминий-содержащих антацидов, гепарина, тиреоидных гормонов

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: перелом при минимальной травме.
2. Снижение плотности костей (денситометрия).

Синдром гипогонадизма

Синдром гипогонадизма - симптомокомплекс клинических и/или гормональных изменений, обусловленных недостаточностью половых гормонов.

Классификация

В зависимости от уровня поражения: гипергонадотропный (первичный) гипогонадизм, гипогонадотропный (вторичный) гипогонадизм, нормогонадотропный гипогонадизм, гипогонадизм, обусловленный резистентностью органов-мишеней

В зависимости от времени поражения: препубертатный гипогонадизм, постпубертатный гипогонадизм

В зависимости от этиологии: врожденный гипогонадизм, приобретенный гипогонадизм, идиопатический гипогонадизм

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: отсутствие вторичных половых признаков. у мальчиков – евнухоидизм, гинекомастия, высокий рост, у девочек – низкий рост.

Синдром гинекомастии (N 62)

Синдром гинекомастии - видимое или определяемое при пальпации доброкачественное увеличение молочных желез у мальчиков.

Классификация

- Ложная гинекомастия (преобладание жировой ткани)
- Истинная гинекомастия (преобладание железистой ткани)
- Симметричная гинекомастия – увеличение двух молочных желез
- Асимметричная гинекомастия – увеличение одной молочной железы

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: увеличение и болезненность при пальпации молочных желез.

Синдром преждевременного полового созревание - ППС (Е 30.1)

Синдром преждевременного полового созревание - появление вторичных половых признаков у девочек до 8 лет, у мальчиков до 9 лет.

Классификация

Истинное ППС: идиопатическое, церебральное: опухоли ЦНС, поражение ЦНС неопухолевого генеза, врожденные синдромы

Ложное ППС: у мальчиков - ХГЧ-секретирующие опухоли краниальной и экстракраниальной локализации; опухоли яичек, надпочечников, ВДКН, у девочек-опухоли яичников, надпочечников, овариальные фолликулярные кисты

Гонадотропиннезависимые формы: синдром Мак-Кьюна-Олбрайта-Брайцева, тестотоксикоз

Неполные формы ППС: ускоренное пубархе, ускоренное телархе

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: появление вторичных половых признаков у девочек ранее 8 лет, у мальчиков ранее 9 лет, ускоренные темпы роста и дифференцировки костей.

Синдром задержки полового развития (Е 30.)

Синдром задержки полового развития - отсутствие вторичных половых признаков у детей, достигших верхнего возрастного предела нормального периода полового созревания: у девочек – 13 лет, у мальчиков – 14 лет.

Классификация

- Конституциональная
- ЗПР при хронических системных заболеваниях
- ЗПР при недостаточном питании и неадекватных энергозатратах

Нарушение формирования пола (гермафродитизм) (Q 56., Q 99.)

Нарушение формирования пола (НФП)— врожденное состояние, обусловленное хромосомным, гонадным или соматическим нарушением формирования пола.

Классификация

Хромосомное НФП	НФП 46 ХУ	НФП 46 ХХ
45 X (синдром Шерешевского-Тернера и его варианты)	Нарушение развития яичек: - чистая дисгенезия яичек - смешанная дисгенезия яичек	Нарушение развития яичников: - дисгенезия гонад - тестикулярное нарушение формирования пола
47, ХХУ (синдром Клайнфельтера и его варианты)	- регрессия гонад (синдром рудиментарных яичек)	- овотестикулярное нарушение формирования пола
45, X/46, ХУ 46, ХХ/46, ХУ (смешанная овотестикулярная форма)	Нарушение биосинтеза и действия андрогенов: - дефект 17 β -HSD - дефект 5 α -редуктазы - дефект StAR - синдром резистентности к андрогенам – полная и неполная формы - дефект рецептора к ЛГ Дефект антимюллера гормона (АМГ) или рецептора к АМГ	Избыток андрогенов: -дефект 21-гидроксилазы -дефект 11 β -гидроксилазы дефект POR -фетоплацентарное (дефицит ароматазы) -материнское (лютеома, прием лекарственных препаратов)

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

1. ПРИ СД 1 ТИПА НАСЛЕДОВАНИЕ

- 1) полигенно-аддитивное
- 2) доминантное
- 3) рецессивное

2. УРОВНЕМ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА HBA1C, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ СД ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) 30%
- 2) 20%
- 3) 7%

3. МАНИФЕСТНЫЙ СД ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ ГИПЕРГЛИКЕМИИ

- 1) более 5,6 ммоль/л
- 2) более 6,7 ммоль/л
- 3) более 11,1 ммоль/л

4. НАРУШЕНИЕ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ГЛЮКОЗЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ, ЕСЛИ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ ЧЕРЕЗ 120 МИН ПОСЛЕ ПРИЕМА ГЛЮКОЗЫ

- 1) менее 7,8 ммоль/л
- 2) более 11,1 ммоль/л
- 3) > 7,8, но < 11,1 ммоль/л

5. У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ КОМА

- 1) лактатацидотическая
- 2) кетоацидотическая
- 3) гиперосмолярная

6. СКРИНИНГ НА ВРОЖДЕННЫЙ ГИПОТИРЕОЗ ПРОВОДЯТСЯ

- 1) детям, рожденным от матерей с заболеваниями щитовидной железы
- 2) всем детям
- 3) детям с неврологическими расстройствами

7. ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- 1) аутоиммунном поражении щитовидной железы
- 2) недостаточном поступлении йода с пищей
- 3) опухолях щитовидной железы

8. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тахикардией в покое
- 2) повышенной работоспособностью
- 3) всем перечисленным

9. ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕРКАЗОЛИЛОМ

- 1) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 2) лейкопения, агранулоцитоз
- 3) лейкоцитоз, эритроцитоз

10. АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ ЧАЩЕ ПРИВОДИТ К

- 1) гипотиреозу
- 2) гипертиреозу
- 3) эутиреозу

11. УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ В КРОВИ В НОРМЕ

- 1) 1,25-2,25 ммоль/л
- 2) 2,25-2,75 ммоль/л
- 3) 2,27-3,25 ммоль/л

12. ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) гипокальциемия, гиперфосфатемия
- 2) гипокальциемия, гипофосфатемия
- 3) гиперкальциемия, гиперфосфатемия

13. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ КАЛЬЦИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА ПРИ ГИПОПАРАТИРЕОЗЕ ОДНОВРЕМЕННО С ГЛЮКОНАТОМ КАЛЬЦИЯ ВВОДЯТ

- 1) кальцитриол
- 2) гормоны околощитовидной железы
- 3) витамин Д

14. У МАЛЕНЬКИХ ДЕТЕЙ ГИПОПАРАТИРЕОЗ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ

- 1) диспептическими явлениями
- 2) ларингоспазмом, спазмом мышц диафрагмы
- 3) поражением волос, ногтей, зубов

15. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГИПОПАРАТИРЕОЗА ПРОВОДЯТ С

- 1) гипотиреозом
- 2) псевдопаратиреозом, спазмофилией, эпилепсией
- 3) бронхиальной астмой

16. ПРИЧИНОЙ ПЕРВИЧНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) опухоль гипофиза
- 2) аутоиммунное поражение надпочечников
- 3) инфекции ЦНС с поражением гипоталамуса
- 4) кровоизлияние в надпочечники при родовой травме

17. ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ НАДПОЧЕЧНИКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВНЕ КРИЗА

- 1) отставание в физическом и половом развитии
- 2) гиперпигментация кожных покровов, мышечная слабость
- 3) схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, диареей
- 4) правильно а, б
- 5) правильно все

18. АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ НАСЛЕДУЕТСЯ ПО ТИПУ

- 1) аутосомно-рецессивному
- 2) аутосомно-доминантному
- 3) сцеплено с X-хромосомой
- 4) сцеплено с Y-хромосомой

19. ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С СОЛЬТЕРЯЮЩЕЙ ФОРМОЙ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

- 1) запоры
- 2) позднее отхождение мекония
- 3) жидкий стул

20. ДЛЯ ПРОСТОЙ ФОРМЫ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНО

- 1) преждевременное половое развитие
- 2) артериальная гипертензия
- 3) гиперпигментация кожных складок, белой линии живота
- 4) правильно а, в
- 5) правильно все

21. ОЖИРЕНИЕМ СЧИТАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА ОТ МАКСИМАЛЬНОГО ПО РОСТУ И ПОЛУ НА

- 1) 20%
- 2) 5%
- 3) 10%
- 4) 30%

22. ЭКЗОГЕННО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вторичным
- 2) первичным

23. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОЖИРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нефрит
- 2) артериальная гипертензия
- 3) кардит

24. ПРОФИЛАКТИКА ОЖИРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) постоянный контроль веса
- 2) адекватный двигательный режим
- 3) рациональное питание
- 4) все перечисленное

25. УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

- 1) повышен
- 2) снижен
- 3) не изменен

26. ДЛЯ ГИПОГОНАДИЗМА ИЗБЫТОЧНОЕ ОТЛОЖЕНИЕ ЖИРА

- 1) характерно
- 2) не характерно

27. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНЫХ ПОЛОВЫХ ПРИЗНАКОВ ПРИ ИСТИННОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ ПРОТЕКАЕТ ПО

- 1) изосексуальному типу
- 2) гетеросексуальному

28. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ - ЭТО ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК И МАЛЬЧИКОВ

- 1) до 7 - 8 лет
- 2) до 9- 10 лет
- 3) до 12 - 13 лет

29. ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПОЛОВОМ СОЗРЕВАНИИ КОСТНЫЙ ВОЗРАСТ

- 1) соответствует паспортному возрасту
- 2) опережает паспортный возраст
- 3) отстает от паспортного возраста

30. ДЛЯ КАКИХ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНА ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

- 1) Болезнь Грейвса
- 2) Тиреодит Хашимото
- 3) Синдром Шерешевского - Тернера

31. ДЛЯ ГИПОФИЗАРНОГО НАНИЗМА ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

- 1) характерна
- 2) не характерна

32. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОПИТУИТАРИЗМА ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ

- 1) адреномиметики
- 2) глюкокортикоиды
- 3) антагонисты допамина
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

33. ДИАГНОСТИКА ВЫСОКОРОСЛОСТИ ОСНОВАНА НА

- 1) данных анамнеза и физикальном исследовании
- 2) оценке костного возраста

- 3) лабораторном определении уровня СТГ в крови
- 4) всем перечисленном

34. ГИПОФИЗАРНЫЙ НАНИЗМ ОБЫЧНО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) до года
- 2) после 3 лет
- 3) преимущественно в пубертатном периоде

35. ДЛЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ХАРАКТЕРНО

- а) рост родителей средний, в детстве замедленный
- б) костный возраст опережает паспортный
- в) выраженная задержка психомоторного развития

ПАТОЛОГИЯ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

1. – 1	13. – 3	25. – 1
2. – 3	14. – 2	26. – 1
3. – 3	15. – 2	27. – 1
4. – 3	16. – 2	28. – 1
5. – 2	17. – 4	29. – 2
6. – 2	18. – 1	30. – 3
7. – 2	19. – 3	31. – 2
8. – 3	20. – 4	32. – 5
9. – 2	21. – 3	33. – 4
10. – 1	22. – 2	34. – 2
11. – 2	23. – 2	35. – 1
12. – 1	24. – 4	

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

Аденовирусная инфекция (В 30.1-34.0)

Аденовирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами аденовируса, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением носоглотки, конъюнктив, лимфоидной ткани, характеризующееся лихорадкой, умеренной интоксикацией, катаральным синдромом с выраженным экссудативным компонентом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По основному синдрому	Дополнительные синдромы	По форме тяжести
Катар верхних дыхательных путей Фаринго-конъюнктивальная лихорадка Конъюнктивит, кератоконъюнктивит Тонзиллофарингит Пневмония	Обструктивный Синдром крупа Пленчатый конъюнктивит Диареи РЭС-моноклеоидный	Легкая Среднетяжелая Тяжелая

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: преобладание катарального синдрома над интоксикацией, экссудативный характер воспаления, катар верхних дыхательных путей с конъюнктивитом, полиаденит, гепатоспленомегалия, волнообразное течение.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (70-87%), атипичные моноклеары (5-8%), выделение вируса из смывов со слизистой зева, носа, конъюнктивы и испражнений, нарастание титра антител в динамике в 4 и более раз в РА и РН.

Грипп (J 10.0-11.0)

Грипп - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами вируса гриппа, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением респираторного тракта, выраженной интоксикацией, кратковременной лихорадкой, умеренным катаральным синдромом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По основному синдрому	Дополнительные синдромы	По форме тяжести	По течению
Нейротоксикоз Судорожный. Менингеальный Энцефалитический Сегментарный отек легкого Геморрагический отек легкого Стенозирующий ларинготрахеит	Обструктивный Синдром крупа Пленчатый конъюнктивит Диареи РЭС-моноклеоидный	Легкая Среднетяжелая Тяжелая Гипертоксическая Атипичная (безсимптомная, стертая)	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: выраженная интоксикация (максимально на 1-2 сутки), озноб, температура до 39,0 °С, головная боль, мышечные и суставные боли.

2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), обнаружение слущенных клеток и пластов цилиндрического эпителия в отпечатках слизистой оболочки (по Колядицкой), выделение РНК вируса, типирование методом заражения куриных эмбрионов, нарастанием титра антител РСК, РТГА в парных сыворотках с 4-кратным и более увеличением.

Парагрипп

Парагрипп - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами вируса парагриппа, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся поражением респираторного тракта (преимущественно гортани), с симптомами выраженной интоксикации, повышением температуры, катаральным синдромом.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По течению
Типичная Атипичная (стертая, бессимптомная).	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: встречается у детей 2-5 лет, одновременное начало катарального и интоксикационного синдромов, температура фебрильная, основной признак - стенозирующий ларинго-трахеит(ложный круп): шумное дыхание, сухой, мучительный кашель, осиплость голоса.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), обнаружение слущенных клеток и пластов цилиндрического эпителия в отпечатках слизистой оболочки (по Колядицкой), выделение РНК вируса, типирование методом заражения куриных эмбрионов.

Респираторно-синцитиальная инфекция

Респираторно-синцитиальная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое респираторно-синцитиальным вирусом, передающееся воздушно-капельным путем, с преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей, проявляющееся повышением температуры, слабовыраженной интоксикацией, катаральным синдромом, дыхательной недостаточностью.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По течению
Типичная Атипичная (стертая, бессимптомная).	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хро-

		нических заболеваний
--	--	----------------------

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: болеют дети грудного возраста, слабо выраженные катаральный и интоксикационный синдромы, температура фебрильная, поражение нижних отделов респираторного тракта (бронхиолит, обструктивный бронхит), дыхательная недостаточность с быстрым развитием обратной динамики.
2. Лабораторно: лейкопения (до 4,0 Г/л), лимфоцитоз (до 67-85%), выделение и типирование вируса в первые 1-3 дня, нарастание титра антител в динамике в 4 и более раз в РСК и РН.

Дифтерия (А 36.0-36.9)

Дифтерия – острое инфекционное заболевание, вызывается токсигенными коринобактериями дифтерии, характеризуется воспалительными изменениями слизистых и кожи с образованием фибриновых пленок и специфическим повреждением ряда органов и тканей, преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

I. Дифтерия ротоглотки

- Локализованная: катаральная, островчатая, пленчатая (налеты только на миндалинах)
- Распространенная (налеты на миндалинах, дужках, маленьком язычке, стенках глотки и полости рта, т.е. выходят за пределы миндалин).
- Токсическая: субтоксическая - эдематозная (отек зева), отек клетчатки шеи и подчелюстной области (односторонний или двусторонний); токсическая 1 ст. – отек подкожной клетчатки шеи до второй шейной складки, токсическая 2 ст. – отек клетчатки шеи до ключицы, токсическая 3 ст. – отек клетчатки шеи ниже ключицы
- Гипертоксическая: молниеносная, геморрагическая (с ДВС-синдромом)
- Комбинированная (поражение нескольких систем: дифтерия глаза, носа, кожи, зева...)

II. Дифтерия носа

- Локализованная: пленчатая, эрозивная, катаральная
- Распространенная: с поражением придаточных полостей
- Токсическая: большие налеты в носу с отеком шейной клетчатки или лица, носовые кровотечения

III. Дифтерия глаз

- Локализованная: катаральная, пленчатая, (крупозная) - поражение только слизистых век
- Распространенная: с поражением глазного яблока (дифтерическая)
- Токсическая: с отеком вокруг глаз, пропитыванием кровью налетов (дифтерическая)

IV. Дифтерия гортани

- Локализованный круп (ларингит)
- Распространенный круп А (ларинготрахеит)
- Распространенный круп Б или нисходящий круп (ларинготрахеобронхит)

V. Дифтерия наружных половых органов

- Локализованная: типичная - пленчатая, атипичная – катаральная
- Распространенная: пленки распространяются на кожу вокруг наружных половых органов

- Токсическая: I ст. - выраженный отек половых органов, токсическая II ст.- отек половых органов и кожи
- VI. Дифтерия кожи
- Локализованная: типичная (пленчатая) — без отека кожи
 - Токсическая — с отеком кожи
 - Гнойничковая — пустулезная, импетигоподобная, панариций, флегрома кожи
- VII. Редкие локализации дифтерии: уха, пупочной ямки, ран, органов пищеварения (пищевод, желудка, кишечника)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: наличие фибриновой пленки, распространение налетов и токсического отека за пределы миндалин, незначительная выраженность воспаления, сладко-приторный запах изо рта, развитие истинного крупа: осиплость голоса, «лающий» кашель, дисфония; развитие токсических осложнений: инфекционно-токсический шок, нефроз, миокардит, полинейропатия.
2. Лабораторно лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево и значительно увеличенная СОЭ, умеренная протеинурия и лейкоцитурия, положительные диагностические посевы в течение 3-4 ч. (не позднее 12 ч) с момента обращения, наличие в начале болезни РПГА отрицательной или положительной в разведениях 1:40-1:160, с последующим нарастанием титра в 4 и более раз.

Эпстайн - Барр вирусная инфекция (инфекционный мононуклеоз) (А 27.)

Инфекционный мононуклеоз - острое инфекционное вирусное заболевание, вызываемое вирусом Эпстайн-Барра, характеризующееся лихорадкой, ангиной, генерализованной лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки и появлением в крови атипичных мононуклеаров.

Классификация

Период возникновения	Формы заболевания	По форме тяжести	По течению
Врожденная Преобритенная	1. Типичная (ангина, увеличение лимфоузлов, печени и селезенки, атипичные мононуклеары) 2. Атипичная: стертая, субклиническая, висцеральная	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: высокая длительная лихорадка, синдромы аденоидита и острого тонзиллита, гепатоспленомегалия, лимфаденопатия (увеличение передне-задние шейных лимфоузлов).
- 2.Лабораторно: высокий лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз и моноцитоз, специфические клетки - атипичные мононуклеары, СОЭ умеренно увеличено, определение методом ИФА антител Ig M в остром периоде, метод ПЦР - диагностика в крови, слюне, моче.

Коклюш (А 37.)

Коклюш – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, вызываемое коклюшной палочкой, протекающее с преимущественным поражением дыхательных путей, сопровождающееся приступообразным спазматическим кашлем и характерными изменениями в крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз).

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	Периоды заболевания	По форме тяжести	По течению
Типичная Атипичная (стертая, бессимптомная)	Катаральный (1-2 недели) Спазматический (2-4 недели) Разрешения (2-3 недели)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое. Негладкое: - с осложнениями - с присоединением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: предсудорожный период (катаральный) - нормальная температура, сухой, навязчивый, постепенно усиливающийся кашель,; спазматический период - приступообразный кашель, нормальная температура, наличие «реприз», признаки дыхательной недостаточности, надрыв уздечки языка, наличие хрипов в легких.
2. Лабораторно: лейкоцитоз с выраженным лимфоцитозом при нормальной или сниженной СОЭ, наличие мазках слизи из задней стенки глотки *Bordetella pertussis*, положительный метод "кашлевых пластинок", ПЦР – диагностика, нарастание титра в реакциях РА, РСК, РПГА и реакцию нейтрализации (РН) антигена.

Менингококковая инфекция (А39.0-А39.9)

Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококками, с вариательной клиникой от здорового носительства, локализованных форм (назофарингит) до генерализованных форм (менингоэнцефалит, менингококкцемия,) и редкой локализации (пневмония, артрит, иридоциклит, эндокардит).

Классификация (В.И.Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова, 1976)

Формы заболевания	По форме тяжести	По течению
Локализованные: менингококконосительство, острый назофарингит Генерализованные: менингококкемия, менингит Смешанные: менингит + менингококкемия Редкие формы: менингококковая пневмония, менингит, артрит (синовит), полиартрит, иридоциклит	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Молниеносное Острое Подострое Хроническое

Критерии диагностики

1. Острый назофарингит: наиболее частая форма, острое начало, температура нормальная или до 38,0° С, головная боль, першение в горле, боль при глотании, заложенность носа,

гиперемия и отечность задней стенки глотки, умеренный лейкоцитоз, мазок со слизистой носа на менингококк.

2. Менингококковый менингит: острое начало, температура до 40,0° С, головная боль, рвота не приносящая облегчения, судороги, менингеальные симптомы; лейкоцитоз до 20-40 Г/л, сдвиг формулы влево, анэозинофилия, увеличение СОЭ, исследование СМЖ - цитоз до нескольких тысяч в 1 мкл., нейтрофилы до 90%, белок до 0,66-1,0 г/л, положительные мазки слизи из носоглотки, люмбальной пункции и крови на "толстую каплю".

3. Менингококкемия: внезапное начало, температура более 40,0° С, геморрагическая сыпь («звездчатая», петехиальная) на нижней половине живота, инфекционно-токсический шок (снижение АД, синдром «белого пятна», олигоанурия), ДВС-синдром; гиперлейкоцитоз до 20-40 Г/л, с резким сдвигом влево до миелоцитов, анэозинофилией, увеличением СОЭ, олигоанурия, лейкоцитурия, протеинурия, положительный мазок слизи с задней стенки носоглотки на менингококк, нарастание титра в реакциях РА, РСК, РПГА и реакцию нейтрализации (РН) антигена.

Полиомиелит (А 80., В 91)

Полиомиелит - острое инфекционное заболевание, вызываемое одним из трех типов вируса полиомиелита и характеризуется большим диапазоном клинических проявлений – от abortивных до паралитических форм.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, Е.В.Лещинская, 1997)

Формы полиомиелита без поражения ЦНС	Формы полиомиелита с поражением ЦНС	Периоды заболевания при паралитической форме
I. Инаппарантная (вирусоносительство) II. Abortивная (малая болезнь)	I. Непаралитическая или менингеальная II. Паралитическая: спинальная (шейная, грудная, поясничная, ограниченная, распространенная); понтинная, бульбарная, понтоспинальная, бульбоспинальная, бульбопонтоспинальная	Препаралитический Паралитический Восстановительный (>1 года) Резидуальных проявлений

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: препаралитический период - контакт с больным или вирусоносителем, наибольшая восприимчивость детей раннего возраста, летне-осенняя сезонность, острое начало с двухволновой лихорадкой, слабо выраженные катаральные явления, диспепсические расстройства, болевой синдром (спонтанные мышечные боли в конечностях, спине);

паралитический период: острое развитие вялых парезов (параличей) с нарастанием в течение 1-2 дней, поражение проксимальных отделов конечностей с развитием гипотонии или адинамии, арефлексии, атонии, атрофии, ассиметричный, мозаичный характер распределения парезов и параличей, отсутствие расстройства чувствительности и нарушений функций тазовых органов, выраженный болевой синдром, раннее развитие трофических нарушений в пораженных конечностях.

2. Лабораторно: умеренный лейкоцитоз, относительный нейтрофилез, в препаралитическом периоде в ликворе клеточно-белковая диссоциация, в паралитическом – белково-клеточная диссоциация, обнаружение полиовируса в фекалиях и в ликворе, нарастание титра специфических антител в крови.

Паротитная инфекция (В 26.)

Паротитная инфекция – высококонтагиозная острая генерализованная вирусная инфекция, вызываемая *Pneumophilus parotitidis*, характеризующаяся поражением железистых органов (слюнных желез, поджелудочной железы, яичек, яичников), а также ЦНС (менингит, менингоэнцефалит).

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

Формы заболевания	По форме тяжести
Типичная железистая: паротит, субмаксилит, сублингвит, панкреатит, орхит, оофарит, бартолинит, мастит; нервная: серозный менингит, менингоэнцефалит, железисто-нервная (комбинированная) Атипичная: стертая, инapparантная	Легкая Среднетяжелая Тяжелая

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: длительная лихорадка, припухлость в области слюнных желез, боли при жевании, болевые точки Филатова (при надавливании на козелок, мочку уха, сосцевидный отросток, ретромандибулярную ямку), отек и гиперемия слизистой вокруг выводного протока околоушной слюнной железы (с-м Мурсона); полиорганность поражения - панкреатит, орхит, серозный менингит и т.д.
2. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, исследование СМЖ - прозрачная или слегка опалисцирующая, давление повышено до 250-300 мм водн.ст., плеоцитоз 300-700 клеток лимфоцитарного характера, белок 0,3-0,9 г/л; РТГА и РСК при исследовании парных сывороток с титром 1:80 и нарастание в динамике в 4 и более раз.

Гемофилюс-инфлюэнция инфекция (НВ-инфекция) (J 14, J 20.)

Гемофилюс-инфлюэнция инфекция - острое инфекционное заболевание, преимущественно детей раннего возраста, вызываемое микроорганизмами из рода гемофильных бактерий, проявляющееся гнойным менингитом, отитом, заболеваниями дыхательных путей, эндокардитом, остеомиелитом.

Классификация НВ-инфекции типа В
(В.В. Иванова, М.Н. Сорокина, Н.Я. Скрипченко, 1998)

Формы заболевания

- Локализованные: острое респираторное заболевание, отит, остеомиелит, гнойный артрит, конъюнктивит, целлюлит, носительство
- Генерализованные: пневмония, менингит, острый эпиглотит (воспаление надгортанника), перикардит, гипертоксическая форма с ИТШ
- Редкие: перитонит, гепатит, вульвовагинит, уретрит

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: интоксикация, повышение температуры, возраст ребенка до 3-х лет, полиорганность поражения - гнойный менингит, отит, заболевания дыхательных путей (пневмония, эпиглотит, бронхит), эндокардит, остеомиелит.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ до 15-30 мм/час; при менингите - лейкоцитоз до 20-40 Г/л, сдвиг формулы до юных форм, анэозинофилия; исследование СМЖ - высокий цитоз, нейтрофилы до 90%, белок повышается до 0,66-1,0 г/л; диагностическим

критерием Нib-менингита считается гипоглюкорахия (глюкоза менее 0,4 г/л); наличие возбудителя в мазках микроскопии (гной, аспират, мокрота, ликвор), возможен посев методом «кашлевых пластинок».

Ветряная оспа (В 01.)

Ветряная оспа – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Классификация (В.Ф.Учайкин, Н.И.Нисевич 1990)

По механизму возникновения	По форме	По тяжести	По течению
Врожденная Приобретенная	Типичная Атипичная: рудиментарная, гангренозная, геморрагическая, висцеральная (генерализованная)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое (без осложнений) Негладкое: - с осложнениями - с микст-инфекцией

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом, характерная сыпь (везикулезная, с захватом волосистой части головы и слизистых оболочек), «ложный» полиморфизм сыпи - элементы сыпи находятся на разной стадии развития, возможны бактериальные осложнения, развитие висцеральной, геморрагической и гангренозной форм.
2. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, нарастание титра антител в динамике.

Корь (В 05.)

Корь – острое инфекционное заболевание, протекающее с лихорадкой, интоксикацией, катаром верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также пятнисто-папулезной сыпью.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести	По течению
Типичная Атипичная: стертая, агравированная (гипертоксическая, геморрагическая), митигированная Корь у привитых	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Осложненное

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: катаральный период - сочетание симптомов интоксикации и катаральных явлений, конъюнктивит, склерит, блефароспазм, ринит, фарингит, поражение слизистых оболочек полости рта – отек, гиперемия, появление специфической энантемы – пятен Бельского-Филатова-Коплика (в конце периода);

период высыпания - появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания, интоксикационный, катаральный синдром выражены максимально, этапное появление сыпи: в 1-е сутки – на лице, шее, верхней части груди и плеч; во 2-е сутки – сыпь полностью покрывает туловище и распространяется на проксимальные части рук, на 3-4-е сутки – дистальные части рук и нижние конечности, сыпь пятнисто-папулезная с тенденцией к слиянию, пятна Бельского-Филатова-Коплика (в начале периода);

период пигментации - переход сыпи в пигментацию на 4-5-й день от начала заболевания, возникновение пигментации после сыпи.

2. Лабораторно: лейкопения, лимфоцитоз, нарастание титра антител в 4 раза в динамике.

Краснуха (В 06.)

Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся мелкой пятнисто-папулезной сыпью, генерализованной лимфоаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой.

Классификация (Р.Е.Берман, В.К.Воган, 1992)

По механизму развития	По форме	По тяжести	По течению
Приобретенная Врожденная: с классической триадой симптомов (катаракта, пороки сердца, глухота); с расширенным синдромом - множественные пороки развития	Типичная Атипичная: стертая, субклиническая, гипертоксическая	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое (без осложнений) Негладкое: - с осложнениями - с наслоением вторичной инфекции - с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: приобретенная краснуха - температура тела нормальная/субфебрильная в течение 1-3 дней, ранний признак - увеличение и болезненность заднешейных и затылочных лимфатических узлов, одномоментное появление сыпи на 1-2-й день от начала заболевания на различных участках тела, сыпь мелкая, пятнисто-папулезная, несливная, с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах; врожденная краснуха - триада врожденных аномалий (Gregg, 1942) – катаракта, глухота, пороки сердца, другие пороки – микро- и гидроцефалия, незаращение мягкого и твердого неба, spina bifida, крипторхизм гипоспадия, гидроцеле, пилоростеноз, врожденный гепатит и др.

2. Лабораторно: лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, плазматические клетки (клетки Тюрка – более 3%), нарастание титра антител в динамике.

Скарлатина (А 38)

Скарлатина – острое инфекционное заболевания с симптомами общей интоксикации, ангины и высыпаниями на коже.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести	По течению	Осложнения
Типичная	Легкая форма	Гладкое	Аллергические (нефрит,

Атипичная: стертая (скарлатина без сыпи), с агравированными симптомами (гипертоксическая, геморрагическая), экстрафарингеальная (экстрабукальная), абортивная	Среднетяжелая форма Тяжелая форма: токсическая, септическая, токсико-септическая	Негладкое	миокардит, синовит, реактивный лимфаденит и др.) Гнойные Септикопиемия Микст-инфекция
---	---	-----------	--

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: контакт с больным, реконвалесцентом скарлатины, а также с больными ангиной, хроническим тонзиллитом и фарингитом, рожей или носителем стрептококка группы А, осенне-зимняя сезонность, преимущественная заболеваемость детей дошкольного и школьного возраста; острое начало, синдромы интоксикации и острого тонзиллита с регионарным лимфаденитом, «пылающий зев», бледный носогубный треугольник на фоне гиперемии кожи щек и яркости губ (симптом Филатова), мелкоочечная сыпь в 1-2-е сутки болезни, продолжительностью от нескольких часов до нескольких дней, с локализацией в естественных складках, разрешается шелушением от мелкого отрубевидного в области шеи, мочек ушей до крупнопластинчатого на ладонях, пальцах рук и ног, динамика изменений языка («малиновый язык»).
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ; выделения возбудителя из зева; повышение в крови анти-О-стрептолизина.

Сальмонеллез (А 02.)

Сальмонеллез - острое зоонозное инфекционное заболевание, вызываемое многочисленными сероварами сальмонелл и протекающее у детей чаще всего в гастроинтестинальных, реже в тифоподобных и септических формах.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести	По течению
Типичные: желудочно-кишечные (гастрит, энтерит, гастроэнтероколит, колит) Атипичные: тифоподобная, менингоэнцефалитическая, септическая, стертая, субклиническая	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Острое (до 1мес) Затяжное (до 3мес) Хроническое (>3 мес)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: ранний возраст, контакт с больными, страдающими диареей, бактерионосителями, употребление продуктов сомнительной свежести (яйца, мясо); острое начало с быстрым развитием интоксикации, длительная волнообразная лихорадка, развитие гастроинтестинальных форм, стул частый жидкий, пенистый, зловонный, бурозеленого цвета в виде «болотной тины», характерно поражение других систем: ЦНС, легких, сердечно-сосудистой, печени, почек, развитие гнойных осложнений и анемии.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, обнаружение в кале лейкоцитов и эритроцитов, посев испражнений трехкратно, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Шигеллез (дизентерия) (А 03.)

Шигеллез – острое инфекционное заболевание человека с энтеральным механизмом заражения, вызываемое бактериями рода шигелл, проявляющееся синдромами общей интоксикации, колита, нередко с развитием первичного нейротоксикоза.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, 1990)

По типу	По тяжести	По течению
Типичные Атипичные: стертая, диспепсическая, субклиническая, гипертоксическая	Легкая Среднетяжелая Тяжелая: с преобладанием местного процесса, с преобладанием токсических явлений, смешанные формы	Абортивное Острое (до 1мес) Затяжное (до 3мес) Хроническое (более 3 мес)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: острое начало с сочетанным развитием общетоксического и диарейного синдромов, синдром дистального колита (спазм и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы, податливость ануса, стул в виде «ректального» плевка (частый, скудный со слизью и прожилками крови).
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, повышение СОЭ; бактериологическое подтверждение, нарастание титра антител в динамике заболевания, определение в крови специфических АТ разных классов (А,М,G).

Холера (А 00.)

Холера – острая кишечная инфекция, вызываемая холерными вибрионами, характеризующаяся гастроэнтеритическими проявлениями с быстрым обезвоживанием организма вследствие потери воды и электролитов с рвотными массами и жидким стулом.

Классификация (В.И.Покровский и соавт., 1978)

Типичная форма:	Атипичная форма	Носительство
Легкая (I ст. обезвоживания, потеря до 3% массы) Среднетяжелая (II ст. обезвоживания, потеря 4-6% массы) Тяжелая (III ст. обезвоживания, потеря 7-9% массы) Очень тяжелая (IV ст. обезвоживания, потеря 10 и более % массы)	Субклиническая Стертая Сухая Молниеносная Геморрагическая Микст-инфекция	Здоровое Транзиторное Реконвалесцентное

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: преобладание гастроэнтеритного синдрома, испражнения вначале носят разжиженный каловый характер, быстро превращаются в водянистые, бесцветные с обильными хлопьями похожими на «рисовый» отвар, дефекация происходит самопроизвольно, рвота многократная, обильная, «фонтаном», неукротимая икота, неутолимая жажда, тонические судороги разных групп мышц, особенно икроножных, сопровождающиеся резкими болями и болезненностью при надавливании, быстро нарастают признаки эксикоза I-IV степени вплоть до гиповолемического шока.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, нейтрофилез, моноцитопения, повышения СОЭ. бактериологическое подтверждение, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Брюшной тиф и паратифы (А 01.)

Брюшной тиф и паратифы - острое инфекционное заболевание, типичный антропоноз с энтеральным механизмом заражения, вызываемое брюшнотифозными палочками и характеризующееся преимущественным поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией и бактериемией, розеолезной сыпью, гепатоспленомегалией, нередко – волнообразным течением и длительным бактериовыделением.

Классификация (И.К.Мусабаев, 1983)

По типу	По тяжести	По характеру течения	Осложнения и последствия
Типичные Атипичные: стертая, субклиническая, с преимущественным поражением отдельных органов (пневмотиф, нефротиф, колотиф, менинготиф, холанготиф)	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Гладкое Негладкое: обострение, рецидивы, осложнения, формирование хронического очага	- кишечное кровотечение; - перфорация язвы с перитонитом; - холецистит, холангит; - хронический гепатит; - носительство тифозной палочки; - поражение органов дыхания, мочеполовой, нервной системы, ССС, опорной; - рецидивы

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: летне-осенняя сезонность, контактный, алиментарный, реже – водный пути передачи; температура тела достигает максимальных цифр за 3-5 дней, головные боли, слабость; лицо одутловатое, кожа сухая на ощупь; скудная розеолезная сыпь на коже передней брюшной стенки и боковых поверхностях передней грудной клетки; язык сухой, отечный, с грязно-серым налетом у корня, отпечатками зубов на боковых поверхностях языка, вздутие живота, болезненность, укорочение перкуторного звука (симптом Падалки), увеличение печени и селезенки; относительная брадикардия.

2. Лабораторно: обнаружение возбудителя в биоматериале (крови, моче, желчи, гное, эксудате), реакция Видаля и РНГА.

Ботулизм (А 05.)

Ботулизм – острое инфекционное заболевание, относящееся к группе токсикоинфекций, вызываемое *Clostridium botulinum* характеризующееся тяжелым течением с преимущественным поражением центральной и вегетативной нервной системы.

Классификация (В.Н. Никифоров, В.В.Никифоров, 1985)

По типу	По тяжести	По характеру течения	Осложнения и последствия
1. Типичная гастроинтестинальная: ботулиновый гастроэнтерит, гастроинтестинально-паралитическая, офтальмо-паралитическая, асфиктическая, комбинированная 2. Атипичная: стертая, субклиническая, молниеносная	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое Подострое Рецидивирующее	- аспирационная пневмония; - миозиты; - миокардит; - микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: признаки интоксикации при отсутствии лихорадки, гастроэнтеритный синдром (рвота, понос), офтальмоплегические нарушения - диплопия, «сетка перед глазами», нечеткость предметов, опущение верхнего века, расширение зрачков, нистагм, нарушение слезовыделения; назофарингеальные симптомы - сухость во рту, нарушение глотания, гнусавость голоса вследствие пареза мягкого неба, осиплость голоса, расстройство саливации; жажда, нарастающая и длительная миастения, адинамия, развитие парезов и параличей различных групп мышц - мимических, жевательных, шейных, верхних конечностей;
развитие нейропаралитической дыхательной недостаточности - частое поверхностное дыхание, инспираторная одышка, серо-синий центральный цианоз, чувство распирания живота, метеоризм, запоры.
2. Лабораторно: обнаружение ботулинического токсина *биологической пробой нейтрализации* на белых мышцах (ответ через 4-6 часов, окончательный – на 6-8 день), выделение возбудителя из крови.

Ротавирусная инфекция (А 08.)

Ротавирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое ротавирусами, характеризуется общей интоксикацией, поражением слизистых оболочек ротоглотки и пищеварительного тракта с ведущим синдромом гастроэнтерита и дегидратацией организма.

Классификация

(А.Г.Букринская, Н.М. Грачева, В.И.Васильева, 1989; Л.В.Феклисова, 1997)

По форме	По тяжести	По характеру течения
Типичная: гастроэнтерит, гастрит, энтерит Атипичная: стертая, субклиническая, вирусоносительство	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое Затяжное С осложнениями Микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: заболеваемость детей раннего возраста, острое начало, лихорадка, рвота, с последующим присоединением диареи «секреторного» характера, стул кашицеобразный или жидкий, водянистый, обильный, без патологических примесей, боли в животе, интенсивные, сочетание гастроэнтерита с признаками катара верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, гиперемия и зернистость задней стенки глотки).
2. Лабораторно: отсутствие воспалительных сдвигов в крови, копрограмме; выделение вируса из смывов зева и фекалий; нарастание титра антител в динамике заболевания.

Иерсиниозная инфекция

Термин «иерсиниозная инфекция» объединяет два инфекционных заболевания, вызываемых бактериями из рода *Yersinia*: *псевдотуберкулез* (*Y. Pseudotuberculosis*) и *кишечный иерсиниоз* (*Y. Enterocolitica*).

Кишечный иерсиниоз (A04.)

Кишечный иерсиниоз – острое инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia enterocolitica*, с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся, выраженным синдромом интоксикации, лихорадкой, преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, других органов и систем с тенденцией к генерализации процесса.

Классификация (В.Н. Самарина, 2000)

По форме	По тяжести	По характеру течения	По продолжительности	Осложнения
Локализованная Генерализованная	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Гладкое (неосложненное) Осложненное Рецидивирующее	Острое (до 3мес.) Затяжное Хроническое	Специфические: аппен, дицит, миокардит, острый интерстициальный нефрит, пиелонефрит, гломерулонефрит, менингоэнцефалит, полинейропатия Неспецифические: присоединение вирусной и бактериальной инфекций, обострение хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: употребление загрязненного испражнениями домашних животных и грызунов мяса, фруктов, овощей, непастеризованного молока, сырой воды, весенне-летняя сезонность, групповые заболевания; длительная лихорадка, выраженная интоксикация, гастроэнтерит, энтероколит, абдоминальный синдром, поражение кожи с гиперемией и экзантемой, боли в суставах и мышцах, артриты, полилимфаденопатия.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, эозинофилия, моноцитоз, выделение возбудителя из кала, крови, ликвора, мочи, гноя, мезентеральных лимфатических узлов, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Псевдотуберкулез (A 28.2)

Псевдотуберкулез - острое инфекционное заболевание, вызываемое *Yersinia pseudotuberculosis*, характеризуется полиморфизмом клинических симптомов с преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, кожи, опорно-двигательного аппарата, лихорадкой и выраженной интоксикацией.

Классификация (Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин 1990)

По распространенности	По форме	По тяжести	По течению	Осложнения
Локализованная Генерализованная	Типичная: скарлатиноподобная, абдоминальная, артралгическая, желтушная, комбинированная Атипичная: стертая, субклиническая, катаральная	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое (до 3 мес.) Затяжное с обострениями и рецидивами	- пневмония; - отит; - перитонит; - остеомиелит; - миокардит; -микст-инфекция

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: употребление инфицированной пищи и воды, острое начало, полиорганность поражений (увеличение лимфатических узлов, печени, артриты, артралгии в сочетании с общей интоксикацией и длительной лихорадкой, боли в животе, обложенный, «малиновый» язык, скарлатиноподобная, полиморфная сыпь, симптом «капюшона», «перчаток» и «носков».
2. Лабораторно: лейкоцитоз, эозинофилия, моноцитоз, повышение СОЭ; выделение возбудителя из испражнений, крови, мокроты, носоглоточных смывов, ликвора, мочи, гноя, мезентеральных лимфатических узлов, нарастание титра антител в динамике заболевания.

Вирусные гепатиты (В 15-В19)

Вирусный гепатит А - острое циклическое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-вирусом с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся умеренно выраженным синдромом интоксикации, нарушением функции печени и доброкачественным течением.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По течению
Типичная Атипичная (безжелтушная, стертая, бессимптомная, субклиническая)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	По длительности: - острое (до 3-х мес.); - затяжное (до 6 мес.) По характеру: гладкое; негладкое: с осложнениями, с обострениями, с присоединением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: преджелтушный период - контакт с больным, кратковременная интоксикация, субфебрильная температура, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, ахолия кала, темная моча; желтушный период - желтушное окрашивание склер, кожных покровов, слизистых оболочек, быстрое развитие желтухи, нормальная температура, увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки, насыщенная моча, бесцветный стул.
2. Лабораторно: лейкоцитоз (10-12 Г/л), затем - лейкопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом, общий анализ мочи: уробилинурия (в конец периода); копрограмма: ахоличный стул; повышение АлАТ, АсАТ- минимальной степени активности до 100 Ед/л, умеренной - до 250 Ед/л, высокой - свыше 250Ед/л.; гипербилирубинемия за счет прямой фракции; увеличение уровня глобулинов в протеинограмме; определение в сыворотке специфических антител класса IgM (анти-HAV IgM) и IgG (анти-HAV IgG), анти-HAV IgM обнаруживают в крови с первого дня заболевания, в течение всего периода клинических проявлений до 3-6 месяцев от начала болезни, анти-HAV IgG появляются на высоте заболевания и выявляются пожизненно, ПЦР крови РНК HAV(+).

Вирусный гепатит E - острое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-содержащим вирусом, с преимущественно водным путем передачи, характеризующееся синдромом интоксикации и нарушением функции печени.

Общепринятой классификации нет.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: водный путь заражения, постепенное начало, интоксикация сохраняется при появлении желтухи, астеновегетативный синдром, диспептический синдром, длительное увеличение печени.
2. Лабораторно: умеренный лейкоцитоз, затем - лейкопения с относительным лимфоцитозом и моноцитозом, СОЭ – норма; билирубинурия; повышение АлАТ, АсАТ, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, увеличение уровня глобулинов в протеинограмме, идентификация на основании отрицательных результатов исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов А (анти-HAV IgM), В (HBsAg, анти-HBc IgM), дельта (анти-HDV) и С (анти-HCV). ПЦР крови РНК HEV(+).

Вирусный гепатит В - острое или хроническое заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом, передающимся парентеральным путём, и характеризующееся медленным развитием болезни, длительным течением, возможностью формирования хронического гепатита, цирроза печени и гепатокарциномы.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По длительности	По характеру
Типичная Атипичная (безжелтушная, стертая, бессимптомная, латентная)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая Фульминантная (злокачественная)	Острое (до 3-х мес.) Затяжное (до 6 мес.) Хроническое (более 6 мес.)	Гладкое Негладкое: с осложнениями, с обострениями, с присоединением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: преджелтушный период - эпиданамнез, постепенное начало, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, увеличение и уплотнение печени, ахолия кала, темная моча; желтушный период - желтушное окрашивание склер, кожных покровов, слизистых оболочек, постепенное развитие желтухи, при появлении желтухи улучшение состояния не наступает, нормальная температура, кожный зуд, брадикардии, увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки, насыщенная моча, бесцветный стул.
2. Лабораторно: повышение АлАТ, АсАТ, прямой фракции билирубина, уробилина, диагностика (ИФА, РНГА, реакция связывания комплемента /РСК/, метод встречного иммунного электрофореза /ВИЭФ/) основана на определении в сыворотке крови антигенов вируса гепатита В (HBsAg, HBeAg, HBcAg) и антител к ним анти-HBc, анти-HBe, анти-HBs IgM, ПЦР ДНК HBV.

Вирусный гепатит С - острое или хроническое заболевание, вызываемое РНК-содержащим флавивирусом, парекеральным механизмом передачи, характеризующееся слабой иммунной реакцией, бессимптомным течением, возможностью формирования хронического гепатита, гепатокарциномы.

Общепринятой классификации нет.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: эпиданамнез, преобладание безжелтушных форм, диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье), астеновегетативный синдром, гепатоспленомегалия, внепеченочные знаки: пальмарная эритема, телеангиоэктазии, преобладание хронических форм.
2. Лабораторно: повышение АлАТ, АсАТ, повышение прямой фракции билирубин, определении в сыворотке крови антител HCV Ig M, IgG NS3,NS4,NS5 вируса гепатита С, в крови ПЦР - РНК HCV+.

Токсоплазмоз (В 58.)

Токсоплазмоз - врожденное или приобретенное паразитарное заболевание с длительным, нередко хроническим течением, характеризующееся поражением ЦНС, глаз, печени, селезенки, других органов и систем.

Классификация

Форма заболевания	По форме тяжести	Характер течения
Инаппарантный Приобретенный Врожденный: неонатальный, клинически манифестный, манифестный в первые мес. жизни, резидуальные явления, бессимптомный, носительство	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Острое Подострое Хроническое Субклиническое

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: длительный субфебрилитет, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, кистозные образования печени, селезенки, головного мозга.
2. Лабораторно: при врожденном токсоплазмозе - лейкоцитоз, нейтрофилез, эозинофилия, увеличение СОЭ, определение в микроскопии мазков из осадка спинномозговой жидкости и биопсийного материала, РСК, РПГА, ИФА для определения IgM, иммунофлюоресцентный метод - обнаружение токсоплазм.

Хламидиозы (A55.0-56.8), (A70-A74)

Хламидиозы – группа инфекционных заболеваний человека, животных и птиц, вызываемых хламидиями с различными механизмами заражения (аэрогенный, контактный), характеризующихся интоксикацией, катаром дыхательных путей, поражением легких, нервной системы, мочеполовых органов, глаз гепатолиенальным синдромом; к ним относят орнитоз (ornithosis), респираторный хламидиоз (pneumochlamidiosis) и уrogenитальный хламидиоз.

Классификация

Зоонозные	Антропонозные	Атипичные
Орнитоз	Респираторный хламидиоз (пневмохламидиоз); хламидиоз новорожденных и детей раннего возраста; поражение глаз	Стертая Бессимптомная

	(трахома, паратрахома, конъюнктивит); урогенитальный хламидиоз, паховый лимфогрануломатоз, болезнь Рейтера	
--	--	--

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: хламидийная пневмония - умеренная интоксикация, длительный, приступообразный (коклюшеподобный) кашель без реприз, выраженная дыхательная недостаточность с относительно скудными физикальными данными, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия; хламидийная инфекция новорожденных - частые выкидыши, бесплодие, эндометрит, полиорганность поражения (вялотекущие конъюнктивиты, отиты, хориоменингиты, пневмонии с синдромом дыхательных расстройств, гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия).
2. Лабораторно: при орнитозе - нормоцитоз или лейкопения, СОЭ до 20-40 мм/ч, а при пневмохламидиозе - выраженный лейкоцитоз нейтрофильного характера, сохраняющийся относительный нейтрофилез, увеличение на 1-2-й нед. жизни эозинофилов (более 7%) и моноцитов (более 10%), лейкоцитурия, протеинурия, обнаружение цитоплазматических включений (тельца Гальбершtedтера-Провачека) хламидий в эпителиальных клетках препаратов, определение IgM в РСК, РПГА, ИФА, ПЦР - диагностика.

Микоплазмы (J 15.7, J 20.0, B 96.0)

Микоплазмы – группа инфекционных заболеваний, вызываемых микоплазмами и характеризующихся преимущественным поражением легких, мочеполовой системы, а также различных органов плода.

Классификация (А.П. Казанцев, 1997)

По типу:	По форме тяжести	По длительности	По течению
Типичная: респираторная, урогенитальная (воспалительные заболевания малого таза у женщин, абактериальный уретрит), менингиальная, врожденная микоплазменная инфекция Атипичная: стертая, бессимптомная, транзитное носительство	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Острая (до 1,5 мес) Затяжное (1,5 мес-3 мес) Хроническое (более 3 мес.)	Гладкое Негладкое: с осложнениями, с присоединением вторичной инфекции, с обострением хронических заболеваний

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: микоплазменной пневмонии - высокая лихорадка с умеренной интоксикацией, катаральный синдром, рентгенологические признаки пневмонии, склонность к затяжному течению, гепатомегалия.
2. Лабораторно: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз, анэозинофилия, СОЭ до 30-50 мм/ч, реакцию иммунофлюоресценции или световая фаза-контрастная микроскопия мазков отпечатков гноя, мокроты, крови, слизи, определение IgM в РСК, РПГА, ИФА, ПЦР-диагностика из гноя, мокроты, крови, слизи.

Лептоспироз (болезнь Вейля-Васильева) (A 27.)

Лептоспироз - зоонозное инфекционное заболевание, обусловленное различными видами лептоспир, протекающее у человека в виде острого лихорадочного заболевания с выра-

женной интоксикацией с поражением почек, печени, ЦНС, развитием геморрагического синдрома.

Классификация (В.И. Покровский и соавт., 1979)

Формы заболевания	По течению	Исходы
Желтушная (гепаторенальный, геморрагический, менингеальный) Безжелтушная (ренальный, менингеальный, геморрагический)	Острое без рецидивов Острое с рецидивами Острое и затяжное с осложнениями: специфическими - ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, уремическая кома, кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга, ириты, иридоциклиты, астеновегетативный синдром и др.; неспецифическими (вторичными) - гнойные паротиты, отиты, гингивиты, менингиты, гипостатические пневмонии и др.	Выздоровление С обратимыми изменениями: длительная астения, некронефроз, гепатоз, парезы, ириты, иридоциклиты, и др. С необратимыми изменениями: параличи, потеря остроты зрения, ХПН и др. Летальный исход: ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: купание и использование воды из открытых водоемов; температура до 39-40 °С, гиперемия, одутловатость лица, боли в икроножных мышцах, увеличение печени, селезенки, полиморфная экзантема, боли в икроножных мышцах, неврологическая симптоматика (головные боли, нарушение сна, развитие серозного менингита).
2. Лабораторно: анемия, эритропения, снижается уровень гемоглобина, макроцитоз, ретикулоцитопения, лейкоцитоз, нейтрофилез с резким сдвигом влево до миелоцитов, анэозинофилия, лимфопения, лейкоцитурия, гематурия, протеинурия, гипербилирубинемия, увеличение АлАТ, наличие в крови лептоспир, положительный посев крови, мочи, СМЖ; реакция микроскопической микроагглютинации и лизиса с живыми культурами лептоспир, минимальный диагностический титр 1:80.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (A98.5 -A99)

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом - группа природно-очаговых вирусных заболеваний с симптомами геморрагического диатеза, лихорадкой, интоксикацией и весьма частым поражением внутренних органов, особенно почек.

Классификация (З.В.Сиротина, В.Ф.Учайкин, 1998)

По типу	По тяжести	По течению	По характеру осложнений
Типичная Атипичная: стертая, субклиническая	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Острое Хроническое	- коллапс; - кровотечение; - надрыв или разрыв коркового вещества почки; - пневмония

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: типичная зоонозная инфекция, резервуаром вируса являются грызуны, человек заражается воздушно-капельным путем, в течение заболевания отмечается четкая цикличность, лихорадка сочетается с общеинфекционным, почечным и геморрагическим синдромами, характерна длительность течения заболевания с медленным выздоровлением.

2. Лабораторно: кратковременная лейкопения, сменяющаяся лейкоцитозом, сдвиг формулы влево, анэозинофилия, тромбоцитопения, появление плазматических клеток, нормальная или увеличена СОЭ; в начале заболевания протеинурия, микрогематурия, цилиндрурия, затем – гипоизостенурия, уменьшение протеинурии; нарастание титра антител в сыроворотке крови.

ВИЧ-инфекция (СПИД) (В 20-В 24)

ВИЧ-инфекция - вирусное заболевание иммунной системы, приводящее к резкому снижению общей устойчивости организма к условно-патогенным микроорганизмам, а также вызывающее повышенную склонность к онкологическим заболеваниям, из-за чего болезнь имеет тяжелое течение с неизбежным летальным исходом.

Классификация (В.И.Покровский, 2001)

I. Стадия инкубации

II. Стадия первичных проявлений: А - острая лихорадочная фаза; Б - бессимптомная фаза; В - персистирующая генерализованная лимфаденопатия

III. Латентная стадия

IV. Стадия вторичных заболеваний:

А - потеря массы тела менее 10% , поверхностные грибковые, бактериальные или вирусные поражения кожи и слизистых оболочек, опоясывающий лишай, повторные фарингиты, синуситы;

Б - прогрессирующая потеря массы тела более 10%, необъяснимая диарея или лихорадка более 1 месяца, "волосистая" лейкоплакия, туберкулез легких, повторные или стойкие бактериальные, грибковые, вирусные и протозойные поражения внутренних органов (без диссеминации) или глубокие поражения кожи и слизистых оболочек, повторный или диссеминированный опоясывающий лишай, локализованная саркома Капоши;

В - генерализованные бактериальные, вирусные или грибковые; протозойные, паразитарные заболевания, пневмоцистная пневмония, кандидоз пищевода, атипичный микобактериоз, внелегочный туберкулез, кахексия, диссеминированная саркома Капоши, поражения центральной нервной системы различной этиологии.

V. Терминальная стадия

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: группы риска – дети ВИЧ-инфицированных женщин, наркоманов, проституток, гомосексуалисты, дети из нозокомиальных очагов заболевания, пациенты, получавшие переливание крови и ее препаратов, пересадку органов, парентеральные вмешательства; генерализованная лимфаденопатия, прогрессирующая потеря массы тела (> 10% от исходной), необъяснимая диарея > 1 мес, длительная лихорадка > 1 мес (постоянная или интермиттирующая), генерализованные бактериальные, вирусные, грибковые, протозойные, паразитарные заболевания, наличие СПИД-индикаторных болезней, наличие лимфоцитарной интерстициальной пневмонии, наличие ВИЧ-энцефалопатии, деменции, задержки психомоторного развития детей;

дети, инфицированные ВИЧ внутриутробно с признаками внутриутробной гипотрофии, с микроцефалией, дискранией, с черепно-лицевым дисморфизмом (широкий выступающий

лоб, западающая спинка носа, гипертелоризм), голубые склеры; первые признаки болезни – упорный кандидоз полости рта, задержка роста, нарушение прибавки массы тела, отставание в психомоторном развитии.

2. Лабораторно: лейкопения, лимфопения, эритропения, тромбоцитопения, эозинофилия; обнаружение антител к вирусу ВИЧ в крови; обнаружение ДНК, РНК ВИЧ в крови.

Кандидозная инфекция, или кандидоз (В 37)

Кандидоз – заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, характеризующиеся поражением кожи и слизистых оболочек, внутренних органов (желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, мочевыводящей, центральной нервной систем).

Классификация (В.Ф. Учайкин, 1999)

Форма заболевания

I. Кандидоинфекция

а) Кандидоз кожи и слизистых: полости рта – хейлит, гингивит, стоматит; ротоглотки – тонзиллит, фарингит, ангины; кожи и ее придатков – дерматиты, онихии, паронихии; половых органов – вульвовагинит, баланопостит

б) Висцеральные кандидозы, в том же сочетании поражения отдельных органов и систем: желудочно-кишечного тракта – эзофагит, гастрит, энтероколит, гепатит и др.; дыхательной системы, носа и придаточных пазух – ларингит, трахеит, бронхит, пневмония, плевропневмония и другие инфильтративно-деструктивные поражения; мочевыделительной системы – цистит, уретрит, пиелонефрит и др.; сердечно-сосудистой системы – эндокардит, миокардит и др.; ЦНС – менингиты, энцефалиты и др.; костно-суставной системы – артрит, остеомиелит и др.

в) Диссеминированный кандидоз (кандидосепсис)

II. Кандидоаллергия (аллергия к грибам *Candida*)

а) Кандидоаллергия кожи и слизистых: конъюнктивит, блефарит, блефароконъюнктивит; ринит; назофарингит; синусит; дерматит, крапивница, отек Квинке

б) Кандидоаллергия желудочно-кишечного тракта: гастрит, энтероколит

в) Кандидоаллергия органов дыхания: ларингит, трахеобронхит, бронхит, бронхиальная астма, альвеолит

Течение: Острое, затяжное, рецидивирующее, хроническое

Тяжесть: легкое, среднетяжелое, тяжелое

Период заболевания: обострение, ремиссия

Осложнения: перитонит, сепсис, ДВС-синдром

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: уточнение возможных причин кандидоза – длительная антибиотикотерапия, иммунодефицитные состояния, слабая выраженность общетоксического синдрома, температура нормальная, при тонзиллите, вызванном дрожжевыми грибами, миндалины покрыты «творожистым» налетом, большей частью легко снимаемы шпатель, с образованием «лакированной» слизистой оболочки.

2. Лабораторно: нормальные показатели крови; обнаружение в мазке грибов.

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БРЮШНОГО ТИФА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) кишечное кровотечение
- 2) перфорация кишечника
- 3) пневмония
- 4) бронхит
- 5) миокардит

2. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ БРЮШНОГО ТИФА НА 1-Й НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) бактериологическое исследование кала на тифо-паратифозную группу
- 2) гемокультура
- 3) реакция Видаля (с О- и Н- диагностикумами)
- 4) реакция Vi-гемагглютинации
- 5) уринокультура

3. ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА ХАРАКТЕРНА СЫПЬ

- 1) уртикарная
- 2) розеолезная
- 3) петехиальная
- 4) везикулярная
- 5) папулезная

4. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ БРЮШНОМ ТИФЕ ПРИМЕНЯЮТ КУРСОМ

- 1) на 7-10 дней (при отсутствии осложнений)
- 2) до нормализации температуры тела
- 3) только при тяжелых формах болезни
- 4) в течение всего лихорадочного периода болезни и еще 7-10 дней нормальной температуры тела
- 5) до исчезновения розеолезной сыпи

5. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БРЮШНОГО ТИФА

- 1) адинамия
- 2) дикротия пульса
- 3) эйфория
- 4) розеолезная сыпь
- 5) гепатоспленомегалия

6. БОТУЛИНИЧЕСКИЙ ТОКСИН МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ В

рвотных массах, промывных водах
пищевых продуктах
крови
кале
во всех материалах

7. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ БОТУЛИЗМА ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диспепсический синдром
- 2) нарушение зрения

- 3) нарушение глотания
- 4) нарушение дыхания
- 5) высокая лихорадка

8. ДЛЯ БОЛЬНЫХ БОТУЛИЗМОМ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЖАЛОБЫ, КРОМЕ

- 1) головной боли
- 2) слабости
- 3) нарушения зрения
- 4) сухости во рту
- 5) нарушения глотания

9. ПРИ БОТУЛИЗМЕ ОТМЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- 1) птоза
- 2) мидриаза, нистагма
- 3) вялой реакции зрачков на свет
- 4) повышения корнеального рефлекса
- 5) ограничения движения глазных яблок, экзофтальма

10. ПРИЗНАКАМИ ГЛОССОФАРИНГОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ БОТУЛИЗМЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) затруднений при открывании рта, боли при жевании
- 2) нарушения глотания, вытекание жидкости через нос
- 3) речи с носовым оттенком, дизартрии
- 4) осиплости голоса, афонии
- 5) сухости во рту

11. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) только человек (больной или вирусоноситель)
- 2) только крупный рогатый скот
- 3) птицы (утки, куры)
- 4) человек и животные
- 5) мышевидные грызуны

12. ХАРАКТЕР СТУЛА ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) жидкий, не переваренный, зловонный с примесью слизи
- 2) жидкий, водянистый, желтого цвета
- 3) жидкий, обильный, типа «болотной тины»
- 4) скудный, в виде «ректального плевка»
- 5) жидкий, пенистый, с примесью слизи и зелени, крови

13. ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рвота присоединяется только при развитии эксикоза 2-3 степени
- 2) отсутствие рвоты
- 3) отсутствие сезонности
- 4) увеличение печени, селезенки
- 5) жидкий, обильный стул без патологических примесей

14. ТОПИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ ПРИ РОТАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гастрит
- 2) энтерит

- 3) колит
- 4) гастроэнтерит
- 5) псевдомембранозный колит

15. РАЗМНОЖЕНИЕ РОТАВИРУСОВ ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В КЛЕТКАХ ЭПИТЕЛИЯ

- 1) желудка
- 2) тонкой кишки
- 3) толстой кишки
- 4) верхних дыхательных путей
- 5) мочевых путей

16. БОЛИ В ЖИВОТЕ ПРИ ИЕРСИНИОЗЕ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЧИНАМИ, КРОМЕ

- 1) илеита
- 2) мезаденита
- 3) проктосигмоидита
- 4) аппендицита
- 5) панкреатита

17. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ИЕРСИНИОЗА НАБЛЮДАЮТ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) ухудшение общего состояния
- 2) повышение температуры тела
- 3) появление новых органических поражений
- 4) усиление угасающих симптомов
- 5) температура тела становится субнормальной

18. СИМПТОМАМИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) боли в правом подреберье
- 2) гепатомегалия
- 3) желтуха
- 4) повышенная активность аминотрансфераз
- 5) лейкоцитоз и повышенная СОЭ

19. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИЕРСИНИОЗА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) посева кал, мочи и смывов из зева
- 2) посева крови
- 3) реакции агглютинации
- 4) реакции непрямой гемагглютинации
- 5) обнаружение иерсиний в моче при микроскопии

20. ВОЗБУДИТЕЛЬ ИЕРСИНИОЗА ЧУВСТВИТЕЛЕН КО ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ АНТИБИОТИКАМ, КРОМЕ

- 1) левомецетина
- 2) цефамезина
- 3) ципрофлоксацина
- 4) гентамицина
- 5) пенициллина

21. ФАКТОРАМИ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) овощи
- 2) молочные продукты
- 3) мясные продукты
- 4) сухофрукты
- 5) рыбные продукты

22. ОСНОВНОЙ РЕЗЕРВУАР И ИСТОЧНИК ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) свиньи
- 2) собаки
- 3) кошки
- 4) мышевидные грызуны
- 5) коровы

23. ВЕДУЩИЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА

- 1) контактный
- 2) пищевой
- 3) воздушно-капельный
- 4) трансмиссивный
- 5) парентеральный

24. ДЛЯ ПСЕВДОТУБЕРКУЛЕЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- 1) острого начала
- 2) частого, жидкого, водянистого стула
- 3) выраженной интоксикации, высокой лихорадки
- 4) тошноты, рвоты, болей в животе
- 5) озноба, головной боли

25. ПРИ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИИ СТУЛ

- 1) обильный, водянистый
- 2) темный, с зеленоватым оттенком и зловонным запахом
- 3) жидкий, скудный, со слизью и прожилками крови
- 4) жидкий, зловонный с большим количеством мутной слизи
- 5) каловый оформленный с алой кровью

26. МЕСТНЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ

- 1) преимущественно в тонкой кишке
- 2) преимущественно в толстой кишке
- 3) преимущественно в желудке
- 4) на всем протяжении желудочно-кишечного тракта
- 5) преимущественно в тонком и толстом кишечнике

27. С ЦЕЛЬЮ ЭНТЕРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- 1) неогемодез
- 2) растворы аминокислот (альвезин, полиамин и др.)
- 3) энтеросорбенты (смекта, полифепан и др.)
- 4) реополиглюкин
- 5) белковые гидролизаты (аминин, гидролизин и др.)

28. ОСЛОЖНЕНИЕМ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ, КРОМЕ

- 1) инфекционно-токсического шока

- 2) кишечного кровотечения
- 3) выпадения прямой кишки
- 4) острой печеночной недостаточности
- 5) гемолитико-уремического синдрома

29. ПРИ КАКОМ ЭШЕРИХИОЗЕ ВОЗМОЖНА ГЕНЕРАЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА С РАЗВИТИЕМ СЕПСИСА

- 1) энтеротоксигенном
- 2) энтеропатогенном
- 3) энтерогеморрагическом
- 4) энтероинвазивном
- 5) энтероадгезивном

30. ОСНОВНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЭНТЕРОИНВАЗИВНОМ ЭШЕРИХИОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) пищевод и желудок
- 2) желудок
- 3) тонкая кишка
- 4) толстая кишка
- 5) любой отдел желудочно-кишечного тракта

31. ДЛЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ

- 1) папула, макула, везикула
- 2) везикула, корочка, белый рубчик
- 3) петехии, некроз, рубчик
- 4) розеола, уртикария, пустула
- 5) папула, розеола, макула

32. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) острого начала
- 2) лихорадки
- 3) полиморфных пятнисто-папулезных высыпаний на коже и слизистых
- 4) увеличения печени и селезенки
- 5) интоксикации

33. В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ КОРИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) лихорадка
- 2) ринит, конъюнктивит
- 3) трахеит, бронхит
- 4) пятна Бельского-Филатова-Коплика на слизистой оболочке щек, десен, губ
- 5) увеличение шейных лимфоузлов

34. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ ОСОБЕННОСТЬ КОРЕВОЙ ЭКЗАНТЕМЫ

- 1) локализация на коже лица, кистей и стоп
- 2) появление на гиперемированном фоне
- 3) этапность высыпания
- 4) наличие геморрагического компонента
- 5) наличие ложного полиморфизма

35. СЫПЬ ПРИ КРАСНУХЕ

- 1) пятнистая, иногда папулезная, розового цвета на неизменном фоне кожи
- 2) уртикарная, неправильной формы, иногда сливная
- 3) папулезно-везикулезная
- 4) геморрагическая
- 5) везикулезная

36. СИНДРОМ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) желтуху
- 2) катаракту
- 3) микроцефалию
- 4) порок сердца
- 5) глухоту

37. ЗАРАЖЕНИЕ СКАРЛАТИНОЙ ПРОИСХОДИТ

- 1) воздушно-капельным путем
- 2) алиментарным путем
- 3) контактно-бытовым путем
- 4) трансплацентарно
- 5) парентерально

38. К НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ПОСТСТРЕПТОКОККОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ (ВТОРИЧНЫМ ФОРМАМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ) ОТНОСЯТСЯ

- 1) гломерулонефрит
- 2) неврологические расстройства
- 3) поражение гепатобилиарного тракта
- 4) абсцессы и флегмоны
- 5) пневмонии

39. КАКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ТОКСИЧЕСКОЙ ДИФТЕРИИ РОТОГЛОТКИ

- 1) полиадения
- 2) увеличение преимущественно переднешейных лимфоузлов
- 3) увеличение шейных лимфоузлов с отеком подкожной клетчатки
- 4) лимфаденит
- 5) увеличение затылочных лимфатических узлов

40. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ТОКСИЧЕСКИХ ФОРМ ДИФТЕРИИ

- 1) характер наложений в ротоглотке
- 2) длительность лихорадки
- 3) время нарастания интоксикации
- 4) сроки появления и распространенность отека шейной клетчатки
- 5) все перечисленное

41. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА

- 1) нейтрофильный лейкоцитоз
- 2) лейкопения с относительным лимфоцитозом
- 3) лейкоцитоз, лимфоцитоз, моноцитоз, атипичные мононуклеары
- 4) лейкопения, лимфоцитоз, моноцитоз

5) анемия, моноцитоз

42. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ МОНОНУКЛЕОЗЕ ВОЗНИКАЕТ ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА В СВЯЗИ С

- 1) катарально-экссудативным ринитом
- 2) наличием фибринозной пленки
- 3) грибковыми наложениями
- 4) увеличением носоглоточной миндалины
- 5) аллергическим ринитом

43. ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) половой, контактный, от матери к плоду
- 2) парентеральный, контактный, от матери к плоду
- 3) половой, парентеральный, трансмиссивный
- 4) парентеральный, половой, от матери к плоду
- 5) половой, от матери к плоду, трансмиссивный

44. УКАЖИТЕ ЭТИОЛОГИЮ ПНЕВМОНИИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- 1) стафилококковая
- 2) пневмококковая
- 3) пневмоцистная
- 4) вирусная
- 5) грибковая

45. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) только больной
- 2) больной или вирусоноситель
- 3) мелкие грызуны, заражающие продукты питания
- 4) коровы, овцы
- 5) домашние животные

46. ПРИ ПОЛИОМИЕЛИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) центральные и периферические двигательные нейроны
- 2) периферические двигательные и чувствительные нейроны
- 3) сегментарный аппарат спинного мозга
- 4) передние рога спинного мозга и его двигательные проводники
- 5) периферические двигательные нейроны

47. ДЛЯ ТОКСИКОЗА С ЭКСИКОЗОМ II-III СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНЫ(ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) головная боль
- 2) сухость кожи и слизистых
- 3) микроциркуляторные нарушения
- 4) полиурия
- 5) синдром гипокалиемии
- 6) частый стул в виде «ректального плевка»

48. ТОКСИКОЗ С ЭКСИКОЗОМ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) шигеллезе Флекснера
- 2) холере

- 3) ротавирусной инфекции
- 4) энтеротоксигенном эшерихиозе
- 5) желудочно-кишечной форме сальмонеллеза
- 6) энтероинвазивном эшерихиозе

49. СИНДРОМ НЕЙРОТОКСИКОЗА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ротавирусной инфекции
- 2) ботулизме
- 3) шигеллезах
- 4) холере
- 5) желудочно-кишечной форме сальмонеллеза
- 6) энтероинвазивном эшерихиозе

50. ЭКСПИРАТОРНАЯ ОДЫШКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

- 1) абсцессе легкого
- 2) синдроме крупа
- 3) бронхиолите

ИНФЕКЦИОННАЯ ПАТОЛОГИЯ

1. – 1	18. – 5	35. – 1
2. – 2	19. – 5	36. – 1
3. – 2	20. – 5	37. – 1
4. – 4	21. – 1	38. – 1
5. – 3	22. – 4	39. – 3
6. – 5	23. – 2	40. – 1
7. – 1	24. – 2	41. – 3
8. – 1	25. – 3	42. – 4
9. – 4	26. – 2	43. – 4
10. – 1	27. – 3	44. – 3
11. – 1	28. – 4	45. – 2
12. – 2	29. – 2	46. – 5
13. – 5	30. – 4	47. – 2,3,5
14. – 4	31. – 1	48. – 2,3,4,5
15. – 4	32. – 4	49. – 3,5
16. – 3	33. – 4	50. – 3
17. – 5	34. – 3	

ПАТОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

Иммунодефицит – устойчивое изменение иммунного статуса, обусловленное дефектом одного или нескольких механизмов иммунного ответа.

Формы иммунодефицитов

По механизму возникновения	По патогенезу	
	Структурные	Функциональные
<p>а). Первичные</p> <p>б). Вторичные</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Органные – при отсутствии или неполноценности органа иммунитета (аплазия тимуса и т.д.) • Клеточные – при отсутствии или неполноценности клеток системы иммунитета • Макромолекулярные – при отсутствии или неполноценности макромолекул (рецепторов, цитокинов) • Субмолекулярные – при изменении строения отдельных пептидных цепей рецепторов и цитокинов • Генные точечные – приводящие к изменению последовательности или замене отдельных аминокислот в пептидах 	<p>а). Функционально-генетические – возникающие в связи с изменением активности генов цитокинов или их и других клеточных рецепторов</p> <p>б). Функционально-клеточные – появляющиеся из-за нарушений функциональных взаимодействий клеток системы иммунитета</p> <p>в). Функционально-органные и межсистемные – развивающиеся из-за нарушений регуляции и взаимодействий между различными органами системы иммунитета, а также нервной и эндокринной системами</p>

Первичные иммунодефициты – группа генетических аномалий, обуславливающая дефектность структуры и функционирования иммунной системы, клинически проявляющаяся в нарушении иммунной защиты организма (А. А. Ярилин, 1999).

Классификация первичных иммунодефицитов

1. Недостаточность лимфоидной системы:
 - а). В-клеточного звена иммунитета и антител
 - б). Т-клеточного звена иммунитета
 - в). комбинированная недостаточность обоих звеньев
2. Дефициты фагоцитов
3. Дефициты факторов комплемента
4. Комбинированные иммунодефициты

Вторичные иммунодефициты – нарушения иммунной защиты организма, развившиеся в постнатальном периоде, вследствие действия ненаследственных индукторных факторов (внешних или внутренних).

Причины вторичного иммунодефицита

1. Экологически неблагоприятные воздействия (физические, химические, биологические)
2. Заболевания поражающие систему иммунитета (вирусные, бактериальные инфекции и

паразитарные инвазии, аллергические и аутоаллергические, онкологические, нарушения обмена веществ, пролиферации клеток и потеря белка, прочие тяжелые заболевания)

3. Иммунодепрессивные методы лечения: лекарственная иммуносупрессия, лучевая и другие виды энергии в больших дозах, хирургические вмешательства и наркоз, реакция «трансплантат против хозяина»
4. Физический и эмоциональный стресс
5. Недостаточное питание и истощение
6. Профессиональные вредные факторы (химические, физические, психоэмоциональные)
7. Возрастные: недоношенность детей, патология старения («синдром пожилых»)

Иммунодефицитная болезнь (ИБД) – врожденный, генетический, или приобретенный структурный и/или функциональный дефицит какого-то звена в системе иммунитета, клинически проявляющийся рецидивами инфекции, вызванной условно-патогенными вирусами, бактериями, грибами, паразитами (Д.К. Новиков, 2003).

Общие признаки ИБД

1. Наличие острого или рецидивирующего (хронического) инфекционного процесса любой локализации.
2. Выявление вирусов, условно-патогенных бактерий или грибов в очаге поражения.
3. Клинические признаки – стигмы, характерные для первичных иммунодефицитов.
4. Отсутствие наследственной и генетической обусловленности.
5. Наличие причин (иммуносупрессивных факторов – те или иные заболевания, неблагоприятные физические, химические и биологические факторы, некоторые способы и средства лечения), вызвавших приобретенную ИБД.
6. Лабораторные признаки иммунодефицита, подтвержденные в динамике.
7. Отсутствие спонтанной нормализации иммунного статуса на фоне обычного лечения.
8. Рецидивирование вторичного иммунодефицита на фоне обычного лечения.
9. Эффективность иммунокорректирующей терапии.

Аллергия - состояние повышенной чувствительности животного организма, по отношению к определенному веществу или веществам (аллергенам), развивающееся при повторном воздействии этих веществ.

Классификация аллергических заболеваний

- Заболевания, связанные с реакцией гиперсенсibilизации немедленного типа: анафилактический шок; ангионевротический отек Квинке; крапивница
- Заболевания, связанные с реакцией гиперсенсibilизации замедленного типа: фиксированные медикаментозные стоматиты; распространенные токсико-аллергические стоматиты, хейлиты, глосситы, гингивиты (катаральные, катарально-геморрагические, эрозивно-язвенные, язвенно-некротические)
- Системные токсико-аллергические заболевания: синдром Лайела; многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; хронический рецидивирующий афтозный стоматит; синдром Бехчета; синдром Шегрена.

Анафилактический шок – генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, сопровождающаяся снижением артериального давления и нарушением кровоснабжения жизненно важных органов.

Отек Квинке (ангионевротический отек, острый аллергический отек, гигантская крапивница) – острый, внезапно развившийся, ограниченный отек кожи, подкожной клетчатки

и/или слизистых оболочек; встречаются аллергическая (тяжёлая системная аллергическая реакция, немедленного типа) и псевдоаллергическая (наследственная) формы.

Крапивница – дерматит, преимущественно аллергического генеза, характеризующийся быстрым появлением сильно зудящих, плоско приподнятых бледнорозовых волдырей, представляющих собой отек сосочкового слоя кожи.

Синдром Лайела – токсико-аллергический буллезный дерматит, сопровождающийся тотальным некролизом эпидермиса и слизистых.

Синдром Стивенса-Джонсона - тяжёлая системная аллергическая реакция, замедленного типа, сопровождающаяся выраженным синдромом интоксикации, поражением кожи (эрозивный плюриорифициальный эктодерматоз) и слизистых оболочек.

Многоформная эксудативная эритема – острый алергодерматоз замедленного типа с наследственным IgE-зависимым предрасположением у детей 1-6 лет, характеризующийся болями в мышцах и суставах, фебрилитетом. а также полиморфной сыпью на коже и слизистых.

Синдром Бехчета – системный септико-аллергический васкулит с поражением мелких и средних артерий и вен, рецидивирующими эрозивными изъязвлениями слизистых рта, гениталий, глаз, кожи, вовлечением внутренних органов и суставов.

синдром Шегрена - аутоиммунное системное поражение соединительной ткани, характеризующееся вовлечением в патологический процесс желез внешней секреции, главным образом слюнных и слезных, и хроническим прогрессирующим течением.

Диагностические критерии аллергических заболеваний (Д.К. Новиков и соавт., 2001)

1. Наличие характерных анамнеза и клинических проявлений.
2. Пароксизмальное течение и быстро наступающая ремиссия после элиминации аллергена или провоцирующего фактора, резкое обострение при повторном их воздействии.
3. Эозинофилия крови, мокроты, секретов и других биологически активных веществ
4. и выделений.
5. Наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям.
6. Характерные повреждения ткани при местном аллергическом процессе.
7. (+) кожные пробы со специфическим аллергеном или воздействующим фактором с учетом общих и местных реакций.
8. (+) провокационные тесты и аллергеном и/или причинным фактором.
9. Наличие специфических IgE-антител в значительном количестве в сыворотке крови и секретах, неспецифического IgE.
10. Обнаружение пассивно сенсibilизированных, базофилов, нейтрофилов и др.
11. Выявление алергенспецифических лимфоцитов.
12. (+) провокационные тесты на медиаторы аллергии.
13. Эффективность специфической иммунной и неспецифической противоаллергической терапии.

Респираторные аллергии (Д.К. Новиков и соавт., 2009)

Клиническая форма	Период	Характер течения	Тяжесть течения
Аллергический ринит Аллергический синусит Аллергический аденоидит Аллергический тонзиллит Аллергический фарингит Аллергический ларингит Аллергический трахеит Аллергический бронхит Аллергический альвеолит	Обострение	Острое	Легкое Среднетяжелое
Бронхиальная астма Аллергическая пневмония Синдром Лёфлера (легочной эозинофильный инфильтрат)	Ремиссия	Хроническое	Тяжелое

Атопия - генетически детерминированное состояние, характеризующееся склонностью к повышенному образованию реактивных антител (IgE), дефицитом клеточного иммунитета и предрасположенностью к развитию бронхиальной астмы, аллергического ринита и атопического дерматита.

Атопический дерматит - хроническое, рецидивирующее, интенсивно зудящее кожное заболевание, которое обычно наблюдается у младенцев, подростков и молодых взрослых людей и в большинстве случаев сочетается с наличием в анамнезе у пациента или его родственников атопии.

Диагностические критерии атопического дерматита (Hanifin J.M. и Rakja G. B. 1980 г.)

Главные (большие) критерии

Пациент обязательно должен иметь как минимум три симптома

- Зуд
- Типичную морфологию и расположение кожной сыпи.
- У взрослых пациентов очаги лихенификации в складках.
- У детей экзематизированные очаги поражения, локализующиеся на лице и в складках.
- Хронический или хронически-рецидивирующий дерматоз.
- Наличие у пациента или его родственников атопических заболеваний (астмы, аллергического ринита, атопического дерматита).

Дополнительные (малые) критерии

Пациент обязательно должен иметь как минимум три симптома

- ксероз
- ихтиоз (подчеркнутые складки кожи на ладонях), волосяной кератоз
- наличие Ige-гиперчувствительности (положительные кожные и внутрикожные тесты)
- начало дерматоза в раннем детском возрасте
- повышение сывороточного Ig E.
- склонность к инфицированию кожи, в особенности золотистым стафилококком или вирусом простого герпеса
- тенденция к экзематозной реакции на ладонях и подошвах

- экзема грудных сосков
- хейлит
- рецидивирующий конъюнктивит
- подглазничные складки Денни-Моргана
- кератоконус
- передняя субкапсулярная катаракта
- орбитальная пигментация
- бледность лица/эритема лица
- белый лишай
- зуд при потливости
- интолерантность к шерсти и обезжиривающим средствам
- выраженный фолликулярный рисунок кожи
- пищевая гиперчувствительность
- влияние на течение болезни факторов внешней среды и эмоциональных стрессов
- белый дермографизм или отсроченная реакция на холиэргические агенты

ПАТОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

1. ДЛЯ ДЕФИЦИТА КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) частые вирусные инфекции
- 2) грибковые заболевания
- 3) частые бактериальные инфекции
- 4) прогностически неблагоприятные заболевания
- 5) отсутствие реакции на вакцинацию БЦЖ

2. ДЕФИЦИТ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА ЧАЩЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) грибковыми заболеваниями
- 2) частыми заболеваниями микробной этиологии
- 3) частыми вирусными заболеваниями
- 4) отрицательной реакцией бласттрансформации
- 5) снижением уровня Т-супрессоров

3. К ФАКТОРАМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- 1) фагоцитоз
- 2) лизоцим
- 3) интерферон
- 4) лимфоциты
- 5) комплемент

4. К ФАКТОРАМ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) система комплемента
- 2) простагландины
- 3) антитела
- 4) С-реактивный белок
- 5) фактор некроза опухолей

5. К ИММУНОДЕФИЦИТНЫМ СОСТОЯНИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) синдром Альпорта
- 2) синдром Луи-Бар (атаксия - телеангиоэктазия)
- 3) синдром Марфана
- 4) синдром де Тони – Дебре - Фанкони
- 5) синдром Элерса - Данлоса,

6. ВТОРИЧНАЯ ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
- 1) пиелонефрите
 - 2) нефротическом синдроме
 - 3) ОРЛ
 - 4) острым нефрите
 - 5) геморрагическом васкулите
7. СИНДРОМ ВИСКОТТА - ОЛДРИЧА ЭТО
- 1) инфекционное заболевание
 - 2) коагулопатия
 - 3) первичный иммунодефицит т- и в- лимфоцитов и тромбоцитов
 - 4) аутоиммунное заболевание
 - 5) дерматит
8. СИНДРОМ ДИ ДЖОРДЖИ ЭТО
- 1) первичный изолированный т- клеточный иммунодефицит в следствии врожденной дисплазия тимуса
 - 2) вторичный иммунодефицит
 - 3) атопический дерматит
 - 4) онкологическое заболевание крови
 - 5) геморрагический диатез
9. ДЛЯ СИНДРОМА БЛЮМА ХАРАКТЕРЕН
- 1) нейтропения
 - 2) первичный т- и в- клеточный иммунодефицит
 - 3) все перечисленное
 - 4) эозинофилия
 - 5) гипергидроз
10. ДЛЯ СИНДРОМА ЛУИ-БАПП ХАРАКТЕРНО
- 1) аплазия тимуса
 - 2) гипоплазия периферических лимфоузлов
 - 3) гипоплазия селезенки
 - 4) гипоплазия групповых лимфатических фолликулов тонкой кишки и миндалин
 - 5) верно все вышеперечисленное
11. БОЛЕЗНЬ БРУТОНА ЭТО
- 1) гельминтоз
 - 2) вариант атипичной пневмонии
 - 3) первичный иммунодефицит гуморального звена (агаммаглобулинемия)
 - 4) системный коллагеноз
 - 5) все перечисленное верно
12. КОНЦЕНТРАЦИЯ КАКОГО КЛАССА ИММУНОГЛОБУЛИНОВ В КРОВИ НАИБОЛЬШАЯ
- 1) Ig A
 - 2) Ig M
 - 3) Ig G
 - 4) Ig E
 - 5) Ig D
13. КАКОЙ ИММУНОГЛОБУЛИН ОБЕСПЕЧИВАЕТ МЕСТНУЮ ЗАЩИТУ СЛИЗИ-

СТЫХ ОБОЛОЧЕК

- 1) Ig A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig D

14. СОДЕРЖАНИЕ КАКОГО ИММУНОГЛОБУЛИНА В МОЛОЗИВЕ И МАТЕРИНСКОМ МОЛОКЕ ЗАЩИЩАЕТ ЖКТ РЕБЕНКА ОТ ИНФЕКЦИОННЫХ АГЕНТОВ

- 1) IG A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig E
- 5) Ig D

15. ДЛЯ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА

- 1) A
- 2) G
- 3) M
- 4) E
- 5) D

16. АНТИТЕЛА НА ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ АНТИГЕНА НАЧИНАЮТ ПРОДУЦИРОВАТЬСЯ

- 1) через 49-96 часов
- 2) через 2 суток
- 3) на 5-7 день
- 4) через 14 дней
- 5) через 24 часа

17. МЕХАНИЗМ ИСТИННОЙ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) увеличение содержания циркулирующих иммунных комплексов в крови
- 2) повышенную выработку иммуноглобулина E
- 3) сенсibilизацию лимфоцитов
- 4) увеличенное выделение гистамина без участия антител
- 5) киллерный эффект

18. ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ РЕАЛИЗУЕТСЯ ЗА СЧЕТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАКТОРОВ, КРОМЕ ОДНОГО

- 1) атопических антител
- 2) субстанции P
- 3) анафилатоксинов C5a, C3a
- 4) лекарственных препаратов
- 5) физических факторов

19. ДЛЯ ДИАГНОЗА АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ 1-ГО ТИПА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) эозинофилия крови
- 2) повышенный уровень циркулирующих иммунных комплексов
- 3) повышенное количество гистамина в моче

- 4) высокий уровень иммуноглобулина E в сыворотке крови
- 5) высокий уровень T-супрессоров

20. ДЛЯ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ПОКАЗАТЕЛИ

- 1) высокий уровень Ig E
- 2) местная эозинофилия
- 3) положительная кожная проба с "виновным" антигеном
- 4) прямо пропорциональная зависимость реакции от количества введенного в организм вещества
- 5) усиление реакции при повторных контактах с антигеном

21. О НАЧАЛЕ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО ОТЕКА ГОРТАНИ МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ

- 1) охриплость голоса
- 2) «лающий» кашель
- 3) стридорозное дыхание
- 4) инспираторная одышка
- 5) экспираторная одышка

22. УКАЖИТЕ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

- 1) аллергические заболевания у родственников
- 2) низкий уровень Ig E
- 3) высокий уровень Ig G
- 4) естественное вскармливание
- 5) высокий уровень Ig D

23. УПОТРЕБЛЕНИЕ ВМЕСТЕ С АЛЛЕРГЕННЫМ ПРОДУКТОМ АЛКОГОЛЯ

- 1) ускоряет проявление аллергических реакций
- 2) замедляет проявление аллергических реакций
- 3) не оказывает влияния на время появления реакций
- 4) производит все из вышесказанного
- 5) не производит ничего из вышесказанного

24. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ РЕГУЛЯРНО ВОЗНИКАЮТ ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ И ДИАРЕЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЫРОГО КОРОВЬЕГО МОЛОКА. КАКОЙ ДИАГНОЗ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН

- 1) псевдоаллергия
- 2) пищевая аллергия к белкам коровьего молока
- 3) непереносимость лактозы
- 4) хронический гастрит с пониженной секреторной функцией желудка
- 5) ни один из перечисленных

25. КАКИЕ НЕОТЛОЖНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ ОТЕКЕ ГОРТАНИ

- 1) внутривенное введение глюкокортикоидов
- 2) парентеральное введение адреналина
- 3) ингаляция эуспирана (изадрина, новодрина)
- 4) парентеральное введение лазикса
- 5) все вышеперечисленное

26. ОТЕК КВИНКЕ У БОЛЬНОГО ВОЗНИК ПРИ КОНТАКТЕ С СУХИМ КОРМОМ ДЛЯ РЫБОК (ДАФНИЕЙ). КАКОЙ ВАРИАНТ ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖНО ОЖИДАТЬ У ДАННОГО БОЛЬНОГО

- 1) на мясо
- 2) на вареную рыбу
- 3) на сушеную рыбу
- 4) на раков и крабов
- 5) на препараты йода

27. КАКИЕ СМЕСИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ БЕЛКОВ КОРОВЬЕГО МОЛОКА У ДЕТЕЙ

- 1) Фитолакт
- 2) Детолакт
- 3) Биолакт
- 4) Семилак
- 5) Малютка

28. ПРОДУКЦИЯ КАКИХ АНТИТЕЛ НАБЛЮДАЕТСЯ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

- 1) Ig A
- 2) Ig M
- 3) Ig G
- 4) Ig D
- 5) Ig E

29. ВЕДУЩИМ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) лекарственная терапия
- 2) фитотерапия
- 3) диета
- 4) иглорефлексотерапия
- 5) психотерапия

30. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) сниженный уровень S Ig A
- 2) заболевание органов желудочно-кишечного тракта
- 3) искусственное вскармливание
- 4) атопические заболевания у матери и отца
- 5) все вышеперечисленное

31. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) атопический дерматит
- 2) бронхообструктивный синдром
- 3) нефротический синдром
- 4) гастроинтестинальный синдром
- 5) крапивница и отек Квинке

32. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩУЮ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ

- 1) черника
- 2) клубника

- 3) смородина
- 4) крыжовник
- 5) ежевика

33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ОВОЩИ

- 1) кабачки
- 2) огурцы
- 3) капуста цветная
- 4) морковь
- 5) томаты

34. ФРУКТЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ

- 1) яблоки зеленого цвета
- 2) груши зеленого цвета
- 3) чернослив
- 4) персики
- 5) апельсины

35. РЕДКО ВЫЗЫВАЕТ ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ МУКА

- 1) гречневая
- 2) рисовая
- 3) овсяная
- 4) манная
- 5) соевая

36. БАЗИСНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ МОЖНО СЧИТАТЬ

- 1) эуфиллин
- 2) налкрон
- 3) стугерон
- 4) супрастин
- 5) тавегил

37. ВВЕДЕНИЕ ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- 1) 10 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 2-х месяцев
- 4) 4-х месяцев.
- 5) 18 месяцев

38. НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫЙ И СТАБИЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ПОЛУЧЕН ОТ ПРИМЕНЕНИЯ

- 1) мембраностабилизирующих препаратов
- 2) элиминационной диеты
- 3) специфической гипосенсибилизации
- 4) энтеросорбентов
- 5) антигистаминных препаратов 2 поколения

39. ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- 1) адаптированными смесями на основе коровьего молока
- 2) соевыми смесями
- 3) смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
- 4) кисломолочными смесями
- 5) высоко гидролизованными смесями

40. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН
МЕТОД

- 1) определение уровня специфических антител в Jg E
- 2) кожных проб с подозреваемым аллергеном
- 3) оценки пищевого дневника
- 4) оценки результатов провокационной пробы
- 5) реакции бласттрансформации

41. СЛЕДСТВИЕМ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ

- 1) себорейный дерматит
- 2) крапивница
- 3) атопический дерматит
- 4) отек Квинке
- 5) ринит

ПАТОЛОГИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ

1. – 3	15. – 4	29. – 3
2. – 2	16. – 3	30. – 4
3. – 4	17. – 4	31. – 1
4. – 3	18. – 1	32. – 2
5. – 2	19. – 4	33. – 4
6. – 2	20. – 4	34. – 4
7. – 5	21. – 5	35. – 4
8. – 3	22. – 1	36. – 2
9. – 2	23. – 2	37. – 2
10. – 3	24. – 2	38. – 3
11. – 1	25. – 5	39. – 4
12. – 3	26. – 4	40. – 2
13. – 1	27. – 4	41. – 2
14. – 2	28. – 5	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Атрезия пищевода (Q 39.)

Атрезия пищевода - порок развития, при котором верхний его отрезок заканчивается слепом, а нижний, в большинстве случаев, впадает в трахею, образуя соустье.

Классификация (Г.А. Баиров, 1968)

1. Формы атрезии пищевода: дистальный трахеопищеводный свищ, проксимальный трахеопищеводный свищ, бессвищевая форма, полное отсутствие пищевода.
2. Наличие диастаза между отрезками пищевода: значительный диастаз (более 1,5 – 2 см), средний (до 1,5 – 2 см), почти полное отсутствие.
3. Сочетание с другими пороками развития (сердца, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы и др.)

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности.
2. Клинические симптомы в виде дыхательной недостаточности
3. Пенистые выделения изо рта и носовых ходов
4. Положительная проба Элефанта
5. Данные зондирования желудка (препятствие прохождения зонда в желудок)

Врождённая диафрагмальная грыжа (Q 79.)

Врождённая диафрагмальная грыжа - перемещение органов брюшной полости в грудную полость через естественное или патологическое отверстие в грудобрюшной преграде.

Классификация (С.Я. Долецкий, 1960)

1. Выпячивание истончённой зоны диафрагмы (истинные грыжи):
 - выпячивание ограниченной части купола
 - выпячивание значительной части купола
 - полное выпячивание одного купола (релаксация)
2. Дефекты диафрагмы (ложные грыжи):
 - щелевидный задний дефект
 - значительный дефект
 - отсутствие одного купола (аплазия)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: антенатальная УЗИ диагностика в первой половине беременности; запавший живот, выбухание левой половины грудной клетки, кишечные шумы над лёгкими слева.
2. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта: наличие контраста в проекции грудной клетки.
3. Обзорная рентгенография органов грудной клетки в вертикальном положении: смещение средостения в здоровую сторону, ячеистая структура легкого.

Врождённая кишечная непроходимость (Q 41-44)

Врождённая непроходимость кишечника – нарушение адекватной проходимости кишечника из-за пороков развития кишечной трубки, нарушения ротации кишечника, мекониевой болезни.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, 1988)

Высокая кишечная непроходимость

1. Атрезия и стеноз 12-перстной кишки
2. Сдавление 12-перстной кишки спайками, сосудами, высоко расположенной слепой кишкой, кольцевидной поджелудочной железой
3. Заворот “средней кишки“
4. Синдром Ледда
5. Атрезия начального отдела тощей кишки

Низкая кишечная непроходимость

1. Атрезия тонкой кишки
2. Заворот вокруг фиксированного Меккелева дивертикула
3. Мекониальная непроходимость
4. Атрезия толстой кишки
5. Сдавление кишки кистой
6. Множественные атрезии

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
2. Клинические симптомы: запавший живот при высокой непроходимости, вздутый – при низкой, рвота, отсутствие стула.
3. Прогрессирование вздутия живота при низкой непроходимости.
4. Обзорная рентгенография брюшной и грудной полости вертикально: симптом “2-х уровней“ при высокой непроходимости, наличие множественных асимметричных уровней при низкой непроходимости.

Аноректальные пороки развития (Q 42.0-Q42.3)

Аноректальные пороки развития - отсутствие ануса и/или прямой кишки на соответствующем месте, которые могут сопровождаться наличием свищей на промежность, в мочевую и (или) половую систему.

Классификация (А.И. Лёнюшкин, 1990)

- Атрезии:
 - А. Клоакальная форма: пузырьная, вагинальная.
 - Б. Со свищами: в мочевую систему (мочевой пузырь, уретру); в половую систему (матку, влагалище, преддверие влагалища); на промежность.
 - В. Без свищей: атрезия заднего прохода и прямой кишки, атрезия заднепроходного канала, прикрытое заднепроходное отверстие, атрезия прямой кишки при нормально сформированном анусе.
- Врождённые сужения: заднего прохода, прямой кишки, заднего прохода прямой кишки.
- Врождённые свищи при нормально функционирующем анусе: в половую систему (у девочек), в мочевую систему (у мальчиков), на промежность.

- Эктопия заднепроходного отверстия: промежностная, вестибулярная.
- Расщелины промежности

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности.
2. Клиническая картина низкой кишечной непроходимости при бес свищевых формах атрезий, прогрессирующее вздутие живота.
3. Отсутствие анального отверстия, наличие свища на промежности или в преддверии влагалища.
5. Зондирование per rectum – зонд не проходит в прямую кишку.
6. Инвертограмма по Вангенстину для определения уровня атрезии.
7. УЗИ брюшной полости и промежности.

Грыжа пупочного канатика (К 42.9)

Грыжа пупочного канатика - к рождению ребёнка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках.

Классификация

- А. По размерам: малые – до 5 см., средние – до 10 см., большие – более 10 см.
- Б. По состоянию грыжевых оболочек: неосложнённые (неизменённые грыжевые оболочки), осложнённые (разрыв оболочек, инфицирование оболочек).
- В. По форме: шаровидные, грибовидные.

Критерии диагностики

1. Антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
2. Осмотр, позволяющий определить величину грыжи, наличие осложнений (разрыв или инфицирование оболочек грыжевого мешка)
3. УЗИ брюшной полости в вертикальном положении для исключения сочетанного порока развития (врождённая кишечная непроходимость)
4. УЗИ сердца, почек, нейросонография для определения сочетанных пороков, наличия родовой черепно-мозговой травмы с целью правильного выбора метода лечения.

Тупая травма живота (S 36.)

Травма – результат внезапного воздействия на организм, какого либо фактора внешней среды, нарушающий анатомическую целостность тканей и протекающих в ней физиологических процессов.

Классификация (Е. Романенко, 1978)

- А. По распространённости: изолированные, сочетанные, комбинированные повреждения.
- Б. По механизму травмы: открытые (проникающие, не проникающие), закрытые (повреждения брюшной стенки, повреждения внутренних органов).
- В. Повреждения брюшной стенки: ушибы, разрывы мышц, кровоизлияния.
- Г. Повреждения внутренних органов: повреждения селезёнки, повреждения печени, повреждения полых органов, множественные повреждения внутренних органов.

Изолированная травма – повреждения в пределах одного органа, одного анатомического сегмента конечности или функционального образования в пределах одной анатомической области.

Сочетанные повреждения – одновременное поражение двух и более органов одной или более топографо-анатомической области, но выполняющих различные функции.

Комбинированная травма – повреждения возникшие в результате одновременного воздействия не менее двух травмирующих факторов: термического, механического, радиационного и т.д.

Открытые травмы – повреждения с нарушением целостности кожных покровов: проникающие (раневой канал проникает в брюшную полость или грудную клетку); не проникающие (раневой дефект ограничивается повреждением мягких тканей).

Закрытые травмы – повреждения органов или тканей организма, при которых сохранена целостность кожных покровов: повреждения органов брюшной стенки; повреждения внутренних органов.

Повреждения селезёнки (Е. Романенко, 1978)

1. По времени: одномоментные, двухмоментные.
2. По характеру повреждений: разрывы (одиночные, множественные); размозжения; отрывы органа.
3. По локализации: поверхностные, полюсов, области ворот.
4. По клинике кровотечения: медленные, быстрые, молниеносные.

Повреждения печени (Е. Романенко, 1978)

1. Субкапсулярные гематомы.
2. Глубинные или центральные гематомы.
3. Повреждения печени с нарушением целостности капсулы: одиночные или множественные трещины; разрывы изолированные или сочетающиеся с трещинами; размозжение или расчленение трещины на отдельные фрагменты; разрывы и трещины печени, сопровождающиеся повреждением желчного пузыря и крупных желчных протоков.

Критерии диагностики

1. Клиника кровотечения или перитонита.
2. УЗИ органов брюшной полости, для определения целостности паренхиматозных органов
3. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции, вертикальном положении или латеропозиции – для определения свободного газа в брюшной полости.
4. Общий анализ крови – лейкоцитоз, анемия.
5. Лапароскопия.

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (К 13.7, К 22.8, К 62.5, К 92.2, Р 54.3, I 85.0)

Кровотечение из ЖКТ является следствием осложненного течения различных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Классификация

I. По уровню поражения

1. Из верхних отделов ЖКТ

А. Новорожденные: геморрагическая болезнь, эрозии пищевода и желудка (токсические, стрессовые, медикаментозные).

Б. Дети старшего возраста: острые и хронические язвы желудка и ДПК, геморрагический гастрит, варикозное расширение вен пищевода, синдром Меллори-Вейса.

2. Из нижних отделов ЖКТ: дивертикул Меккеля, сосудистые дисплазии (ангиоматоз, болезнь Рондю-Ослера), странгуляционная кишечная непроходимость, инвагинация, удвоение тонкой и толстой кишки, полипы и опухоли кишечника, сосудистые мальформации, трещина ануса, геморрой, инфекционный энтероколит.

II. По этиологии: язвенные, неязвенные.

III. По клиническому течению: профузные, торпидные, продолжающиеся, остановившиеся.

IV. По степени тяжести кровопотери: легкие, средние, тяжелые, геморрагический шок.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: вялость, бледность кожи, тахикардия, гипотония, рвота кровью (гематином), мелена.
2. Лабораторно: анемия.
3. ЭФГДС: подслизистые кровоизлияния, эритема и эрозии слизистой желудка и ДПК, язвенный дефект с кровоточащим сосудом.
4. Сцинтиграфия - выявление дивертикула Меккеля.

Синдром портальной гипертензии (К 76.6)

Синдром портальной гипертензии - нарушение кровообращения и повышение давления в системе воротной вены.

Классификация (Е.Д. Пациори, 1976)

- I. Внутрпеченочная форма СПГ, как следствие:
 1. Хронического гепатита В, С, Д и др
 2. Цирроза печени (у детей после хронического вирусного гепатита, первичного билиарного цирроза печени при врожденной атрезии желчных путей, как исход обменных заболеваний печени)
 3. Опухоли печени
- II. Подпеченочная форма, как следствие:
 1. Врожденных пороков развития воротной вены и ее ветвей (стеноз, облитерация, атрезия, кавернозная трансформация)
 2. Тромбоз воротной вены и ее ветвей после воспалительных процессов (катетеризация пупочной вены у новорожденных, пупочный сепсис, гнойные заболевания пупочной ямки, воспалительные заболевания органов брюшной полости)
 3. Сдавление воротной вены и ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратом
- III. Надпеченочная форма:
 1. Синдром Бадда-Киари (облитерирующий эндофлебит печеночных вен).
 2. Сдавление печеночных вен опухолью или кистой
 3. Мембранная обструкция надпеченочного сегмента нижней полой вены
- IV. Комбинированная форма (сочетание внутри- и подпеченочного блока)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: в анамнезе – катетеризация и ведение в пупочную вену медикаментов в периоде новорожденности, перенесённый гематит; увеличение живота, поверхностная венозная сеть.
2. Лабораторно: анемия, тромбоцитопения, лейкопения.
3. УЗИ брюшной полости: кавернозная трансформация воротной вены, увеличение селезенки, печени, наличие асцита, фиброза печёночной ткани.
4. Допплерография сосудов брюшной полости - нарушения кровотока в воротной вене.
5. КТ брюшной полости - структура органов, архитектоника сосудов до и после операции с наложением сосудистых анастомозов.
6. Пункционная биопсия печени - выявление цирроза печени.

Инвагинация кишечника (К 56.1, Q 43.8)

Инвагинация кишечника - внедрение определенного отдела кишки в просвет ниже (или выше) расположенного участка, вследствие дискоординированной деятельности мышечного аппарата кишечной стенки.

Классификация (Л. М. Рошаль, 1964)

- Тонкокишечная инвагинация
- Подвздошно-ободочная инвагинация
- Слепоободочная инвагинация
- Толстокишечная инвагинация
- Инвагинация червеобразного отростка
- Ретроградная инвагинация
- Комбинированная инвагинация

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: вздутие, болевой абдоминальный синдром, рвота, стул типа «малиновое желе», пальпируемое образование в животе.
2. УЗИ брюшной полости: очаговые симптомы («мишени», «псевдопочки», «двузубца»), косвенные симптомы (маятникообразное движение химуса, расширение кишечных петель, секвестрация жидкости в просвете кишки).
3. Рентгенологически: отсутствие газа в толстой кишке, гомогенная тень инвагината, расширение петель кишечника.

Спаечная кишечная непроходимость (К 56.5)

Спаечная кишечная непроходимость - патологическое спайкообразование в брюшной полости различной этиологии – воспалительного или инфекционного процесса, механического и термического повреждения брюшины, ишемии, пареза кишечника.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1990)

Ранняя спаечная кишечная непроходимость
(в течение месяца после оперативного вмешательства)

По форме: спаечно-паретическая (первые 3-5 дней после операции), спаечно-инфильтративная (первые 10 – 14 дней после операции), простая (первые 10-14 дней после операции), отсроченная (2-4 нед. после операции).

Поздняя спаечная кишечная непроходимость
(в более поздние сроки после оперативного вмешательства)

По течению: подострая, острая, острейшая форма.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: болевой абдоминальный, вздутие живота, рвота, отсутствие стула и газов.
2. Рентгенологически: расширение петель кишечника, тонкокишечные арки, толстокишечные чаши Клойбера.
3. УЗИ брюшной полости: расширение петель кишечника, утолщение кишечной стенки, маятникообразная перистальтика.

Острый аппендицит (К 35.9)

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка, требующее экстренной хирургической помощи.

Классификация

Недеструктивные формы: катаральный, хронический.

Деструктивные формы: флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: осмотр детей раннего возраста в состоянии медикаментозного сна, локальная болезненность, пассивное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга, градиент ректальной и подмышечной температуры, пальцевое ректальное обследование.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, общий анализ мочи для диагностики с патологией мочевыделительной системы.
5. УЗИ брюшной полости.
6. Лапароскопия в неясных случаях.

Аппендикулярный перитонит (К 35.0)

Аппендикулярный перитонит – частое и наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита, заключающееся в прогрессирующей интоксикации за счет воспалительного процесса в брюшной полости и приводящее к развитию полиорганной недостаточности.

Классификация

- Общий перитонит
- Диффузный перитонит
- Разлитой или распространенный перитонит
- Местный перитонит
- Отграниченный (инфильтрат, абсцесс)
- Не отграниченный (подвздошный, тазовый)

Стадии аппендикулярного перитонита

I ст. - экссудативная

II ст. - токсическая

III ст. - терминальная (фаза полиорганных нарушений)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: срок с момента появления болей в животе, локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины, пальпация инфильтрата, интоксикация.
2. Лабораторно: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево.
3. Пальцевое ректальное обследование – инфильтрат.
7. УЗИ: инфильтрат, абсцеса, выпот в брюшную полость.
8. Лапароскопия - диагностика с первичным перитонитом.

Омфалит (Р 38, L 08.9)

Омфалит – воспалительный процесс, локализующийся в области пупочной ямки и окружающих тканях.

Классификация

- Простая (катаральная) форма
- Флегмонозная форма
- Некротическая форма

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей в области пупка, серозные, серозные, гнойные выделения.
2. Зондирование дна пупочной ямки - отсутствие признаков свищей области пупка.
3. Воспалительные изменения в общем анализе крови.

Перитонит новорождённого (Р 78.)

Перитонит - острый воспалительный процесс в брюшной полости на фоне развития различных инфекционно-воспалительных заболеваний её внутренних органов (аппендицит, дивертикулит, перфорация кишечника и др.).

Классификация (Т.В. Красовская, Н.В. Белобородова, 1993)

I. По этиологическим и патогенетическим признакам

А. Перфоративный перитонит при:

1. Некротическом энтероколите
 - а) постгипоксическом
 - б) септическом
2. Пороках развития желудочно-кишечного тракта
 - а) сегментарных пороках стенки полого органа
 - б) пороках развития, вызывающих механическую непроходимость желудочно-кишечного тракта
3. Остром аппендиците
4. Ятрогенных перфорациях желудочно-кишечного тракта.

Б. Неперфоративный перитонит при:

1. Гематогенном, лимфогенном инфицировании брюшины
2. Контактном инфицировании брюшины
- II. По времени возникновения перитонита
 1. Пренатальный
 2. Постнатальный
- III. По степени распространения процесса в брюшной полости
 1. Разлитой перитонит
 2. Ограниченный перитонит
- IV. По характеру выпота в брюшной полости
 1. Фиброадгезивный
 2. Фибринозно-гнойный
 3. Фибринозно-гнойный, каловый

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: беспокойство, рвота, вздутие живота, отёк передней брюшной стенки, гиперемия кожи, расширенная подкожная венозная сеть, у мальчиков – отёк и гиперемия мошонки, напряжение мышц передней брюшной стенки.
2. Воспалительные изменения в общем анализе крови
3. Рентгенологически: наличие свободного газа в брюшной полости при перфорации кишечника.

Остеомиелит (M86.)

Остеомиелит - воспаление костного мозга с вовлечением в процесс кости и надкостницы.

Классификация (Г.Н. Акжигитов, М.А. Галлеев, 1986)

- I. Этиология (грамположительная и грамотрицательная флора)
 1. Монокультура (стафилококк, стрептококк и др.)
 2. Смешанная, или ассоциированная, культура
 - а) двойная ассоциация
 - б) тройная ассоциация
 3. Возбудитель не выделен
- II. Клинические формы
 1. Острый гематогенный остеомиелит:
 - А. Генерализованная форма:
 - токсикосептическая (адинамическая)
 - септикопиемическая
 - Б. Местная (очаговая)
 2. Посттравматический остеомиелит:
 - а) развившийся после перелома кости
 - б) огнестрельный
 - в) послеоперационный, включая «спицевой»
 - г) пострадиационный
 3. Атипичные формы:
 - а) Абсцесс Броди (вялотекущий внутрикостный абсцесс)
 - б) Альбуминозный (остеомиелит Оллье)
 - в) Антибиотический
 - г) Склерозирующий (остеомиелит Гарре)
- III. Стадии и фазы гематогенного остеомиелита
 1. Острая стадия

- а) интрамедуллярная фаза
- б) экстрамедуллярная фаза
- 2. Подострая стадия
 - а) фаза выздоровления
 - б) фаза продолжающегося процесса
- 3. Хроническая стадия
 - а) фаза обострения
 - б) фаза ремиссии
 - в) фаза выздоровления
- IV. Локализация процесса и морфологические формы
 - 1. Остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, диафизарный, тотальный)
 - 2. Остеомиелит плоских костей (тазовые кости, позвоночник, лопатки, череп)
 - 3. Морфологические формы:
 - а) диффузная
 - б) очаговая
 - в) диффузно-очаговая
- V. Осложнения
 - 1. Местные:
 - а) патологический перелом
 - б) патологический вывих
 - в) ложный сустав
 - г) другие местные осложнения (анкилоз, контрактура, деформация конечности, нарушение роста кости, аррозивное кровотечение и др.)
 - 2. Общие (предаминоидоз, амилоидоз, деструктивная пневмония...)

Критерии диагностики

- 1. Клинические симптомы: выраженная боль с нарушением функции в соответствующей конечности, вынужденное положение конечности (болевая контрактура), увеличение сегмента конечности в объёме с гиперемией кожи и инфильтрацией мягких тканей (пара-оссальная флегмона), гипертермия, выраженные признаки интоксикации, гепато-спленомегалия.
- 2. Воспалительные изменения в общем анализе крови.
- 3. Рентгенологически: остеолитический процесс с 14 дня заболевания.
- 4. Повышение внутрикостного давления при остеотонометрии.

Острая деструктивная пневмония (J 15.9)

Острая деструктивная пневмония - осложнение пневмонии различной этиологии (стафилококковой, синегнойной, протейной, стрептококковой и т.д.), протекающее с образованием внутрилёгочных полостей и склонное к присоединению плевральных осложнений.

Классификация (М.Р. Рокицкий, 1988)

- I. Этиология: стафилококковые, стрептококковые, синегнойные, протейные, смешанные.
- II. Тип поражения:
 - 1. Первичное поражение (аэрогенный путь инфицирования)
 - а) истинно первичное (осложнение бактериальной пневмонии)
 - б) условно первичное (наслоение на инфекцию, пороки развития лёгких)
 - 2. Вторичное поражение (гематогенный путь инфицирования)
- III. Формы поражения:

1. Преддеструкции (острые массивные пневмонии, острые лобиты)
 2. Лёгочные формы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) мелкоочаговая множественная деструкция
 - б) внутрилёгочная деструкция
 - г) гигантский кортикальный («провисающий») абсцесс
 - д) буллёзная форма деструкции
 3. Лёгочно-плевральные формы бактериальных деструкций:
 - а) пиоторакс (ограниченный, тотальный, «плащевидный»; «прободающая эмпиема»)
 - б) пиопневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
 - в) пневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
 4. Хронические формы и исходы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) вторичные кисты лёгких (неосложнённые, осложнённые)
 - б) хронический абсцесс лёгкого
 - в) фиброторакс
 - г) хроническая эмпиема плевры (ограниченная, тотальная, без бронхоплеврального свища, с бронхоплевральным свищом, без плевро-кожного свища, с плевро-кожным свищом)
 - д) бронхоэктазии (ателектатические, без ателектаза)
- IV. Фаза течения деструкции: преддеструкции, острого течения, подострого течения, хронического течения
- V. Осложнения:
1. Сепсис
 2. Перикардит (гнойный, гнойно-фибринозный, фибринозный)
 3. Медиастинальная эмфизема (простая, прогрессирующая)
 4. Кровотечение (легочное, лёгочно-плевральное, внутриплевральное)

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: одышка, кашель, гипертермия, интоксикация, бледность кожного покрова, цианоз, нарушение проводимости дыхания, хрипы, притупление перкуторного звука или тимпанит, смещение органов средостения.
3. Рентгенологически: обширное затенение легочного поля, легочные полости с признаками содержимого или без, деструктивные изменения легочной ткани, жидкость и свободный газ, смещение органов средостения.
4. Воспалительные изменения со стороны общего анализа крови.
5. Данные диагностической пункции.

Болезнь Гиршпрунга (Q 43.1)

Порок развития толстой кишки, проявляющийся клиникой прогрессирующего запора, в основе которого лежит нарушение иннервации сегмента толстой кишки.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1965)

1. Ректальная:
 - С поражением промежностного отдела
 - С поражением ампулярной части
2. Ректосигмоидная:
 - С поражением части сигмовидной кишки
 - С субтотальным или тотальным поражением сигмовидной кишки
3. Сегментарная:
 - с одним сегментом
 - с двумя сегментами

4. Субтотальная:
 - С поражением поперечно-ободочной кишки
 - С распространением на правую половину толстой кишки
5. Тотальная:

По тяжести течения:

1. Стадия компенсации
2. Стадия субкомпенсации
3. Стадия декомпенсации

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: в анамнезе запоры с первого года жизни или рождения, прогрессирующая низкая кишечная непроходимость.
2. Per rectum: ампула прямой кишки пустая.
3. УЗИ органов брюшной полости.
4. Ирригография - определение зоны аганглиоза и расширения над ней.
5. Положительный тест на ацетилхолинэстеразу.

Классификация пороков развития мочевыводящих путей (N 28.8, Q 63.)

1. Аномалии количества почек: агенезия, добавочная почка
2. Аномалии расположения почек: дистопия, нефроптоз
3. Аномалии взаимоотношения почек - различные виды сращений почек
4. Аномалии величины и структуры почек: гипоплазия, удвоение почек и мочеточников, кистозные аномалии

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: длительно могут отсутствовать, в дальнейшем присоединение инфекции мочевыводящей системы.
2. Лабораторно: при присоединении инфекции - лейкоцитурия, протеинурия, признаки обменной нефропатии.
3. УЗИ, КТ: признаки аномалии.
4. Экскреторная урография: морфология и функция системы.

Гипоспадия (Q 54.)

Гипоспадия – порок развития, характеризующийся отсутствием нижней стенки уретры в дистальных отделах.

Классификация

- Головчатая форма
- Венечная форма
- Стволовая форма
- Мошоночная форма
- Промежностная форма
- «Гипоспадия без гипоспадии», гипоспадия типа хорды

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания, отсутствие уздечки полового члена, деформация полового члена, нарушение эрекции, уровень расположения наружного отверстия уретры.

Эписпадия (Q 64.0)

Эписпадия – врожденное расщепление верхней (дорсальной) стенки уретры.

Классификация

1. У мальчиков: эписпадия головки, эписпадия полового члена, тотальная эписпадия
2. У девочек: клиторная эписпадия, субсимфизарная эписпадия, тотальная эписпадия

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания, деформация полового члена или клитора, нарушение эрекции у мальчиков, уровень расположения наружного отверстия уретры
2. Определение полового хроматина

Варикоцеле (I 86.)

Варикоцеле - нарушение кровообращения яичка и проявляющееся расширением вен гроздьевидного сплетения.

Классификация

- 1 степень
- 2 степень
- 3 степень

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: наличие болей, увеличение чаще левой половины мошонки, при пальпации мошонки - гроздевидные венозные сплетения по ходу семенного канатика.
2. Спермограмма.

Водянка оболочек яичка (N 43.3)

Водянка оболочек яичка - незаращение вагинального отростка брюшины и скоплением в нём серозной жидкости.

Классификация

1. Сообщающаяся водянка оболочек яичка
2. Сообщающаяся водянка семенного канатика
3. Изолированная водянка оболочек яичка
4. Киста семенного канатика

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: сроки появления и темпы увеличения объёма мошонки, изменения её объёма в течение суток, увеличение объёма мошонки.
2. Диафаноскопия.

Крипторхизм (Q 53.)

Крипторхизм – анатомические варианты необычного расположения яичка, остановившегося на пути миграции или уклонившегося в продвижении к мошонке.

Классификация (С.А. Горелик, 1968)

1. Врождённый: ретенция (паховая, абдоминальная), эктопия (паховая, тазовая, промежностная, бедренная, лобковая, пениальная, перекрёстная)
2. Приобретённый: ложный, истинный

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: гипоплазия мошонки, отсутствие яичка в мошонке.
3. УЗИ: визуализация яичка в паховой области, брюшной полости, отсутствие яичек.
4. Лапароскопия (при абдоминальной ретенции, отсутствии визуализации яичек или яичка).

Доброкачественные опухоли (D 16., 18., 24)

Доброкачественные опухоли - опухоли различных тканей не склонные к метастазированию, инфильтративному росту, прогрессирующему течению с явлениями интоксикации.

Классификация

А. Опухоли мягких тканей:

1. Гемангиома (капиллярная, кавернозная, смешанная, комбинированная)
2. Лимфангиома (простая, кавернозная, кистозная)
3. Невусы (пограничный, смешанный, внутридермальный, юношеская меланома, голубой невус, лентиго)
4. Фибромы
5. Дермоидные кисты
6. Тератома

Б. Опухоли костей

1. Остеома
2. Остеоид-остеома
3. Доброкачественная хондробластома

Международная классификация рака у детей (Kramarowa et al.,1998)

1. Опухоли ЦНС: эпендимома, астроцитомы, примитивные нейроэктодермальные, другие глиомы, другие специфические внутричерепные и внутриспинальные, неспецифические внутричерепные
2. Опухоли симпатической нервной системы: нейробластома и ганглионейробластома, опухоли других отделов симпатической нервной системы

3. Ретинобластома
4. Опухоли почки: опухоль Вильмса, рабдоидная и светлоклеточная саркома, карцинома почки, неспецифические злокачественные опухоли
5. Опухоли печени: гепатобластома, карцинома печени, неспецифические злокачественные опухоли печени
6. Злокачественные опухоли костей: остеосаркома, хондросарком, саркома Юинга, другие специфические злокачественные опухоли
7. Саркомы мягких тканей: рабдомиосаркома и эмбриональные саркомы, фибросаркома, нейрофибросаркома, саркома Капоши, другие специфические саркомы мягких тканей
8. Герминогенные, трофобластические и другие гонадные новообразования: внутричерепные и внутриспинальные герминогенные опухоли, другие и неспецифические негонадные герминогенные опухоли, герминогенные опухоли гонад, рак гонад
9. Карциномы и другие злокачественные эпителиальные опухоли: аденокарцинома, рак щитовидной железы, назофарингеальный рак, злокачественная меланома, рак кожи.

Критерии диагностики

1. Клинические симптомы: анамнез, осмотр, пальпация.
2. УЗИ, КТ.
3. Сцинтиграфия.
4. Определение опухолевых маркеров.
5. Лапароскопия.
6. Пункционная и открытая биопсия опухоли.
7. Исследование костного мозга

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

Правильных ответов может быть несколько

1. АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА СО СВИЩОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) одышкой
- 2) пенными выделениями изо рта
- 3) срыгиванием створоженным молоком
- 4) смещением средостения

2. ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) живот ладьевидной формы
- 2) вздутие в эпигастрии
- 3) сердечные тоны смещены в здоровую сторону
- 4) на стороне патологии дыхание не проводится
- 5) средостение смещено в больную сторону

3. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРОЧНО ПОКАЗАНО РЕБЕНКУ С АТЕЛЕКТАЗОМ ЛЕГКОГО

- 1) бронхоскопия
- 2) торакоскопия
- 3) бронхография
- 4) искусственный пневмоторакс

4. БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ДЕФИЦИТ ВЕСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) пилороспазм
- 2) высокая врождённая кишечная непроходимость
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) ректovesтибулярный свищ

5. МНОЖЕСТВЕННЫЕ УРОВНИ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) атрезии 12-перстной кишки
- 2) кишечной инфекции
- 3) парезе кишечника
- 4) атрезии подвздошной кишки
- 5) острой форме врожденного пилоростеноза

6. ОТСУТСТВИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ УРОВНЕЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) атрезии подвздошной кишки
- 2) острой форме болезни Гиршпрунга
- 3) атрезии 12-перстной кишки

7. АНАТОМИЧЕСКИМ УРОВНЕМ МЕЖДУ НИЗКОЙ И ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) илеоцекальный угол
- 2) желудок
- 3) 12-перстную кишку
- 4) начальный отдел тощей кишки
- 5) подвздошную кишку

8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) горизонтальном
- 2) вертикальном
- 3) на боку
- 4) с приподнятым ножным концом
- 5) вниз головой

9. НАЛИЧИЕ 2-Х ГАЗОВЫХ ПУЗЫРЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У 2-Х ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО УКАЗЫВАЕТ НА

- 1) атрезию подвздошной кишки
- 2) врожденный пилоростеноз
- 3) мегаколон
- 4) атрезию 12-перстной кишки

10. ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕДДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- 1) ирригография
- 2) обзорная рентгенография
- 3) инвертограмма по Вангенстину
- 4) рентгенологическое обследование не показано

11. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) инвертограмма по Вангенстину
- 3) ирригография с барием
- 4) нисходящая ирригография

12. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НЕВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕ

- 1) проба Элефанта
- 2) рентгенография пищевода с бариевой взвесью
- 3) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости

13. ВОЗМОЖНА ЛИ ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА БЕЗ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- 1) да, возможна
- 2) невозможна
- 3) возможна только в ранние сроки заболевания

14. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) изолированный трахеопищеводный свищ
- 2) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем
- 3) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем
- 4) атрезия пищевода без свищей

15. НАЗОВИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ НОВОРОЖДЕННОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИАФРАГМАЛЬНУЮ ГРЫЖУ

- 1) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 2) обзорная рентгенография органов грудной клетки
- 3) инвертограмма по Вангенстину
- 4) ирригография

16. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) мягкий живот
- 2) "каловая рвота"
- 3) частый стул с патологическими примесями, стул с алой кровью
- 4) вздутие, напряжение мышц
- 5) отсутствие перистальтики
- 6) запавший живот

17. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

- 1) неравномерное газонаполнение кишечника
- 2) отсутствие свободного газа в брюшной полости
- 3) резкое снижение газонаполнения кишечника
- 4) свободный газ в брюшной полости

18. КАКАЯ ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- 1) аганглиоз кишки

- 2) мальабсорбция
- 3) сдавление опухолью
- 4) спазм кишки

19. КАКОЙ ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРИТОНИТУ

- 1) внедрение отдела кишки
- 2) паретический илеус
- 3) заворот
- 4) аганглиоз кишки

20. ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) УЗИ внутренних органов
- 2) фиброгастроскопия
- 3) ирригография
- 4) ангиография
- 5) компьютерная томография

21. ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рвота желчью
- 2) рвота "каловая", вздутый живот
- 3) запавший живот
- 4) асимметрия живота, болезненный живот
- 5) схваткообразные боли, скудный стул с кровью

22. У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ В ЖИВОТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) контрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- 2) УЗИ
- 3) ирригография
- 4) гастроскопия

23. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) смещение средостения в сторону поражения
- 2) расширение межреберных промежутков на стороне поражения
- 3) смещение средостения в сторону, противоположную патологии
- 4) смещение сердечной тупости в сторону поражения

24. ВНУТРИГРУДНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) респираторный дистресс синдром
- 2) ложная диафрагмальная грыжа
- 3) трахеопищеводный свищ
- 4) напряженная киста легкого
- 5) атрезия хоан, агенезия легкого, ателектаз легкого

25. ОТСУТСТВИЕМ ЧЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ

- 1) нижней стенки уретры
- 2) верхней стенки уретры
- 3) правой латеральной стенки уретры

4) левой латеральной стенки уретры

26. КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ ИСТИННОМ КРИПТОРХИЗМЕ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) паховая
- 2) лобковая
- 3) бедренная
- 4) перекрестная
- 5) брюшная

27. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) боль
- 2) изменения в анализах мочи
- 3) симптом пальпируемой опухоли
- 4) повышенное артериальное давление

28. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ультразвуковое сканирование
- 2) экскреторная урография
- 3) цистография
- 4) радионуклидное исследование
- 5) ретропневмоперитонеум

29. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) паховая эктопия
- 2) паховая ретенция
- 3) абдоминальная ретенция
- 4) промежностная эктопия

30. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВАРИКОЦЕЛЕ

- 1) гематурия
- 2) расширение вен гроздевидного сплетения в мошонке
- 3) упорные боли в мошонке
- 4) гипоплазия мошонки

31. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ОПТИМАЛЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПМР

- 1) выделительная урография
- 2) УЗИ почек
- 3) почечная ангиография
- 4) ретроградная пиелография
- 5) микционная цистография

32. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ДВУСТОРОННИМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ

- 1) да
- 2) в редких случаях
- 3) только при сочетании с поликистозом легких
- 4) зависит от сопутствующих пороков почки
- 5) нет

33. КАКОЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК

- 1) подвздошная дистопия почки
- 2) удвоение почек
- 3) гипоплазия почек
- 4) агенезия

34. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) понос
- 2) локальная болезненность в правой подвздошной области
- 3) активная мышечная защита брюшной стенки
- 4) локальная пассивная мышечная защита
- 5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

35. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) пневмоирригографию
- 2) электромиографию передней брюшной стенки
- 3) пальцевое ректальное исследование
- 4) рентгенографию по Вангестину
- 5) ультразвуковое исследование брюшной полости

36. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- 1) обзорную рентгенографию лежа
- 2) обзорную рентгенографию стоя
- 3) ирригографию с барием
- 4) пневмоирригографию

37. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) осмотр во время медикаментозного сна после введения реланиума
- 2) масочный наркоз
- 3) осмотр во время естественного сна
- 4) медикаментозный сон с хлоралгидратом

38. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) фиброзофагогастродуоденоскопия
- 2) зондирование желудка
- 3) ангиография
- 4) радиоизотопное исследование
- 5) УЗИ и доплерографию системы воротной вены

39. УКАЖИТЕ РАННИЙ СИМПТОМ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) кровоизлияния
- 2) лимфостаз
- 3) гиперемия кожи
- 4) папулезная сыпь

40. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

- 1) 12-14 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 1-3 года
- 4) 3-6 месяцев
- 5) 1-3 месяца

41. УКАЖИТЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) абсцедирующая
- 2) кожная
- 3) септико-пиемическая
- 4) местная
- 5) буллезная
- 6) токсическая

42. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) диагностическая пункции мягких тканей
- 2) флебография
- 3) электрорентгенография
- 4) измерение внутрикостного давления
- 5) обзорная рентгенография

43. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) ирригография
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) рентгенография ЖКТ с барием
- 4) пневмоперитонеум

44. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) селезенки
- 2) печени
- 3) полого органа
- 4) поджелудочной железы

45. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДКАПСУЛЬНОГО РАЗРЫВА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) обзорная рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) ректальное обследование

46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) некротический энтероколит
- 2) дивертикул Меккеля
- 3) дисбактериоз кишечника

4) острый аппендицит

47. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) тщательно собранный анамнез
- 2) физикальные данные
- 3) общеклинические и биохимические лабораторные показатели
- 4) рентгенологическое обследование

48. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение количества отделяемой мокроты
- 2) резкое нарастание дыхательных расстройств
- 3) значительное нарастание интоксикации в динамике
- 4) появление упорного кашля
- 5) легочное кровотечение

49. ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) продолжительная экспираторная одышка
- 2) сброс воздуха по легочно-плевральному свищу
- 3) скопление жидкости в плевральной полости
- 4) парез диафрагмы
- 5) обтурация бронха инородным телом

50. СРЕДИ СОЛИДНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) саркома
- 2) рак
- 3) нет чёткого различия

51. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) рак желудка, рак шейки матки
- 2) нейробластома
- 3) рак молочной железы
- 4) рак прямой кишки
- 5) нефробластома

52. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕАНГИОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) коричневых пятен
- 2) небольшого красного пятна на коже
- 3) проявлений дерматита

53. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЛИМФАНГИОМ

- 1) шея
- 2) забрюшинное пространство
- 3) конечности
- 4) паренхиматозные органы
- 5) ладони и подошвы

54. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА

- 1) волнообразная лихорадка
- 2) снижение артериального давления
- 3) пальпируемое образование в брюшной полости
- 4) абдоминальный болевой синдром

55. ВЫБЕРИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ (ВЕРНО НЕСКОЛЬКО ОТВЕТОВ)

- 1) гемангиома
- 2) лимфангиома
- 3) саркома
- 4) пигментный невус
- 5) тератобластома

56. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гистерография
- 2) выделительная урография
- 3) бронхография
- 4) пневмоирригография

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ

- | | | |
|---------------|---------------|---------------|
| 1. – 1,2 | 20. – 1, 2 | 39. – 3 |
| 2. – 1, 2, 4 | 21. – 1, 3 | 40. – 3 |
| 3. – 1 | 22. – 2 | 41. – 3, 4, 6 |
| 4. – 2 | 23. – 2, 3 | 42. – 4 |
| 5. – 3,4 | 24. – 2, 4 | 43. – 2, 3 |
| 6. – 3 | 25. – 1 | 44. – 3 |
| 7. – 4 | 26. – 1, 5 | 45. – 1, 3 |
| 8. – 2 | 27. – 1, 3 | 46. – 1 |
| 9. – 4 | 28. – 1, 2 | 47. – 4 |
| 10. – 1 | 29. – 3 | 48. – 2 |
| 11. – 2 | 30. – 2 | 49. – 2 |
| 12. – 2 | 31. – 5 | 50. – 1 |
| 13. – 1 | 32. – 1 | 51. – 2, 5 |
| 14. – 2 | 33. – 1 | 52. – 2 |
| 15. – 2 | 34. – 2, 4, 5 | 53. – 1 |
| 16. – 2, 4, 5 | 35. – 1, 3, 5 | 54. – 3 |
| 17. – 4 | 36. – 3 | 55. – 1, 2, 4 |
| 18. – 1 | 37. – 1, 3, 5 | 56. – 2 |
| 19. – 2 | 38. – 1, 5 | |

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Детские болезни, в 2 т.: учеб./ Н.П. Шабалов – 6-е изд., перераб. и допол.: -СПБ.: Питер, 2009, т.1-928 с., т.2-928с.
2. Инфекционные болезни и вакцинопрофилактика у детей: учеб./ В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006 – 688 с.
3. Поликлиническая педиатрия: учеб./ под ред. профессора А.С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 624 с.
4. Хирургические болезни детского возраста, 2т.: учеб./под ред. Ю.Ф. Исаков. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2004, т.1- 632 с., т.2-584 с.

Дополнительная литература.

1. Детская гастроэнтерология /Авдеева Т.Г. и др.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009 – 187 с.
2. Детская хирургия: национальное руководство / Под ред. Исакова Ю. Ф., Дронова А. Ф. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 +CD.-1164 с.
3. Дифференциальная диагностика детских болезней: справочник / В. А. Доскин, З. С. Макарева – М.: МИА, 2011- 600 с.
4. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.-848 с.
5. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т.-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009, т.1-1024 с.-5, т.2- 1023 с.
6. Поликлиническая педиатрия: учеб. пособие/ В.Н. Чернышов, А.А. Лебедеенко, А.А. Сависько – М., ГОУВУНМЦ, 2004. – 335 с.
7. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А. А. Баранова:- М.: ГЭОТАР- Медиа 2007-608 с.