Міністерство охорони здоров’я

Запорізький державний медичний університет

Боярська Л.М., Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Котлова Ю.В.,

Подліанова О.І., Городкова Ю.В.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ПЕДІАТРІЇ

Збірник задач з поясненнями для підготовки до іспиту «КРОК-3»

Запоріжжя 2017

УДК 616-083.98-053.2(035.8)

Н40

Навчальний посібник рекомендований до видання

Центральною методичною радою Запорізького державного медичного університету (протокол № від 2017 р.)

Рецензенти:

Марушко Тетяна Вікторівна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії-2 НМАПО ім. П.Л.Шупика

Овчаренко Леонід Сергійович, д.мед.н. професор, завідувач кафедри педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

Колектив авторів:

Боярська Л.М., професор, завідувач кафедри дитячих хвороб ФПО

Давидова А.Г., к.мед.н., асистент кафедри дитячих хвороб ФПО

Курочкін М.Ю., д.мед.н., професор кафедри дитячих хвороб ФПО

Котлова Ю.В., к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб ФПО

Подліанова О.І., к.мед.н., доцент кафедри дитячих хвороб ФПО

Городкова Ю.В., аспірант кафедри дитячих хвороб ФПО

**Невідкладні стани в педіатрії. Збірник задач з поясненнями для підготовки у розрізі підготовки до іспиту КРОК-3** : збірник задач з поясненнями / Л.М.Боярська [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 199 с.

У збірнику наведені задачі для іспиту КРОК-3 з поясненнями правильних відповідей згідно сучасних протоколів. Для лікарів-інтернів усіх спеціальностей.

**УДК 616-083.98-053.2(035.8)**

© Боярська Л.М., Давидова А.Г., Курочкін М.Ю., Котлова Ю.В., Подліанова О.І., Городкова Ю.В.

©Запорізький державний медичний університет

**Вступ**

Одним з основних актуальних завдань вищої медичної освіти України є забезпечення високого рівня підготовки фахівців, здатних на рівні вимог державних стандартів якості освіти виконувати професійні обов’язки. Цим обумовлено впровадження протягом останніх восьми років системи сертифікації підготовки лікарів у вигляді складання державного практично-орієнтованого тестового іспиту «Крок-3». Ліцензійні іспити «Крок-3» стали нормативною формою державної атестації майбутніх лікарів, обов’язковою складовою частиною державної атестації для присвоєння кваліфікації лікаря та одним з чинників інтеграції в європейський освітній простір. Тому в якісній підготовці до ліцензійного тестового іспиту зацікавлений кожен лікар-інтерн.

Для оптимізації процесу прикладного використання теоретичних знань у клінічних ситуаціях з надання невідкладної допомоги дітям та підвищення ефективності роботи лікарів-інтернів над базою тестових завдань, запропонованих Центром тестування МОЗ України, кафедрою дитячих хвороб ФПО Запорізького державного медичного університету розроблений та впроваджений удосконалений алгоритм підготовки майбутніх фахівців.

З розширеної бази первинного банку тестів, до якої увійшли видані збірники тестових завдань «Крок-3». Після їх ретельного аналізу складені блоки за основною тематикою невідкладної допомоги в педіатрії.

До основних розділів увійшли питання з первинної реанімації новонароджених, з невідкладних станів у дітей при захворюваннях органів дихання, серця та нирок, при алергологічній, гематологічній, ендокринологічній, хірургічній патології, при травмах і нещасних випадках. На кожну ситуаційну задачу співробітники кафедри - високопрофесійні спеціалісти з фахів дитячої реаніматології, педіатрії та хірургії – дали докладну відповідь з ключем для розв’язання завдання. Такий підхід підіймає рейтинг підготовки до тестового іспиту від процесу механічного запам’ятовування до вдумливого та аналітичного рівня навчання фахівця, який вибирає найбільш оптимальне, мотивоване, вивірене рішення при наданні невідкладної допомоги дитині.

Таким чином, навчальний посібник «Невідкладні стани в педіатрії в тестах для самопідготовки» надає можливість інтернам самостійно ознайомитись з основними групами питань з педіатрії до іспиту «Крок-3», здійснити тренінг з їх вирішення з впевненістю у вірно обґрунтованому прийнятому рішенні. Це позитивно вплине на емоційний статус фахівця, що готується до державного іспиту, дозволить усвідомити рівень підготовки, визначить необхідність поглиблення знань з недостатньо засвоєного матеріалу та надасть впевненості у своїх знаннях

1. ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ В ПЕДІАТРІЇ

1.1. У процесі забезпечення анестезіологічного засобу дитині 6 років, оперованій з приводу розлитого перитоніту, проводиться штучна вентиляція легень у режимі помірної гіпервентиляції. На яких цифрах необхідно підтримувати рівень рСО2 у КЛС-грамі?

A. \* 30-35 мм рт.ст.

B. 20-25 мм рт.ст.

C. 35-40 мм рт.ст.

D. 40-45 мм рт.ст.

E. 50-55 мм рт.ст.

*Необхідно запам'ятати показники кислотно-лужного стану: Режим помірної гіпервентиляції:рСО230-35 мм рт.ст. Режим нормовентиляції: рСО2 36-40 мм рт.ст.*

1.2. У хворого 3-х років кровотеча з Меккелева дивертикула. Тахікардія зі зниженням АТ в ортостатичному положенні, ЧСС 120, знижений тургор шкіри, різко знижений діурез, симптом "блідої плями" більш 2с, кінцівки теплі до ліктьових і колінних суглобів. Який лабораторний показник допоможе визначити критичність стану хворого?

A. \* Рівень гемоглобіну у периферичній крові

B. Рівень швидкості зсідання еритроцитів

C. Кількість еритроцитів у периферичній крові

D. Добовий діурез

E. Рівень гематокриту

*На шпитальному етапі проводиться хірургічна зупинка кровотечі і замісна терапія препаратами крові до досягнення корекції кисневотранспортної функції крові поряд з с симптоматичною терапією. Критичний рівень гемоглобіну для новонароджених складає біля 110 г/л, для дітей до року – 90 г/л.*

1.3. У дитини в віці 1,5 року з ознаками гострої респіраторної інфекції, ввечері з’явилась інспіраторна задишка, “гавкаючий” кашель, осиплість голосу. При огляді: дихання стенотичне, інспіраторна задуха з участю допоміжної дихальної мускулатури, втягування поступливих ділянок грудної клітини. При аускультації дихання у легенях дифузно послаблене. Тахікардія, випадіння пульсової волни на вдиху. Ваш діагноз?

A. \* Вірусний круп.

B. Обструктивний бронхіт.

C. Інородне тіло дихальних шляхів.

D. Пневмонія.

E. Діфтерійний круп.

*У 11-43 % дітей, що перенесли вірусне захворювання (грип, парагрип, кір тощо) формується набряк підзв'язкового простору, який є найвужчим місцем гортані у дітей. У завданні описана типова картина крупу (інспіраторна задишка, «гавкаючий кашель», осиплість голосу). Дифтерійний круп у дитини не можемо діагностувати тому що він розвивається поступово, повільно, а у даної дитини симптоми розвились гостро.*

1.4. У дитини в віці 8 місяів з гострою респіраторною інфекцією, з’явились ознаки крупу. Оберіть раціональну лікувальну тактику.

A. \* Призначити дихання вологим повітрям, дексаметазон та інгаляцію адреналіна

B. Призначити спазмолітики (но-шпу, баралгін, тощо)

C. Призначити еуфілін та відволікаючи процедури

D. Призначити антигістамінні засоби

E. Призначати лікування не треба, захворювання завжди проходе самостійно

*Лікування дитини з несправжнім крупом повинно починатися на догоспітальному етапі з продовженням в стаціонарі: Інгаляція зволоженого і зігрітого кисню. Седація дитини з метою зменшення інспіраторних зусиль. Глюкокортикоїди 10мг/кг на добу в розрахунку по преднізолону. Доза розподіляється на 4-6 прийомів без дотримання біологічного ритму. Інгаляції з адреналіном дозволять знизити вираженість набряку. Спазмолітики та бронхолітики не мають точки застосування в даному випадку.*

1.5. У дитини в віці 9 місяців ознаки крупа ІІ ступеня. Проведене лікування, до якого входило призначення кортикостероїдів та інгаляції адреналіна не забезпечило стійкого позитивного ефекту. Яка Ваша подальша лікувальна тактика?

A. \* Госпіталізація дитини до відділення інтенсивної терапії з метою забезпечення прохідності дихальних шляхів (інтубація трахеї)

B. Призначити спазмолітики (но-шпу, баралгін, тощо)

C. Призначити еуфілін та відволікаючи процедури

D. Призначити антигістамінні засоби

E. Призначати лікування не треба, захворювання завжди проходе самостійно

*Дитина з II ступенєм стенозу повинна бути транспортована в стаціонар, де можливо проведення штучної вентиляції легень. Лікування дитини повинно починатися на догоспітальному етапі з продовженням в стаціонарі. При повній відсутності ефекту від консервативної терапії слід розглянути необхідність забезпечення штучних дихальних шляхів.*

1.6. У дитини 5 років захворювання почалось з катаральних проявів та підвищення температури до 39°С.  Для зниження температури використовували ацетил-саліцилову кислоту. На фоні нормальної температури на 6-ту добу з’явилося блювання, дитина стала збудженою з періодами сонливості. Дільничим педіатром виявлено помірне збільшення печінки. Яка подальша тактика дільничого педіатра?

A. \*Негайна госпіталізація

B. Проведення оральної регідратації

C. Призначення протиблювотних засобів

D. Спостереження впродовж 3 діб

E. Проведення біохімічного моніторінгу

*Синдром Рея, синдром Рейє (гостра печінкова енцефалопатія, біла печінкова хвороба) - рідкісне, але дуже небезпечне, часто загрожує життю гострий стан, що виникає у дітей і підлітків (частіше у віці 4-12 років) на тлі лікування лихоманки вірусного походження (грип, кір, вітряна віспа) препаратами, що містять ацетилсаліцилову кислоту, і характеризується швидко прогресуючою енцефалопатією (внаслідок набряку головного мозку) і розвитком жирової інфільтрації печінки. Синдром Рея супроводжується гіперамоніємією, підвищенням рівня АСТ, АЛТ в сироватці крові (більш ніж в 3 рази) при нормальному рівні білірубіну.Рання діагностика та інтенсивна терапія, спрямована на підтримку життєвих функцій, в тому числі кровообігу і дихання, життєво важливі.*

1.7. Дитина 7 років госпіталізована з явищами адинамії, що змінюється на збудження, сонливості, задухи, блювання. Об’єктивно: t=40,1оС, пульс – 189/хв., виражена жовтяниця, тремор кінцівок, печінковий запах з роту, зменшення розмірів печінки. Кров: білірубін 200 мкмоль/л Ймовірний діагноз?

A. \*Гостра печінкова недостатність

B. Менінгоенцефаліт

C. Ацетонемічний синдром

D. Панкреатична кома

E. Діабетична кома

*Клінічна стадія гострої печінкової недостатності (печінкова енцефалопатія) характеризується сонливістю, яка може змінюватися збудженням, адинамією, прогресуючої слабостью. Наростають набряки, явища геморагічного діатезу, жовтяниці, інтоксикації, асциту, лихоманка.В прекоматозному періоді розвиваються нервово-психічні порушення: запаморочення, уповільнення мови і мислення, розлади сну, слухові і зорові галюцинації, сплутаність свідомості, тремор пальців. Передвестніками печінкової коми, що наближається, служать біль в підребер'ї, поява «печінкового» запаху з рота, зменшення печінки в розмірах. Лабораторними ознаками гострої печінкової недостатності є анемія, тромбоцитопенія, гіпербілірубінемія (рівень білірубіну може підвищуватися в 5 і більше разів), збільшення активності сироваткових трансаміназ. В термінальній стадії виражені гіпохолестеринемія, гіпоальбумінемія, зниження ПТІ і ін. факторів згортання, гіпоглікемія, гіпокаліємія, відзначається порушення кислотно-основного стану.*

1.8. У дівчинки 7 років на фоні t тіла-38,5ОС, нежиті, кашлю з’явилась блювання до 10 разів на добу. Об’єктивно: квола, апатична, запах ацетону з роту, ацетон в сечі (++++). Клінічний синдром?

A. \* Синдром ацетонемічної блювоти

B. Інфекція сечовивідних шляхів

C. Гіпертермічний синдром

D. Гострий панкреатичний напад

E. Синдром мальабсорбції

*В тих випадках, коли організму потрібна підвищена кількість енергії і запаси глюкози виснажуються, з метою енергозабезпечення починається розпад жирів. В процесі розщеплення жирів утворюються кетонові тіла - ацетон, ацетоуксусная і бета-оксимасляная кислоти. Ці речовини токсичні для шлунково-кишкового тракту і нервової системи дитини. І, як наслідок, з'являється нудота, болі в животі, багаторазова блювота.Таким чином, синдром ацетонемічного блювання - не самостійне захворювання. Він виникає на тлі будь-якого стану, що вимагає підвищеної кількості енергії у дітей з нестабільним обміном речовин. Ацетон міститься у хворої дитини в крові, в повітрі, що видихається і в сечі.*

1.9. Хлопчик 6 років, госпіталізований з приводу термічних опіків 18% поверхні тіла. При огляді: стан тяжкий, поверхневе дихання, АТ – 65/30 мм рт. Ст., тони серця глухі, олігурія. Які обов’язкові компоненти інфузійної терапії?

A. \*Альбумін 5% р-н або свіжозаморожена плазма

B. Введення глюкозо-сольових розчинів 3:1

C. Введення глюкозо-сольових розчинів 2:1

D. Призначення серцевих глікозидів

E. Призначення глюкокортикоїдів

*Ступінь шокогенностi опікової травми визначається площею і глибиною поразки тканин: великими опіками вважаються в немовлят і дітей до 1 року площею 5-7% поверхні тіла, у дітей старше 1 року - більш 10%. Гіповолемічний шок з переважною втратою плазматичного об”єму – шок подібного типу може розвинуться при опіковій травмі Ведучий патогенетичний фактор опікового шоку - втрата плазми.Через капіляри пропотіває велика кількість плазми, відбувається набряк тканин ураженої області, ще більше зменшується ОЦК за рахунок зниження онкотичного тиску крові. Отже, без альбуміну або плазми нормалізувати ОЦК буде неможливо.*

1.10. В реанімаційному відділенні у дитини з зупинкою серця після проведення інтубації та ШВЛ почервоніли шкірні покриви, пульс на великих судинах, ЧСС – 40/хв., АТ – 50/30 мм рт.Ст. Ваша подальша тактика?

A. \*Введення 0,1% розчину атропіну

B. Введення серцевих глікозидів

C. Введення сольових розчинів

D. Введення глюкокортикоїдів

E. Введення розчину допаміну

*Оцінювання стану дитини після початкового періоду ШВЛ(ефективність початкової дихальної підтримки) Після початку ШВЛ стан оцінюють на підставі 3 ознак: 1) ЧСС, 2) наявність і адекватність самостійного дихання і 3) рівень оксигенації за даними пульсоксиметрії (або визначення кольору шкіри і слизових оболонок, якщо немає пульсоксиметра). Найбільш чутливим, а отже, найважливішим критерієм ефективності реанімаційних заходів на кожному етапі є зростання ЧСС. Одержанi данi в нашому випадку свiдчать про ефективнсть ШВЛ- зупинки серцево дяльностi нема(але є брадикардiя, що є показанням до призначення атропiну).*

1.11. За останню добу стан 4-міс. дитини, що хворіє впродовж 5 днів, швидко погіршився. При огляді: дитина заторможена, розповсюджена пастозність шкірних покровів, набряки обличчя та нижніх кінцівок, шкіра та видимі слизові оболонки сухі, велике тім’ячко запале, t тіла-37,5оС, ЧСС – 160/хв., тони серця глухі, живіт збільшений, добовий діурез – 75 мл. Які першочергові заходи?

A. \*Відновлення ОЦК та гемодинаміки

B. Призначення антибактеріальних препаратів

C. Призначення осмотичних діуретиків

D. Корекція кислотно-лужної рівноваги

E. Проведення активної детоксикації

*Виходячи з того, що у дитини преренальна форма гострої ниркової недостатності єдиною правильною відповіддю є відновлення ОЦК та гемодинаміки.*

1.12. Хвора на ГРВІ 2 міс. дитина раптово зблідла. З’явились блювання, розріджені випорожнення. Загальний стан тяжкий, t тіла 39,7оС, шкіра холодна, волога, крик хриплий, наявні менінгеальні ознаки. ЧСС – 100/хв., ЧД – 58/хв., дихання ослаблене везикулярне. Кров: лейкоцити 12\*109/л, натрій – 120 ммоль/л, калій – 6,5 ммоль/л, рівень кортизолу – 40 мкг/л. Який ймовірний діагноз?

A. \*Гостра наднирникова недостатність

B. Гостра печінкова недостатність

C. Гостра серцева недостатність

D. Гостра ентеровірусна інфекція

E. Гостра ниркова недостатність

*Гостра недостатність кори надниркових залоз може бути ускладненням первинної або вторинної хронічної недостатності (неадекватна замісна терапія, зниження дози або відміна кортикостероїдів, стресові ситуації - інфекція, травма, операція).Стан катастрофічно погіршується, наростає гіпотонія, з'являються судоми, ригідність м'язів потилиці, задишка; дихання поверхневе, тахікардія до 200 уд / хв, тони серця глухі, пульс ниткоподібний. Хворий впадає в сопорозное стан, що переходить в кому, розвивається судинний колапс. В термінальній стадії температура зазвичай знижується до субнормальної, спостерігаються зневоднення, олігурія або анурія.Діагноз гострої недостатності кори надниркових залоз грунтується в першу чергу на даних клінічної картини і підтверджується лабораторними дослідженнями. Концентрація кортизолу в плазмі у людини з нормальною функцією кори надниркових залоз при різних стресових ситуаціях або шоці складає 20-120 мкг / 100 мл. При дослідженні в крові відзначається лейкоцитоз із зсувом вліво, тромбоцитопенія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіпоглікемія, підвищення залишкового азоту в крові.*

1.13. 12-річний хлопчик отримав електротравму. Об’єктивно: відсутні пульс на магістральних судинах та спонтанне дихання, зіниці розширені. Який першочерговий реанімаційний захід?

A. \*Звільнення дихальних шляхів

B. Проведення дефібриляції серця

C. Проведення вентиляції легень

D. Введення гідрокарбонату натрія

E. Зовнішній масаж серця

*З об’єктивних даних: відсутностi пульсу на магістральних судинах та спонтанного дихання, можемо дiагностувати клiнiчну смерть. Необхідні дії Обов’язкові 1. Забезпечити прохідність дихальних шляхів При проведенні реанімаційних заходів завжди потрібно дотримуватись алгоритму ABCDE, де A (airways) – звільнення дихальних шляхів.*

1.14. У дворічного хлопчика сплутана свідомість, невпинне блювання кров’ю, мелена, глибоке шумне дихання, печінка + 6 см з-підкраю реберної дуги. З’явились судоми. Стан погіршився декілька годин назад. В анамнезі – з приводу застуди три дні підряд дитина отримувала по дві таблетки ліків. Який це найімовірніше був препарат:

A. \*Аспірин

B. Бісептол

C. Парацетамол

D. Анальгін

E. Ампіцилін

*Синдром Рея, синдром Рейє (гостра печінкова енцефалопатія, біла печінкова хвороба) - рідкісне, але дуже небезпечне, часто загрожує життю гострий стан, що виникає у дітей і підлітків (частіше у віці 4-12 років) на тлі лікування лихоманки вірусного походження (грип, кір, вітряна віспа) препаратами, що містять ацетилсаліцилову кислоту, і характеризується швидко прогресуючою енцефалопатією (внаслідок набряку головного мозку) і розвитком жирової інфільтрації печінки. Синдром Рея супроводжується гіперамоніємією, підвищенням рівня АСТ, АЛТ в сироватці крові (більш ніж в 3 рази) при нормальному рівні білірубіну.Рання діагностика та інтенсивна терапія, спрямована на підтримку життєвих функцій, в тому числі кровообігу і дихання, життєво важливі.*

1.15. У хлопчика 3 років після перенесеного гострого ентероколіту ешеріхіозної етіології виявляються іктеричність склер та шкіри, набряки під очима, на нижніх кінцівках, гепатоспленомегалія. В крові: еритроцити – 2,8 Т/л, гемоглобін – 82 г/л, тромбоцити – 140 Г/л, непрямий білірубін – 78 мкмоль/л, прямий білірубін – 5 мкмоль/л, креатинін – 170 мкмоль/л. Сеча темна, добовий діурез 150 мл, еритроцити – 10-12 в п/з, білок – 0,7 г/л. Про який діагноз слід думати?

A. \* Гемолітико-уремічний синдром

B. Синдром Рея

C. Гострий вірусний гепатит

D. Гострий гломерулонефрит

E. Гострий пієлонефрит

*Типовою формою, що зустрічається в основному у дітей, є ГУС, асоційований з шигаподібним токсином.Гемолітіко-уремічний синдром – гострий патологічний стан, що характеризується одночасним розвитком мікроангіопатичної гемолітичної анемії, тромбоцитопенії і азотемії. Гемолітико-уремічний синдром може проявлятися кривавою діареєю, абдомінальними болями, блідістю і пожовтінням шкіри та склер, пастозністю, петехіями на шкірі, анурією, ураженням ЦНС, печінки, підшлункової залози і серця.*

1.16. У дитини 12 років яка пройшла стаціонарне ліквання з приводу гострої ревматичної лихоманки та на даний час продовжує отримувати аспірін з’явилися болі в епігастральній ділянці, темне забарвлення випорожнень. Яка Ваша тактика?

A. \*Негайна госпіталізація

B. Консультація кардіоревматолога

C. Консультація гатроентеролога

D. Зменшити дозу аспіріну

E. Відмінити аспірін та призначити преднізолон

*При частому і тривалому застосуванні аспірину в поодиноких випадках можливий розвиток шлунково-кишкової кровотечі, яке супроводжується запеклими болями в животі, чорним стільцем, загальною слабкістю, анемією. При появі подібних симптомів рекомендується негайна госпіталізація.*

1.17. У дитини 14 років, з гострим гломерулонефритом, на 4 добу лікування загальний стан значно погіршився – виникли слабкість, нудота та блювання, пастозність обличчя, знизився діурез, з’явився запах аміаку із рота. В крові – креатинін 220 мкмоль/л, сечовина 25 ммоль/л, калій – 7,1 ммоль/л. Чим ускладнилося дане захворювання?

A. \*Гострою нирковою недостатністю

B. Гострим токсикозом

C. Гострою наднирковою недостатністю

D. Нефротичним синдромом

E. Нейротоксикозом

*До ознак гострої ниркової недостатності відносяться: зменшений діурез,гіпертонія,гематурія,набряки,підвищений креатинін сироватки крові, відношення азоту сечовини крові до рівня креатиніна менше 20, підвищена фракційна екскреція натрію, гіперкаліємія з аритмією серця, гіпервентиляція через ацидоз,нудота і блювота через уремію.*

1.18. У хлопчика 8 років на 5-й день артралгій та папульозно-геморагічної висипки на нижніх кінцівках та сідницях з’явився інтенсивний переймоподібний біль в навколопупковій ділянці. Яке дослідження для виявлення ймовірного ускладнення захворювання у хлопчика слід провести перш за все?

A. \*Реакцію Грегерсена

B. Оглядову рентгенографію

C. Фіброгастродуоденоскопію

D. Час за Лі-Вайтом

E. Кількість тромбоцитів

*Ймовірніше за все у дитини геморагічний васкуліт з явищами абдомінального синдрому. Причина - численні крововиливи в стінку кишечника і в очеревину , тому необхідно проведення проби Грегерсена для виявлення крові в калі.*

1.19. У хлопчика 5 років протягом 3 днів відмічався субфебрилітет, нежить, сухий частий кашель. Ввечері стан різко погіршився: ціаноз шкіри, участь в акті дихання допоміжної мускулатури. Перкуторно над легенями коробковий звук, аускультативно – жорстке дихання з подовженим видихом, з обидвох сторін розсіяні сухі, свистячі й різнокаліберні вологі хрипи. ЧД – 60/хв, ЧСС – 128/хв. Який діагностичний захід є вирішальним у даній ситуації?

A. \*Рентгенографія органів грудної клітки

B. Загальний аналіз крові

C. Пульсоксиметрія і визначення газів крові

D. Біохімічні дослідження крові

E. Дані спірометрії

*У дитини має місце клінічна картина бронхіальної обструкції, але слід виключити розвиток пневмонії (3-тя-4-та доба від початку захворювання – можливе приєднання бактеріальної флори. Це можна зробити за допомогою рентгенографії органів грудної клітини. Інші дослідження корисні, але не вирішальні у диференційній діагностиці.*

1.20. Невідкладними діями при набряку легень є наступні, за винятком:

A. \*Введення поліглюкіну в/в у дозі 5-10 мл/кг

B. Підвищене положення верхньої частини тулуба, нижні кінцівки опущені

C. Оксигенотерапія

D. Дегідратація

E. Інтубація трахеї, ШВЛ

*Згідно Наказу МОЗ України №437 «Про затвердження протоколів надання невідкладної допомоги у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», при набряці легенів невідкладна допомога включає: «1. Підвищення верхньої частини тулобу, накладання венозних джгутів на кінцівки на 20-З0 хвилин, напівсидяче положення. 2. Спонтанне дихання або ШВЛ з ПТКВ і подачею кисню. 3. При вираженій дихальній недостатності - інтубація трахеї і ШВЛ з ПДКВ. 4. При задовільному системному АТ призначити нітрогліцерин або нітропрусід натрію. 5. При низькому системному АТ –добутамін/допамін. 6. Дегідратація». Надмірна гідратація у вигляді введення поліглюкіну може лише погіршити стан хворого!*

1.21. Дитина 8 років, гарячкує, кашляє і має тахіпное. Аускультативно в нижній долі лівої легені середньо і дрібно міхурцеві вологі хрипи. Ренгенограма ОГК підтвердила пневмонію. З анамнезу відомо про два епізоди пневмонії у чотирьох і шестирічному віці, запідозрили легеневу секвестрацію. За допомогою яких методів її діагностувати?

A. \*Допплерографії або аортографії

B. Флюорографії

C. Спірометрії

D. Рентгенографії

E. Комп’ютерної томографії

*Секвестрація легенів має дві основні ознаки: відсутність зв'язку ділянки легені з бронхіальною системою і його кровопостачання з аномальної артерії (або артерій), що відходять безпосередньо від грудної або черевної аорти або її основних гілок. Логічно, що ця вада може бути діагностована за допомогою дослідження судин – доплеро- або аортографії.*

1.22. Хворий 10,5 років лікується з приводу вогнищево-зливної пневмонії стафілококової етіології, ускладненої плевритом. Отримує комбіновану антибіотикотерапію. Стан тяжкий, виражений інтоксикаційний синдром, сопор, олігурія. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. Тони серця глухі, ЧСС – 120/хв., АТ - 80/60 мм рт. ст. Який діагноз у дитини?

A. \* Iнфекційно-токсичний шок.

B. Анафілактичний шок.

C. Гостра серцева недостатність.

D. Гостра судинна недостатність.

E. Гостра ниркова недостатність.

*Перебіг важкої зливної пневмонії ускладнився розвитком інфекційно-токсичного шоку, що підтверджується наявністю інфекційного вогнища, клінічними проявами токсемії, артеріальною гіпотензією, тахікардією, олігурією.*

1.23. У дитини 1,5 років з лімфатико-гіпопластичною аномалією конституції на 2-й день ГРВІ погіршився стан. Об’єктивно: “мармуровість”, вологість шкірних покривів, слабкість, відмова від їжі, запаморочення, зниження температури до 350С, АТ - 50/20 мм рт. ст., ЧСС - 120/хв., ЧД – 32/хв. Яка першочергова група препаратів для інфузійної терапії невідкладного стану? A. \* Колоїди.

B. Кристалоїди.

C. Кровозамінники.

D. Амінокислотні суміші.

E. Пацієнт не потребує інфузійної терапії.

*У переважній більшості випадків інфузійна терапія починається з кристалоїдів. Даний випадок є виключенням. У дитини, ймовірно, виник стан, пов'язаний з наднирниковою недостатністю на фоні лімфатико-гипопластичної аномалії конституції. Оскільки втрат рідини не було, мова йде не про шок, порушень водно-електролітного стану немає, у даному випадку слід зосередити увагу на підвищенні колоїдно-онкотичного тиску плазми для підтримки гемодинаміки. Цієї мети можна досягти введенням колоїдних розчинів – похідних крохмалю і желатинолю. В інших випадках стартовим розчином повинен служити кристалоїд, наступним (за показаннями) – колоїд.*

1.25. Хлопчикові 7 років, оперованому з приводу вродженої вади серця – дефекту міжшлуночкової перегородки, із замісною метою в післяопераційному періоді переливалася еритроцитарна маса. При проведенні гемотрансфузії хворий поскаржився на слабкість, запаморочення, сильний біль за грудиною. Об'єктивно: температура тіла – 390С, ЧСС – 125/хв., АТ – 80/40 мм рт. ст. Яке ускладнення виникло у хворого?

A. \*Гемотрансфузійний шок.

B. Анафілактичний шок.

C. Гіпертермічний синдром.

D. Гостра серцева недостатність.

E. Гостра судинна недостатність.

*У дитини гемотрансфузійний шок, тому що в клініці є швидке підвищення температури тіла і прояви судинного колапсу – тахікардія і гіпотензія.*

1.26. У дівчинки 9 років унаслідок дорожньо-транспортної події і великої крововтрати відсутній діурез. ЧСС – 130/хв., АТ – 60/30 мм рт. ст. При обстеженні: сечовина крові – 26,0 ммоль/л, креатинін крові – 1,2 ммоль/л, калій сироватки крові – 7,0 ммоль/л. Що є причиною анурії у хворої?

A. \* Гостра ниркова недостатність.

B. Кровотеча.

C. Гостра серцева недостатність.

D. Гостра судинна недостатність.

E. Гостра наднирковозалозна недостатність.

*Враховуючи олігоанурію, значне підвищення рівню креатиніну, сечовини та калію сироватки, у дитини виникло ускладнення – гостра ниркова недостатність, преренальна форма. Причиною є значна крововтрата з падінням артеріального тиску і недостатньою перфузією нирок.*

1.27. У хлопчика 16 років, який страждає на міокардит, погіршився стан. Дитина знепритомніла, спостерігаються судоми, блідість шкірних покривів, ціаноз, пульс відсутній, АТ-20/0 мм рт ст. На ЕКГ зареєстровано фібриляцію шлуночків. Яким є першочерговий терапевтичний захід?

A. \* Електрична дефібриляція.

B. Введення внутрішновенно адреналіну.

C. Введення внутрішновенно лідокаіну.

D. Введення внутрішновенно кальцію хлоріду.

E. Реанімація за правилами АВС.

*При фібриляції шлуночків найбільш ефективним засобом відновлення серцевого ритму та ефективного кровообігу є електрична дефібриляція. Інші методи є допоміжними*. *Введення кальцію взагалі не показане.*

1.28. У дівчинки 14 років післятривалої носової кровотечіз’явилися блідість шкіри, слабкий, ниткоподібний пульс, зіницірозширені. Сухожильні рефлексии слабкі. Дихання поверхневе, тони серця глухі, ЧД – 60/хв., АТ – 50/10 мм рт. ст. ЧСС – 170/хв. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \* Геморагічний шок.

B. Кардіогенний шок.

C. Неврогенний шок.

D. Надниркованедостатність.

E. Синкопальний стан.

*У дитині клінічні ознаки централізації кровообігу і судинного колапсу, який виник за рахунок гострої крововтрати (виражена тахікардія до 170 уд/хв., і гіпотензія 50/10 мм.рт.ст), тому найбільш вірогідний діагноз – геморагічний шок.*

1.29. У дитини 7 років, що перебуває на лікуванні з приводу правобічної нижнєчасткової пневмонії, раптово погіршився стан: з'явився біль у грудній клітці, наросла задишка, підсилилися явища інтоксикації. Об'єктивно: різка блідість шкірних покривів і періоральний ціаноз. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно – укорочення легеневого звуку праворуч. Аускультативно – ослаблення подиху, шум тертя плеври. Яке ускладнення має місце у дитини?

A. \* Плеврит.

B. Пневмоторакс.

C. Міокардит.

D. Абсцес.

E. Набряк легенів.

*Відставання половини грудної клітки в акті дихання та ослаблення дихальних шумів свідчить про розвиток плевриту або пневмотораксу. Але для пневмотораксу характерний тимпатічний перкуторний звук, а не укорочення, а також не характерний шум тертя плеври. Отже, має місце розвиток плевриту.*

1.30. У дитини 1,5 років з установленим діагнозом пневмонія, після короткочасного нападу кашлю раптово погіршився стан: наросла задишка, ціаноз. Об'єктивно: дитина неспокійна, більше лежить на правому боці. Права половина грудної клітки відстає в акті подиху. На рентгенограмі органів грудної клітки – зсув органів середостіння в лівий бік. Яка невідкладна допомога необхідна дитині?

A. \* Проведення плевральної пункції.

B. Переведення дитини на ШВЛ.

C. Збільшення дози антибіотиків.

D. Інтубація трахеї.

E. Оксигенотерапія зволоженим киснем.

*Відставання половини грудної клітки в акті дихання та зсув органів середостіння у протилежний бік свідчить про розвиток плевриту або пневмотораксу.Більш точно можна сказати при наявності даних перкусії та аускультації правої легені. Але і у тому і у іншому випадку, щоб виставити діагноз, а також полегшити стан дитини, слід провести плевральну пункцію. Переведення дитини на ШВЛ без попередньої пункції та дренування плевральної порожнини неприпустиме – у випадку напруженого пневмотораксу при ШВЛ кількість повітря у плевральній порожнині значно збільшиться, що ще більше погіршить стан дитини!*

1.31. Дитина 4 місяців знайдена у ліжку без свідомості, зіниці розширені, пульс на магістральних артеріях відсутній. Непрямий масаж серця неефективний. Прийнято рішення про проведення електричної дефібриляції. Яка величина розряду дефібрилятора повинна використовуватись?

A. Перший розряд – 2 Дж/кг, при неефективності – 4 Дж/кг

B. 3 Дж/кг, при неефективності повторити двічі

C. Стартова величина розряду – 4 Дж/кг, повторні – 2 Дж/кг

D. Стартова величина розряду – 4 Дж/кг, повторні – 8 Дж/кг

E. Стартова величина розряду 3 Дж/кг, повторні – 2 Дж/кг

*Згідно діючому Наказу МОЗ України №437 (2004 р) «Протоколи надання невідкладної допомоги у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділу «Клінічна смерть»: перший розряд - 2 Дж/кг маси тіла дитини, закритий масаж серця, при неефективності - 4 Дж/кг, закритий масаж серця, при неефективності повторити дефібриляцію і закритий масаж серця на фоні ШВЛ до відновлення ефективного кровообігу або появи достовірних ознак біологічної смерті.*

1.32. Дитина 4 місяців знайдена у ліжку без свідомості, зіниці розширені, пульс на магістральних артеріях відсутній. Непрямий масаж серця неефективний. Яка початкова доза адреналіну повинна використовуватись для медикаментозної дефібриляції?

A. \*0,1 мг/кг 0,1%-го розчину

B. 1 мг/кг 0,1%-го розчину

C. 0,01 мг/кг 1%-го розчину

D. 1 мг/кг 1%-го розчину

E. Від 1 до 5 мг/кг 10% розчину

*Згідно діючому Наказу МОЗ України №437 (2004 р) «Протоколи надання невідкладної допомоги у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділу «Клінічна смерть»:«Медикаментозна дефібриляція: 0.1 мг/кг адреналіну (1:10000) з ізотонічним розчином натрію хлориду 1:1 внутрішньовенно або ендотрахеально (1:1000) (при неможливості венозного доступу), через 3-5 хвилин - повторити в тій же дозі при відсутності ефекту, вводити швидко, максимально - 0.2 мг/кг.»Розчин 1:10000 готується таким чином: 1 мл 0,1% розчину адреналіну розводиться до 10 мл розчином натрію хлориду 0,9%. 1%-го, як і 10%-го розчину адреналіну не існує!*

1.33. У хлопчика 13 років з пневмонією, на висоті кашлю, різко погіршився загальний стан, що проявилось задухою, вимушеним положенням тіла, відставанням лівої половини грудної клітки в акті дихання та тимпанітом, зміщенням серцевого поштовху в протилежний бік. Який метод обстеження найбільш інформативний?

A. \*Рентгенографія грудної клітки вертикально.

B. Кардіоскопія.

C. Спірометрія.

D. Аускультація.

E. Бронхоскопія.

*При мневмонії має місце ураження альвеол. На фоні сильного кашлю, при підвищенні тиску, можливий розрив частини альвеол та потрапляння повітря у плевральну порожнину (пневмоторакс). У подальшому повітря продовжує проходити у плевральну порожнину, але не має виходу назад, що і викликає появу напруженого пневмотораксу. Для нього характерне виражене утруднення дихання, відставання відповідної половини груднї клітки в акті дихання за рахунок відсутності розправлення легені, тимпаніт та зміщення серця у протилежний бік. Аускультативно буде чутно різко ослаблені бо взагалі відсутні дихальні шуми над відповідною половиною грудної клітки, але більш точно підтвердити діагноз дає змогу ренген грудної клітини, на якому видно буде просвітлення легеневого поля та відсутність легеневого малюнку.*

1.34. У хлопчика 13 років з пневмонією, на висоті кашлю, різко погіршився загальний стан, що проявилось задухою, вимушеним положенням тіла, відставанням лівої половини грудної клітки в акті дихання та тимпанітом, зміщенням серцевого поштовху в протилежний бік. Який діагноз найбільш вірогідний?

A. \*Лівобічний напружений пневмоторакс.

B. Ателектаз легень.

C. Емболія легеневої артерії.

D. Емпієма плеври.

E. Приступ бронхіальної астми.

*При мневмонії має місце ураження альвеол. На фоні сильного кашлю, при підвищенні тиску, можливий розрив частини альвеол та потрапляння повітря у плевральну порожнину (пневмоторакс). У подальшому повітря продовжує проходити у плевральну порожнину, але не має виходу назад, що і викликає появу напруженого пневмотораксу. Для нього характерне виражене утруднення дихання, відставання відповідної половини груднї клітки в акті дихання за рахунок відсутності розправлення легені, тимпаніт та зміщення серця у протилежний бік*

1.35. У дитини 12 років на 5 день лікування позашпитальної правосторонньої пневмонії різко погіршився стан, з’явилась задишка у спокої (до 50-52 дихальних рухів) з участю допоміжної мускулатури, акроціаноз, ціаноз носогубного трикутника, тахікардія до 112 ударів за хвилину, АТ 80/55 мм.рт.ст. Хлопчик знаходиться у вимушеному положенні напівсидячи, відмічається блідість шкірних покривів, права половина грудної клітини збільшена у розмірах та відстає в акті дихання, міжреберні проміжки згладжені, перкуторно над правою легенею тимпаніт, аускультативно вислуховується різко ослаблене дихання, хрипи не чути. Яке ускладнення пневмонії можна запідозрити у хворого?

A. \*Правосторонній пневмоторакс.

B. Правосторонній ексудативний плеврит

C. Медиастиніт

D. Перикардит.

E. Міокардит

*Збільшення у розмірах та відставання в акті дихання правої половини грудної клітки дає можливість запідозрити ускладнення з боку саме легенів, а не серця або середостіння. Тимпанічний перкуторний звук характерний для порожнини з повітрям, а не з рідиною – при ексудативному плевриті було би вкорочення та притуплення перкуторного звуку. Отже, ймовірно, має місце правосторонній пневмоторакс.*

1.36. У дитини 9 місяців на 4-ту добу від початку лікування позашпитальної пневмонії стан різко погіршився, відмічене повторне підвищення температури до 38,8 0С, ціаноз носогубного трикутника, акроціаноз, підсилення задишки до 77 дихальних рухів за хвилину з участю допоміжної мускулатури, дихання «стогнуче», кашель сухий переривчатий, грудна клітка справа різко відстає у акті дихання, перкуторно над правою легенею виражене вкорочення тону, при аускультації справа виявляється різке ослаблення дихання. При рентгенологічному дослідженні грудної клітки справа діагностований широкий горизонтальний рівень рідини.Яке ускладнення пневмонії розвинулось у дитини?

A. \*Правосторонній плеврит.

B. Правосторонній пневмоторакс.

C. Піддіафрагмальный абсцес справа.

D. Ателектаз правої легені

E. Медіастиніт.

*Різке відставання в акті дихання правої половини грудної клітки та зміни фізикальних даних дають можливість запідозрити ускладнення з боку саме легенів, а не черевної порожнини або середостіння. Для порожнини з повітрям (пневмоторакс) характерний тимпанічний перкуторний звук, а вкорочення перкуторного звуку характерне для порожнини з рідиною, що і дає можливість запідозрити саме ексудативний плеврит, який і було чітко підтверджено за результатами рентгенологічного дослідження.*

1.37. У дівчинки 15 років із ювенільною матковою кровотечею констатована гостра постгеморагічна анемія із наявністю ознак субкомпенсованого гіповолемічного шоку. Яке співвідношення колоїдних та кристалоїдних розчинів має бути оптимальним у невідкладній терапії?

A. \*колоїдні розчини – 1/3, кристалоїдні – 2/3 сумарного об’єму

B. колоїдні розчини – 2/3, кристалоїдні – 1/3 сумарного об’єму

C. колоїдні розчини – 3/4, кристалоїдні – 1/4 сумарного об’єму

D. колоїдні розчини – 1/4, кристалоїдні – 3/4 сумарного об’єму

E. колоїдні розчини – 3/5, кристалоїдні – 2/5 сумарного об’єму

*Згідно протоколів надання невідкладної допомоги, при шоці вводиться 2/3 об’єму кристалоїдних розчинів, з яких і починається інфузія, та 1/3 – колоїдів. Це треба запам’ятати.*

1.38. Дитина 4 роки. Протягом тижня хворіє на ГРВІ. Мати лікувала дитину самостійно - приймала тетрациклін та аспірин. У дитини раптом розвинулося блювання до 9 разів і судоми. Обєктивно: дитина дезорієнтована, дихання порушене, екхімози на шкірі, гепатомегалія. Діурез знижений, помірна гіпертермія. Яка причина важкості стану дитини?

A. \*Синдром Рея

B. Вірусний арахноїдит

C. Гіповітаміноз К

D. Синдром Гійена-Барре

E. Реакція на тетрациклін

*У дітей аспірин при високій температурі протипоказаний у зв’язку з небезпекою розвитку синдрому Рея – печінкової енцефалопатії. У всіх випадках порушення з боку ЦНС у сполученні з симптомами ураження печінки при ГРВІ слід ретельно зібрати анамнез, і якщо був прийом аспірину – запідозрити синдром Рея та негайно розпочати інтенсивну терапію.*

1.39. Дівчинка 6-ти років скаржиться на загальну слабість, недомагання, головокружіння, нудоту, гарячку впродовж 3-х діб, кашель з виділенням мокроти. Загальний стан важкий, у контакт вступає неохоче, виражена блідість, ЧД - 32/хв, ЧСС – 128 уд/хв, температура тіла 38,6°С, дихання ослаблене, притуплений перкуторний звук над легенями, фокуси дрібноміхурцевих хрипів. В крові лейкоцитоз 12х109/л, паличкоядерний зсув 11%. Яке дослідження слід провести для уточнення діагнозу?

A. \*Рентгенографія органів грудної порожнини

B. Мікробіологічне дослідження мокротиння

C. Дослідження плеврального випоту

D. Полімеразна ланцюгова реакція

E. Фібробронхоскопія

*Виходячи з анамнезу, клінічної картини та фізикальних даних, у дитини, ймовірно, має місце поза шпитальна пневмонія. Для уточнення діагнозу необхідна рентгенографія грудної клітки. Інші дослідження є допоміжними і не принциповими для встановлення діагнозу.*

1.40. Дитина 10 років перебуває в лікарні з приводу правобічної полісегментарної пневмонії. На третій день стан різко погіршився. Об’єктивно: шкірні покриви бліді з ціанотичним відтінком, холодний піт, дитина збуджена, температура 39,2оС, ЧД – 80/хв., ЧСС – 128/хв. Відмічається відставання правої половини грудної клітини при диханні, зглаженість міжреберних проміжків, набряк шкіри зправа. Перкуторно - зміщення органів середостіння вліво. Аускультативно: ослаблене дихання. Який найбільш ймовірний діагноз?

A. \*Пневмоторакс

B. Емфізема

C. Ателектаз

D. Гнійний плеврит

E. Інфаркт легені

*Зміщення органів середостіння вліво означає, що справа значно підвищився об’єм грудної порожнини, отже, ателектаз та інфаркт легені можна виключити. Набряк шкіри ймовірно свідчить про накоплення повітря – як у грудній порожнині, так і під шкірою. Причиною цього міг стати напружений пневмоторакс справа*.

1.41. У дитини 10 років через 2 місяця після трансфузії донорської крові з’явилась жовтяниця, гепатоспленомегалія, фебрильна температура, слабкість. При лабораторному дослідженні: АлАТ – 40 U/L, загальний білірубін 80 мкмоль/л. У крові високий титр антитіл до M-Anti-CMV-IgM, ПЛР +++. Ваш діагноз.

A. \*Цитомегаловірусна інфекція

B. Вірусний гепатит В

C. Гострий холецистит

D. Дискінезія жовчних шляхів

E. Цироз печінки

*Високий титр антитіл та разко позитивна ПЛР ймовірно свідчать про інфікування цитомегаловірусом, який спричинив ураження печінки.*

1.42. Дитині 5 місяців планується встановлення периферійного венозного катетеру для проведення інфузійної терапії. Які підшкірні вени можуть бути використані для цього?

A. \*Будь-які вени

B. Лише вени ліктьового згину

C. Лише вени кисті

D. Лише вени голови

E. Лише вени гомілки

*У дитини 5-ти місяців катетеризація периферичних вен є досить складною маніпуляцією у зв’язку з технічними складнощами. Тому катетеризація будь-якої вени є успіхом та дасть можливість провести інфузійну терапію.*

1.43. Дитина 8 міс. доставлений в палату пульмонологічного відділення після бронхоскопії. Стан дитини задовільний, але вона сонлива, дихання адекватне. Через 7 хвилин після надходження в палату у дитини відбулася зупинка дихання. Які невідкладні заходи слід вжити?

A. \* Гіпервентиляція з проведенням інтубації трахеї і переведенням на ШВЛ.

B. Відсмоктування вмісту верхніх дихальних шляхів, спонтанне дихання під постійним позитивним тиском на видиху.

C. Введення преднізолону.

D. Введення воздуховоду. Гіпербарична оксигенація.

E. Введення дихальних аналептиків.

*Вірогідно, що зупинка дихання пов’язана зі слідовою дією препаратів, що вживались для наркозу. Також є можливість розвитку гострого ларингоспазму. У будь-якому випадку, при відсутності самостійного дихання необхідна інтубація трахеї так тимчасовий перевод на штучну вентиляцію легенів. Відсмоктування вмісту верхніх дихальних шляхів та введення воздуховоду не дадуть можливість врятувати дитину, адже самостійне дихання не порушене, а взагалі відсутнє. Введення кортикостероїдів та дихальних аналептиків буде марним з тієї ж причини.*

1.44. Бригадою ШМД на дому оглянуто хлопчика 7 років. У дитини спостерігається раптове припинення дихання, посиніння шкірних покривів, зникнення пульсу на магістральних судинах та звуження зіниць. Які першочергові заходи?

A. \* Штучна вентиляція легень, закритий масаж серця.

B. Промивання шлунка, закритий масаж серця.

C. Оксигенотерапія.

D. Внутрішньосерцеве введення адреналіну.

E. Внутрішньовенне введення еуфіліну.

*У дитини є ознаки клінічної смерті – зупинка дихання та зникнення пульсу на магістральних судинах. Протокол надання невідкладної допомоги при цьому термінальному стані у дітей наголошує про необхідність термінового проведення непрямого масажу серця та штучної вентиляції легенів методом «рот до рота».*

1.45. В приймальне відділення доставлена дитина, у якої спостерігаються ознаки гіповолемічного шоку. Що з вказаного нижче може найдостовірніше свідчити про розвиток у хворого гіповолемічного шоку?

A. \* Центральний венозний тиск.

B. Артеріальний тиск, пульс, температура тіла.

C. Колір шкірних покривів.

D. Діурез.

E. Гемоглобін і гематокрит.

*При гіповолемічному шоці в першій (еректильній) стадії може ще не спостерігатися зниження артеріального тиску, зниження температури тіла та зміни кольору шкірних покривів. Діурез є важливою діагностичною ознакою. Але оцінити погодинний діурез у приймальному відділенні неможливо – для цього потрібно спостерігати дитину кілька годин. Гемоглобін і гематокрит будуть визначені, при наявності ургентної лабораторії, лише за годину. Отже, в умовах приймального відділення найбільш достовірним буде вимірювання центрального венозного тиску, який при гіповолемічному шоці буде зниженим.*

1.46. При огляді дівчинка 7 років раптово знепритомніла. Шкіра та слизові блідо-ціанотичні. Екскурсій грудної клітини немає. Пульс на магістральних артеріях не визначається. Розпочато реанімаційні заходи. Після підключення ЕКГ-монітору діагностовано фібриляцію шлуночків. Ваші подальші дії?

A. \*Електрична кардіоверсія розрядом 2 Дж/кг

B. Електрична кардіоверсія розрядом 4 Дж/кг

C. Прекордіальний удар

D. Введення лідокаїну

E. Введення адреналіну

*Згідно протоколу МОЗ України №437 «Надання невідкладної допомоги дітям на дошпитальному і шпитальному етапі», при проведенні електричної дефібриляції дітям перший розряд – 2 Дж/кг, при неефективності наступні проводяться розрядом 4 Дж/кг.*

1.47. При огляді дівчинка 7 років непритомна. Шкіра та слизові блідо-ціанотичні. Екскурсій грудної клітини немає. Пульс на магістральних артеріях не визначається. Ваша тактика?

A. \*Розпочати серцево-легеневу реанімацію.

B. Покликати на допомогу.

C. Викликати “швидку”

D. Констатувати смерть та викликати міліцію.

E. Почати внутрішньовенне введення ліків

*Симптомокомплекс: відсутність свідомості, відсутність дихання (екскурсій грудної клітини) та серцевої діяльності (відсутність пульсу на магістральних артеріях) є ознакою клінічної смерті! Цей стан потребує негайного початку серцево-легеневої реанімації!*

1.48. При огляді дівчинка 7 років раптово знепритомніла. Шкіра та слизові блідо-ціанотичні. Екскурсій грудної клітини немає. Пульсна магістральних артеріях не визначається. Ваш діагноз?

A. \*Стан клінічної смерті.

B. Колапс.

C. Запаморочення.

D. Кома.

E. Набряк легенів.

*Симптомокомплекс: відсутність свідомості, відсутність дихання (екскурсій грудної клітини) та серцевої діяльності (відсутність пульсу на магістральних артеріях) є ознакою клінічної смерті! Блідість та ціаноз є додатковою ознакою цього стану.*

1.49. Чергового анестезіолога викликано до приймального відділення лікарні до дитини що декілька годин тому перенесла клінічну смерть, але була успішно реанімована бригадою ШМД. На момент огляду свідома, стан дитини стабільний, вітальні функції компенсовані. До якого відділення необхідно госпіталізувати малюка?

A. \*Реанімації та інтенсивної терапії

B. Соматичного відділення

C. Профіль відділення повинен вирішити старший черговий лікар

D. Профіль відділення повинен вирішити завідувач відділенням реанімації

E. Профіль відділення повинен вирішити головний лікар

*Після перенесеної клінічної смерті, незважаючи на стабільний стан дитини на момент огляду, можливі численні порушення гомеостазу організму, сукупність яких носить назву «Післяреанімаційна хвороба». Це тяжкий стан, який потребує лікування у відділенні інтенсивної терапії.*

1.50. При проведенні реанімаційних заходів дитині 5 років із зупинкою кровообігу у позалікарняних умовах було інтубовано трахею, але венозний доступ відсутній. Який лікарський засіб може бути введено ендотрахеально?

A. \*Адреналін.

B. Хлорид кальцію.

C. Бретиліум.

D. Гідрокарбонат натрію.

E. Трісамін.

*Ендотрахеально під час реанімаційних заходів можуть бути введені: адреналін, атропін та лідокаїн.*

1.51. При проведенні реанімаційних заходів дитині 5 років із зупинкою кровообігу у позалікарняних умовах було інтубовано трахею, але венозний доступ відсутній. Який лікарський засіб може бути введено ендотрахеально?

A. \*Атропін.

B. Хлорид кальцію.

C. Бретиліум.

D. Гідрокарбонат натрію.

E. Трісамін.

*Ендотрахеально під час реанімаційних заходів можуть бути введені: адреналін, атропін та лідокаїн.*

1.52. При проводенні реанімаціїних заходів дитині 5 років із зупинкою кровообігу у позалікарняних умовах було інтубовано трахею, але венозний доступ відсутній. Який лікарський засіб може бути введено ендотрахеально?

A. \*Лідокаїн.

B. Хлорид кальцію.

C. Бретиліум.

D. Гідрокарбонат натрію.

E. Трисамін.

*Ендотрахеально під час реанімаційних заходів можуть бути введені: адреналін, атропін та лідокаїн.*

1.53. Вам необхідно провести електричну дефібриляцію дитині з фібриляцією шлуночків. Маса тіла становить близько 20 кг. Оберіть вірну потужність розряду для першої дефібриляції.

A. \*40 Дж

B. 4 Дж.

C. 20 Дж.

D. 5 Дж/кг.

E. 80 Дж/кг.

*Наказ МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі» наголошує, що потужність розряду при першій дефібриляції має становити 2 Дж/кг, при неефективності – 4 Дж/кг. Отже, для першого розряду 20-кілограмовій дитині слід скористатися потужністю 40 Дж.*

1.54. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). При визначені показників гемостазу збільшено міжнародне нормалізаційне відношення, АЧТЧ, рівень D-дімеру, знижений фібриноген, тромбоцити 30\*109/л. Діагностовано ДВЗ-синдром. Що у першу чергу треба призначити хворому для корекції факторів гемостазу?

A. \*Тромбоцитарну масу

B. Вітамін К

C. Хлорид кальцію

D. Етамзилат

E. Дезагреганти

*Враховуючи виражену тромбоцитопенію, серед перерахованих препаратів найбільш доцільним є введення тромбоцитарної маси. Також при ДВЗ-синдромі вводиться свіжозаморожена плазма як донатор факторів згортання крові. Введення хлориду кальцію, вітаміну К та етамзилату не є патогенетичним при ДВЗ-синдромі і не призведе до покращення стану, дезагреганти при геморагічному синдромі протипоказані.*

1.55. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). Запідозрений розвиток ДВЗ-синдрому. Яке дослідження гемостазу вичерпно підтвердить цей діагноз?

A. Визначення продуктів паракоагуляції (D-дімер, розчинні фібрин-мономерні комплекси)

B. Фібриноген В

C. Тромбіновий час

D. Протромбіновий час

E. Час згортання крові

*При ДВЗ-синдромі 2-ї стадії (про що свідчить розгорнута клінічна картина кровотечі) відбувається споживання факторів згортання крові. Усі показники гемокоагуляції можуть змінюватись при цьому стані, але найбільш патогномонічним вважається зростання рівня розчинних комплексів фібрин-мономерів (РФМК), тобто ниток фібрину, що утворюються після дії тромбіну на фібриноген, з різними компонентами плазми. Утворення таких комплексів завжди супроводжує процес внутрішньосудинного мікрозгортання крові. D-димер - продукт фібринолізу, що залишається в крові після розпаду тромба, його рівень значно зростає при гіпокоагуляційній фазі ДВЗ-синдрому.*

1.56. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). При визначені показників гемостазу збільшено міжнародне нормалізаційне відношення, АЧТЧ,рівень D-дімеру, знижений фібриноген, тромбоцити. Який синдром виник у хворого?

A. \*Синдром ДВЗ

B. Дефіцит вітаміну К

C. Тромботична тромбоцитопенічна пурпура

D. Ідопатична тромбоцитопенічна пурпура

E. Хвороба Вілебранда

*Дефіцит вітаміну К характеризується зниженням протромбінового часу, протромбіну та деяких факторів згортанні крові, і не призводить до зниження рівня тромбоцитів. Хвороба Віллебранда також не викликає тромбоцитопенії. Навпаки, тромбоцитопенічна пурпура не супроводжується зниженням фібриногену, підвищенням АЧТЧ та рівня D-димеру. Змінення усих цих показників в комплексі, особливо зростання рівня D-димеру, з великою ймовірністю вказує на розвиток ДВЗ-синдрому.*

1.57. Дитина 6 місяців доставлена до ВІТ у стані клінічної смерті. Розпочато реанімаційні заходи. Якою має бути частота компресії грудної клітки при проведенні непрямого масажу серця?

A. \*100 за 1 хв.

B. 120 за 1 хв.

C. 80 за 1 хв.

D. 140 за 1 хв.

E. 160 за 1 хв.

*Наказ МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділ «Клінічна смерть»:«Техніка закритого масажу серця: у дітей до 1 року компресія проводиться вказівним і безіменним пальцями або великим пальцем, у дітей старше 1 року - однiєю долонею, у дітей старше 8 років - двома долонями. Точка прикладення компресії - по подовжній осі грудини на рівні міжсоскової лінії, глибина компрессії у дітей до 1 року складає 1.5-2.5 см, частота - 100 у 1 хвилину».*

1.58. Дитина 6 місяців доставлена до ВІТ у стані клінічної смерті. Розпочато реанімаційні заходи. Яким має бути співвідношення між ШВЛ та компресіями грудної клітки та при проведенні реанімації?

A. \*2:15.

B. 3:15.

C. 1:10.

D. 2:10.

E. 1:20.

*НаказМОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділ «Клінічна смерть»: «Співвідношення ШВЛ і компресій - 2 вдмухування і 15 натискань на грудину (близько 2 разів у секунду)». Зверніть увагу: для дорослих рекомендується співвідношення 2:30 (Наказ МОЗ України №34 від 15.01.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».*

1.59. Дитина 6 місяців доставлена до ВІТ у стані клінічної смерті. Розпочато реанімаційні заходи. Оберіть вірну дозу адреналіну для в/в введення

A. \*0,1 мг/кг маси тіла розчину 1:10000

B. 0,3 мг/кг маси тіла розчину 1:10000

C. 0,04 мг/кг маси тіла розчину 1:10000

D. 0,05 мг/кг маси тіла розчину 1:10000

E. 0,4 мг/кг маси тіла розчину 1:10000

*Адреналін 0,1% дітям вводиться у розведенні: 1 мл адреналіну розводиться до 10 мл 0,9% натрію хлоридом, що й відповідає концентрації 1:10000. Разова доза адреналіну становить 0,1 мг на кг маси тіла, це треба запам’ятати.*

Розділ 2.

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ДІТЕЙ

2.1. Хворий К., 8 років протягом тижня скаржився на головнийбіль, втомлюваність. Стан погіршився, температура 37,8оС. З анамнезу встановлено, що в 4 роки переніс бронхоаденіт. Об’єктивно: дитиналежить на боці з приведеними до тулубаногами, голова запрокинута. Ригідністьм’язів потилиці, симптом Керніга. Ліквор прозорий, через 12 годин на поверхні утвориласяплівка. Найбільшймовірнийдіагноз?

A. \*Туберкульозний менінгіт

B. Стрептококовий менінгіт

C. Туберкульозний енцефаліт

D. Пневмококовий менінгіт

E. Менінгококовий менінгіт

*Описана типова симптоматика подразнення оболонок головного мозку (менінгеальні симптоми) - положення взведеного курка (дитина лежить на боку з запрокинутою головою і приведеними до живота ногами), ригідність потиличних мязів (біль або неможливість привести голову до грудей при пасивному згинанні), симптом Керніга (нога, зігнута під прямим кутом в кульшовому і колінному суглобах, не розгинається при пасивній спробі розгинання), тобто в дитини діагностуємо менінгіт, а не енцефаліт. Характерною ознакою туберкульозного менінгіту є утворення вже через 12-24 години фібринової сіточки-плівки на поверхні ліквору. Ще однією важливою ознакою тубменінгіту є зниження вмісту цукору в лікворі на 50-90%. З високою ймовірністю можемо припустити, що бронхоаденіт, перенесений в 4 роки, був туберкульозним, і зараз його загострення ускладнилося диссемінацією мікобактерій.*

2.2. В інфекційний стаціонар госпіталізовано дитину 11 місяців на 3-й день хвороби з підвищенням температури тіла до 38 градусів, багаторазовою блювотою і частими водянистими випорожненнями. Маса тіла знижена на 6%. Який метод регідратації треба призначити?

A. \*Внутрішньовенний крапельний

B. Внутрішньовенний струминний

C. Оральна регідратація

D. Введення рідини ендогастрально

E. Введення рідини підшкірно крапельно

*У дитини другий ступінь дегідратації. Перевагу віддають оральній регідратації. Вона є основним методом регідратації при ексикозах 1-П ступенів, а при токсико-ексикозах Ш ступеню вона застосовується в поєднанні з парентеральною регідратацією. Для цього використовують глюкозо-сольові розчини.Парентеральну регідратацію проводять при ексикозах ІІ-Ш ступеня. Беручи до уваги те, що у дитини багаторазова блювота на протязі 3 діб - ентеральне навантаження не буде засвоєно, тому початкова регідратаційна терапія повинна бути почата внутрішньовенно крапельно, але не струйно, щоб інфузія не була надто швидкою.*

2.3. У дитини, хворої на грип спостерігається втрата свідомості, при люмбальній пункції спиномозкова рідина витікала частими краплями, цитоз дорівнював 5 клітинам. Про що в першу чергу треба подумати?

A. \*Нейротоксикоз

B. Епілепсія

C. Непритомність

D. Колапс

E. Менінгіт

*Нейротоксикоз – важка форма eнцефалiчної реакції внаслідок інфекційного і токсичного ушкодження ЦНС. Часто виникає при респіраторних вірусних захворюваннях (грип, аденовірусна інфекція й ін.), пневмонії, гострих кишкових інфекціях (дизентерія, харчова токсикоінфекція й ін.).Клінічні прояви: гіпертермія, порушення свідомості, менiнгеальнi явища, судоми,ліквор витікаєпід тиском, але цитоз в межах референтних значень.*

2.4. У дитини 11 років, що протягом декількох днів скаржилась на світлобоязнь, кашель, осиплість голосу, нежить та страждала від значної лихоманки, раптово з’явилась рожева макуло-папульозна висипка на обличчі та шиї. На слизовій щік, на рівні других молярів червона енантема з білими крапками у центрі. Загальний стан залишається тяжким. Найбільш імовірний діагноз?

A. \*Кір

B. Скарлатина

C. Інфекційний мононуклеоз

D. Синдром Джанотті-Крості

E. Ентеровірусна екзантема

*У дитини всі симптоми катарального періоду кору - початок хвороби гострий; - підвищення температури тіла до 38-39 град.С; - симптоми порушення загального стану; - катаральні явища: рясний нежить, настійливий сухий кашель, сиплий голос; - кон`юнктивіт, склерит, світлобоязнь, блефароспазм; - на слизовій оболонці м`якого та твердого піднебінь – плямиста енантема. - на слизовій оболонці щік проти малих корінних зубів, яснах та інших слизових оболонках ротової порожнини визначаються дрібні плями білого кольору – симптом Філатова-Бельського-Копліка; - двогорбий характер температури до висипу. (Н А К А З МОЗУ 09.07.2004 № 354Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей).*

2.5. При огляді дитини 3 місяців, хворої на менінгіт Ви встановили наявність лихоманки понад 39°С, значного тахіпное, тахікардії та ознаки гіпоперфузії (пригнічення свідомості, олігоурію, холодні кінцівки та плямистий малюнок на вологій і холодній шкірі). Артеріальний тиск збережено. Який тип шоку Ви діагностуєте?

A. \* Інфекційно-токсичний (септичний) шок.

B. Гіповолемічний шок

C. Анафілактичний шок

D. Нейрогенний шок

E. Обструктивний шок

*Діагноз інфекційно-токсичного (септичного) шоку визначається при наявності двох або більше симптомів системної запальної відповіді, а саме: 1. лихоманка (вище 37,2° С) або гіпотермія (нижче 35,2° С), 2. тахікардія (частота серцевих скорочень вище вікової норми), 3. тахіпное (частота дихання вище вікової норми), 4. лейкоцитоз (більш 12×109 /л) або лейкопенія (менше 4×109 /л) 5. «змоложення» лейкоцитарної формули – збільшення кількості незрілих форм нейтрофілів понад 10%; та наступних симптомів порушення гемодинаміки та перфузії: 1. АТ при двох вимірюваннях нижче вікової норми більш ніж на 1/3; 2. Збереження гіпотонії після проведення інфузійної терапії в обсязі 20 мл/кг маси тіла колоїдними або кристалоїдними розчинами; 3. Збереження гіпотонії після проведення інфузійної терапії в обсязі 20 мл/кг маси тіла колоїдними або кристалоїдними розчинами, необхідність інотропної або вазопресорної підтримки (за виключенням дофаміна менш 5 мкг/кг/хв); 4. Сполучення гіпотонії із критеріями тяжкого сепсису (розлади свідомості, олігоурія).*

2.6. У попередньо здорової дитини 1 року у позалікарняних умовах розвинувся інфекційно-токсичний шок. Оберіть оптимальний антибіотик для емпіричної антибактеріальної терапії.

A. \* Цефотаксим

B. Ампіцилін

C. Гентаміцин

D. Цефазолін

E. Лінкоміцин

*При наявності ознак шоку у термін 3-5 хвилин слід забезпечити надійний венозний доступ та розпочати інфузійну терапію ізотонічними сольовими розчинами в обсязі 20 мл/кг маси тіла за 20 хвилин. Антибактеріальна терапія – цефотаксим в разовій дозі 75 мг/кг або цефтриаксон в разовій дозі 50 мг/кг внутрішньовенно крапельно. На догоспітальному етапі цефотаксим повинен бути антибіотиком першої лінії у випадках, коли на госпітальному етапі передбачається застосування розчинів, що містять у своєму складі кальцій (розчин Рингера тощо).*

2.7. У хлопчика 9 міс., що хворіє на діарею при дослідженні крові Нt становить 0,54, Na+ - 162 ммоль/л, К+ -2,4 ммоль/л. Які розлади водно-електролітного балансу Ви діагностуєте?

A. \* Гіпертонічна дегідратація, гіпокаліємія

B. Гіпотонічна дегідратація, гіпокаліємія

C. Ізотонічна дегідратація, гіпокаліємія

D. Гіперкаліємія

E. Розлади водно-електролітного балансу відсутні

*Високий гематокрит свідчить про гемоконцентрацію, показники електролітів, а саме – натрію-про гіпертонічну дегідратацію(діагностується, якщо Na+ вище 150 мМ\л), калію - про гіпокаліемію(менше 3,5 мМ\л).*

2.8. При обстеженні дитини, що страждає на діарею Ви встановили наявність дегідратації І ступеня. Який шлях регідратації Ви призначите?

A. \*Оральний

B. Підшкірне введення рідини

C. Внутрішньовенний

D. Поєднання оральної та внутрішньовенної регідратації

E. Регідратація взагалі непотрібна

*Оральна регідратація є основним методом регідратації при ексикозах 1-П ступенів, а при токсико-ексикозах ІІ-Ш ступеню вона застосовується в поєднанні з парентеральною регідратацією.*

2.9. Який препарат Ви оберете для проведення оральної регідратації дитині, що хворіє на діарею?

A. \* Гастроліт

B. Кисіль

C. Узвар

D. Кип’ячену воду

E. Фруктовий сік

*Для проведення оральної регідратації краще використовувати полііонні розчини - з перелічених рідин цим вимогам відповідає гастроліт, електролітний склад препарату відповідає рекомендаціям Європейського Товариства дитячої гастроентерології та харчування (ESPGAN). Препарат заповнює водно-електролітні втрати, що виникли внаслідок гострої діареї, і усуває метаболічний ацидоз. Екстракт ромашки додатково має протизапальну, антисептичну та спазмолітичну дію на кишечник.*

2.10. У дитини 5 років, що скаржиться на лихоманку, пронос, блювання та запаморочення, при дослідженні крові Нt становить 0,55, Na+ 118 ммоль/л, К+ 5,9 ммоль/л. Які розлади водно-електролітного балансу спостерігаються?

A. \* Гіпотонічна дегідратація, гіперкаліємія

B. Гіпотонічна дегідратація, гіпокаліємія

C. Ізотонічна дегідратація, гіперкаліємія

D. Гіперкаліємія

E. Розлади водно-електролітного балансу відсутні

*Високий гематокрит свідчить про гемоконцентрацію, показники електролітів, а саме низький рівень натрію - про гіпотонічну дегідратацію (діагностується, якщо Na+ нижче 135 мМ\л), калію - про гіперкаліемію (быльше 5,5 мМ\л).*

2.11. 6-ти місячна дитина госпіталізована з приводу 5-ти разового блювання, рідких випорожнень більше 10 разів на добу. Об’єктивно: неспокійна, риси обличчя загострені, шкіра та слизові оболонки бліді та сухі, велике тім’ячко запале, t тіла-38,7оС, ЧСС – 162 за 1 хв., тони серця глухі, живіт здутий, діурез зменшений, дефіцит маси-10%. Кров: гематокрит-50%; К+-3,4 ммоль/л; Na+-154 ммоль/л. Ваші першочергові заходи?

A. \*Введення глюкозо-сольових розчинів 2:1

B. Введення глюкозо-сольових розчинів 3:1

C. Призначення антибактеріальних препаратів

D. Призначення жарознижуючих препаратів

E. Призначення протиблювотних засобів

*Співвідношення розчинів глюкози та сольових розчинів залежить від типу обезводнення (ізотонічний, гіпотонічний, гіпертонічний). Ізотонічний тип зневоднення – 2:1, гіпертонічний – 2:1, гіпотонічний – 1:1.У нашому випадку гіпертонічний тип зневоднення.*

2.12. 6-ти місячна дитина госпіталізована з приводу 3-ти разового блювання, рідких випорожнень більше 10 разів на добу. Об’єктивно: неспокійна, риси обличчя загострені, шкіра та слизові оболонки бліді та сухі, велике тім’ячко запале, t тіла-38,7оС, ЧСС – 162/хв., тони серця глухі, живіт здутий, діурез зменшений, дефіцит маси-10%. Кров: гематокрит-50%; К+-3,4 ммоль/л; Na+-154 ммоль/л. Провідний клінічний синдром?

A. \*Вододефіцитний ексикоз

B. Соледефіцитний ексикоз

C. Гіпертермічний синдром

D. Ацетонемічний синдром

E. Синдром ентероколіту

*Високий гематокрит свідчить про гемоконцентрацію, показники електролітів, а саме – натрію - про гіпертонічну (вододефіцитну) дегідратацію (діагностується, якщо Na+ вище 150 мМ\л),*

2.13. Дитина 5 років захворіла гостро. Захворювання почалося з підвищення температура тіла до 38оС, болю у животі, порушення частоти і характеру випорожнень. Дефекація часта – до15 разів, випорожнення розріджені, зеленкуваті, містять слиз та кров у великій кількості. При пальпації живота – болючість у лівій половині, сигмовидна кишка пальпується як щільний і болючий тяж, що бурчить. Найбільш ймовірний діагноз?

A. \*Гостра дизентерія

B. Гострий сальмонельоз

C. Ротавірусна інфекція

D. Холера

E.Інвагінація кишечника

*Кров у стільці характерна для дизентерії або для інвагінації кишечнику. Але для інвагінації на початку захворювання не характерні симптоми інтоксикації. Дизентерія може починатися з загальних проявів - слабкості, млявості, підйому температури, головного болю. Характерні гострий початок, підвищення температури з лихоманкою (до 38-39 ° С), слабкість, головний біль, зниження апетиту. Кишкові розлади настають у перші 2-3 години від початку хвороби і проявляються дискомфортом в низу живота, бурчанням, періодичними, болями в низу живота, частота стільця коливається від 10 до 20 разів на добу. Стілець спочатку має каловий характер, потім з'являється домішки слизу, крові, зменшується обсяг калових мас, вони можуть набувати вигляду плювка - слиз і кров.*

2.14. У 5-річної дитини, що захворіла гостро з підвищення температура тіла до 38оС, болю у животі, частих (до 15 разів на добу) і розріджених випорожнень з великою кількістю крові та слизу, при пальпації живота виявляється болючість у лівій половині, сигмовидна кишка пальпується як щільний і болючий тяж, що бурчить. Яке параклінічне дослідження дозволить підтвердити діагноз?

A. \*Бактеріологічний засів випорожнень

B. Розгорнуте копрологічне дослідження

C. Оглядова рентгенографія черевної порожнини

D. Дослідження у товстій краплі крові

E. Серологічне дослідження

*Кров у стільці характерна для дизентерії або для інвагінації кишечнику. Але для інвагінації на початку захворювання не характерні симптоми інтоксикації. Дизентерія може починатися з загальних проявів - слабкості, млявості, підйому температури, головного болю. Характерні гострий початок, підвищення температури з лихоманкою (до 38-39 ° С), слабкість, головний біль, зниження апетиту, кишкові розлади. Посів калу дозволить виявити етіологію захворювання інвазивної діареї, що дає змогу підтвердити діагноз дизентерії.*

2.15. Хлопчик 10 місяців який захворів гостро температура до 390С. Об’єктивно: зірчастий висип на сідницях, кінцівках. кінцівки холодні, шкіра бліда, акроціаноз, ЧСС 160/хв., АТ - 50/20 мм. рт.ст., тони серця приглушені, позитивні менінгеальні симптоми. З якого препарату слід розпочати лікування?

A. \*Гідрокортизон довенно

B. Пеніцилін внутрішньом’язово

C. Адреналін довенно

D. Гепарин довенно

E. Преднізолон перорально

*При наявності ознак недостатності наднирників, шоку - глюкокортикостероїди (преднізолон, гідрокортизон) внутрішньовенно в дозі 10 мг/кг у вигляді добової інфузії або фракційно (розрахунок дози за преднізолоном).*

2.16. у хлопчика віком 8 років лихоманка, гострий головний біль та виражений біль при ковтанні. Температура тіла 39,8оС, ЧСС=102/хв., тони серця приглушені, гіперемовані збільшені мигдалики, „палаючий зів”, енантема на м’якому піднебінні, виражений регіонарний підщелепний лімфаденіт. Ваш попередній діагноз?

A. \*Скарлатинозна ангіна

B. Ретрофарингеальний абсцесс

C. Дифтерія мигдаликів

D. Епідемічний паротит

E. Інфекційний мононуклеоз

*Вельми постійний симптомскарлатини - шийний лімфаденіт. Лімфатичні верхньо-шийні вузли вже з 1-го дня захворювання збільшуються і стають щільними, хворобливими при пальпації.Гострий тонзиліт при скарлатині характеризується яскравою гіперемією зіва. Ангіна є характерним симптомом скарлатини. У перші години захворювання з'являється яскраве почервоніння слизової оболонки глотки, мигдалики різко збільшені і повнокровні, почервоніння поширюється на піднебінні дужки, язичок і м'яке піднебіння навпроти матового відтінку по краю твердого піднебіння. Ангіна може бути катаральна (почервонілі мигдалини без нальотів) і фолікулярна (на тлі почервонілих мигдалин видно множинні жовтувато-білуваті точки). Починаючи з 3-4 дня хвороби язик очищується від нальоту і набуває яскраво-червоний колір, зернистий, як стигла малина ( "малиновий язик").*

2.17. Дитина 14р. доставлена в лікарню у тяжкому стані із сплутаною свідомістю та гіпертермією. При огляді: невиразна мова, обличчя гіперемійоване, одутле, ін’єкція судин склер. Язик “крейдяний”. У пахвинній ділянці зліва виявлений різко болючий, щільний бубон 5 см в діаметрі, що спаяний з прилеглими тканинами, а на ногах - сліди від укусів блох. Який діагноз є найбільш ймовірним?

A. \*Бубонна форма чуми

B. Шкірна форма сибірки

C. Бубона форма туляремії

D. Фурункул

E. Бешиха

*Бубонна чума - переважна у людини форма чуми, гострого природно-осередкового захворювання, що викликається бактерією Yersinia pestis, яку переносять блохами, що паразитують на щурах, які можуть переходити на людину. Бубонна чума розвивається при проникненні збудника через шкіру (як правило, при укусі інфікованої блохи, але можливе зараження і при укусі інфікованого щура або іншої тварини), характеризується болючим запаленням лімфатичних вузлів з утворенням «бубона», найчастіше - пахових, рідше - пахвових, проявляється лихоманкою і вираженою інтоксикацією. Інкубаційний період складає 2-6, рідше від 1 до 12 днів.*

2.18. У хворого 12 р. спостерігаються гостра діарея у вигляді ”рисового відвару” до 15 разів на добу, блювання, температура тіла 35,5оС, суха, землиста шкіра, тахікардія, тахіпное, приглушеність серцевих тонів, втягнутий живіт. Напередодні дитина повернулася з батьками з відпочинку на морі. Який термін спостереження треба витримати по відношенню до контактних осіб?

A. \*Спостереження терміном 5 днів

B. Спостереження терміном 10 днів

C. Спостереження терміном 15 днів

D. Спостереження терміном 21день

E. Спостерження не проводиться

*Діарея у вигляді «рисового відвару» характерна для холери. Термін спостереження за контактними особами з холери становить 5 днів (тому що інкубаційний період триває від кількох годин до 5 діб).*

2.19. У хлопця 17 р., який у домашніх умовах обробляв шкіру вбитої вівці, через 4 дні на передпліччі лівої руки виникла пляма розмірами 2х3 см, яка впродовж доби покрилася темною кірочкою, а потім перетворилася у малоболючу виразку з ущільненими кратероподібними краями з набряком передпліччя. Яке захворювання найбільш ймовірне?

A. \*Сибірка

B. Туляремія

C. Бешиха

D. Банальний фурункул

E. Натуральна віспа

*Сибірська виразка (карбункул злоякісний, антракс) - особливо небезпечна інфекційна хвороба. На місці вхідних воріт інфекції послідовно розвивається пляма, папула, везикула, виразка. Безболісна пляма червонувато-синього кольору і діаметром 1-3 мм, що має схожість зі слідом від укусу комахи, через кілька годин переходить в папулу мідно-червоного кольору. Наростає свербіж і відчуття печіння. Через 12-24 год. папула перетворюється в пухирець діаметром 2-3 мм, заповнений рідиною, яка темніє і стає кров'янистою. При розчісуванні (іноді і мимоволі) бульбашка лопається, і на його місці утворюється виразка з темно-коричневим дном, піднятими краями і серозно-геморагічним виділеннями. Через добу виразка досягає 8-15 мм в діаметрі. В результаті некрозу центральна частина виразки через 1-2 тижні перетворюється в чорний безболісний щільний струп, навколо якого є виражений запальний валик червоного кольору.*

2.20. До інфекційної лікарні лікарем сільської амбулаторії направлений хворий 17 р., який три дні тому був укушений коровою за кисть руки. При огляді на місці укусу визначається пухирець з кратероподібним поглибленням. Навколо пустули – круглий вінчик з пухирців із серозно-кров’янистим вмістом та регіональний лімфаденіт. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

A. \*Бактеріологічне дослідження вмісту рани

B. Загальний аналіз крові

C. Рентгенолологічне дослідження кисті

D. Мікроскопія виділяємого з рани

E. Бактеріологічне дослідження крові хворого

*Сибірська виразка (карбункул злоякісний, антракс) - особливо небезпечна інфекційна хвороба. На місці вхідних воріт інфекції послідовно розвивається пляма, папула, везикула, виразка. Етіологічна лабораторна діагностика сибірки в першу чергу складає:бактеріологічні дослідження, що проходять в три етапи: мікроскопія мазків з патологічного матеріалу, виділення на поживних середовищах чистої культури збудника і вивчення його властивостей, біологічна проба на лабораторних тваринах*

2.21. Під час епідемічного спалаху холери до сільської амбулаторії поступила дитина віком 8 років з гострою діареєю та багаторазовим блюванням. Стан при поступленні тяжкий за рахунок ексикозу ІІІ ст. Які дії сімейного лікаря є вірними?

A. \*Проведення термінового парентерального поповнення об’єму циркулюючої крові та виклик реанімаційної бригади

B. Виклик на консультацію інфекціоніста для проведення диференційного діагнозу з метою подальшої госпіталізації згідно діагнозу.

C. Призначення лабораторних досліджень з метою проведення диференціального діагнозу і подальшої госпіталізації хворого

D. Промивання шлунку та виклик реанімаційної бригади для госпіталізації хворого до відділення інтенсивної терапї

E. Термінова ізоляція хворого та виявлення контактних осіб

*Парентеральну регідратацію проводять при ексикозах Ш ступеня. У цьому випадку стан хворого важкий, відзначаються сильні порушення гемодинаміки, можливий гіповолемічний шок, оліго- чи анурії, тому необхідний виклик реаніматолога.*

2.22. До реанімаційного відділення доставлено хворого 13 років із осередку холери в тяжкому стані з клінічними проявами зневоднення ІІ-ІІІ ступеня. Негайно розпочато внутрішньовенне болюсне введення кристалоїдів (30 мл/кг ваги тіла дитини). Через годину показники гемодинаміки дитини стабільні. Продовжена підтримуюча терапія гідробалансу. Який прогноз стану дитини?

A. \*Сприятливий

B. Несприятливий за будь-яких засобів лікування

C. Перехід захворювання у хронічну форму

D. Формування хронічного носійства

E. Сумнівний за будь-яких обставин.

*Прогноз при своєчасному і адекватному лікуванні ексикозу, як правило, сприятливий. В ідеальних умовах за невідкладної і адекватної регідратації ізотонічними полііонними розчинами летальність досягає нуля, при цьому серйозні наслідки зустрічаються рідко.*

2.23. Дитина 7 років захворіла гостро після повернення з місцевості, де є випадки кишкової інфекції. З’явились рідкі випорожнення до 17 разів за добу без болю в животі та тенезмів, блювання. Випорожнення поступово втратили каловий характер, нагадують “рисовий відвар”. Температура тіла в межах 35,5-36°С. Шкіра землиста, суха, пульс прискорений, артеріальний тиск знижений. Яке захворювання слід запідозрити?

A. \*Холера

B. Дизентерія

C. Сальмонельоз

D. Ешеріхіоз

E. Ротавірусний гастроентерит

*Початок захворювання гострий, з частим стільцем (до 15-20 разів на добу), який поступово втрачає каловий характер і набуває вигляду рисового відвару хаактерний для холери. При проносі відсутній біль у животі, тенезми. Незабаром до проносу приєднується рясна блювота без нудоти. Наростає зневоднення, втрата рідини складає 4-6% маси тіла (дегідратація 2-го ступеня). З'являються судоми окремих груп м'язів. Голос стає сиплим. Хворі скаржаться на сухість у роті, спрагу, слабкість. Відзначається ціаноз губ, іноді акроціаноз. Тургор шкіри зменшується.Характеризується вираженою ступенем зневоднення з втратою 7-9% рідини і порушенням гемодинаміки (дегідратація 3-го ступеня).*

2.24. До приймального відділення доставлена група дітей з вираженими явищами ексикозу (загальна слабкість, частий рідкий стілець та блювання). З анамнезу встановлено, що діти захворіли гостро. Випорожнення водянисті, обільні, 15-20 разів, з плаваючими пластивцями, мають вигляд “рисового відвару”. Діти доставлені з епідемічного спалаху кишкової інфекції (холера?). Який метод лабораторного обстеження є найбільш інформативним?

A. Бактеріологічний метод

B. Біохімічні метод

C. Серологічний метод виявлення зростання титру специфічних антитіл.

D. Діагностика методом ультразвукового дослідження.

E. Мікроскопія тонкого мазку та товстої краплі крові

*Початок захворювання гострий, з частим стільцем (до 15-20 разів на добу), який поступово втрачає каловий характер і набуває вигляду рисового відвару хаактерний для холери. Посів бактеріологічного матеріалу (випорожнення, блювотні маси, вода) на тіосульфат-цитрат-жёлчносолевой-сахарозний агар (англ. TCBS), а також на 1% лужну пептонну воду; наступний пересів на другу пептонную воду і висів на чашки з лужним агаром.*

2.25. Дівчинка 3 років хвора на менінгококцемію впродовж останніх 6 год: температура тіла 40°С, геморагічний висип поширився з обличчя на усі ділянки шкіри, різко загальмована, ціаноз шкіри. Кінцівки холодні, дихання поверхневе, 20/хв. ЧСС- 58/хв. АТ 65/35 мм рт.ст. ЗАК: лейкоцити 6 Г/л, ШЗЕ 5 мм/год. BE = -12 мМ/л. Ліквор – норма. Втратила свідомість. Прогноз для дитини:

A. \*Прогнозована летальність майже 100%

B. Сприятливий стосовно життя

C. Несприятливий стосовно одужання

D. Прогнозована летальність менше 50%

E. Неможливо оцінити за цими даними

*Клінічними ознаками несприятливого прогнозу при МІ вважають швидке поширення висипки, її локалізацію на обличчі та слизових оболонках,значна гіперпірексія (вище 40°С), відсутність менінгеальних симптомів (у даному випадку – відсутність менінгіту за аналізом ліквору),швидке прогресування розладів свідомості, наявність гіпостазів, геморагічногосиндрому та шоку (який має місце у даному випадку). Гематологічними ознаками несприятливого прогнозу приМІ вважають відсутність лейкоцитозу) або лейкопенія, тромбоцитопенію та нормальнуабо знижену швидкість зсідання еритроцитів (Наказ МОЗ Украіни №737 від 2009р. «Протокол лікування менінгококемії у дітей»).*

2.26. У дитини 8 років відзначаються скарги на головний біль, триразове блювання фонтаном, підвищення температури до 38,8oС. При об’єктивному обстеженні встановлено ригідність потиличний м’язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Що є найбільш діагностично значущим дослідженням у верифікації діагнозу?

A. \*Люмбальна пункція

B. Загальний аналіз крові

C. Аналіз крові на стерильність

D. Бактеріологічне дослідження сечі

E. Бактеріологічне дослідження калу

*У дитини маємо клініку ураження головного мозку інфекційного характеру, яке проявляється загально мозковими симптомами: головний біль, триразове блювання фонтаном, підвищення температури до 38,8oС. А також ми при об’єктивному обстеженні бачимо симптоми подразнення мозкових оболонок: ригідність потиличний м’язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського. Єдиним методом діагностування інфекційного процесу с ураженням головного мозку та оболонок мозку є люмбальна пункція.*

2.27. Мати дівчинки 6 років відмічає в дитини після перенесеного ГРВІ наявність утрудненого ковтання, головний біль, епізоди тоніко-клонічних судом. При об’єктивному обстеженні встановлено порушення свідомості пацієнта у вигляді ступора, позитивні симптоми Бабінського, Гордона, Шефера, правобічний геміпарез. Встановіть попередній діагноз?

A. \*Енцефаліт

B. Менінгіт

C. Набряк мозку

D. Парез Дюшенна-Ерба

E. Парез лицьового нерва

*Враховуючи анамнез: перенесений ГРВІ удитини 6 років, а також наявність симптомів очагового урадження головного мозку (наявність утрудненого ковтання, головний біль, епізоди тоніко-клонічних судом, порушення свідомості пацієнта у вигляді ступора, позитивні симптоми Бабінського, Гордона, Шефера, правобічний геміпарез), єдиним вірним діагнозом є інфекційне ураження головного мозку – енефаліт.*

2.28. Мати дівчинки 7 міс. відмічає наявність у дитини підвищення температури тіла до 40оС, неспокій, повторні блювання, відмову від їжі. При об’єктивному обстеженні дитина неспокійна, що виразніше проявляється при доторканні до її тіла. Шкіра бліда, велике тім’ячко напружене, ригідність потиличних м’язів. Встановлено, що старший брат лікується в стаціонарі з приводу менінгококцемії. Встановіть попередній діагноз?

A. \*Менінгококова інфекція: менінгіт

B. Менінгококова інфекція: менінгококцемія

C. Менінгококова інфекція: назофарингіт

D. Менінгоенцефаліт

E. Грип

*З урахуванням анамнезу: наявність в сімї дитини, яка перенесла менінгококцемію, гострий початок захворювання у дитини 7 місяців (підвищення температури тіла до 40оС, неспокій, повторні блювання, відмову від їжі), наявнітсь при об’єктивному обстеженні гіпрестезій, підвищений рівень стурбованості у дитини, наявності менінгіальних симптомів ми повинні запідозрити генералізовану менінгококову інфекцію з наявністю менінгіту.*

2.29. Дільничний педіатр викликаний до хворого віком 1 рік. Скарги матері на фебрильну температуру тіла, блювання до 10 разів, відсутність апетиту, випорожнення 8-10 разів, сонливість дитини. Об”єктивно – загальний стан тяжкий, шкіра мармурового відтінку, язик сухий, тім’ячко заповнене, загострені риси обличчя, тони серця ослаблені, тахікардія, тахіпноє. Діурез знижений. Сухожилкові рефлекси знижені, м’язова гіпотонія. Де повинен лікуватись даний хворий?

A. \* Реанімаційне відділення

B. Інфекційно-діагностичне відділення

C. Гастроентерологічне відділення

D. Амбулаторно з організацією денного стаціонару

E. Інфекційному відділенні

*У дитини має місцк зневоднення тяжкого ступеню («мармуровість», сірість шкіри, загострення рис обличчя, сухий язик, зниження діурезу та інше). Дитина повинна бути доставлена бригадою ШМД до стаціонару, де отримати повний комплекс інтенсивної терапії, що найбільш доцільно робити у реанімаційному відділенні.*

2.30. У дитини 7 років через 2 місяці після проведення щеплення проти туберкульозу розвинувся виражений регіональний лімфаденіт. Оцініть стан дитини і оберіть подальшу тактику щодо проведення наступних щеплень проти туберкульозу?

A. \*У дитини виникло ускладнення, подальші щеплення проти туберкульозу припинити

B. Удитини виникло ускладнення, щеплення проти туберкульозу продовжити

C. У дитини виникла реакція, щеплення проти туберкульозу продовжити

D. У дитини виникла реакція, подальші щеплення проти туберкульозу припинити

E. Дитина здорова, щеплення проти туберкульозу продовжити

*Міжнародним союзом по боротьбі з туберкульозом і ВООЗ поствакцинальні ускладнення БЦЖ класифіковані на чотири категорії:  
1) локальні шкірні ураження (холодний абсцес, виразка, регіональний лімфаденіт, келоїдний рубець);2) персистуюча та дисемінована БЦЖ-інфекція без летальних наслідків (вовчак, остит тощо);3) дисемінована БЦЖ-інфекція за типом генералізованого ураження зі смертельними випадками, що спостерігаються при вродженому імунодефіциті;4) пост-БЦЖ синдром (прояви, що виникли відразу після щеплення, головним чином алергічного характеру; вузлова еритема). Розвиток ускладнення може свідчити про наявність імунодефіциту. Оскільки вакцина БЦЖ є живою, подальші щеплення нею такій дитині протипоказані.*

2.31. У хлопчика 4 років з ознаками гострого фарингіту раптово підвищилась температура тіла до 38,6°С, з’явився головний біль, блювота. Свідомість сопорозна, відмічаються генералізовані клоніко-тонічні судоми. При поступленні в стаціонар запідозрений менінгіт. Ваше підтверджуюче дослідження:

A. \*Аналіз спинно-мозкової рідини

B. Компютерна томографія голови

C. Нейросонографія

D. Мазок з зіву на мікробіологічне дослідження

E. Засів крові на гемокультуру

*Діагноз менінгіту будь-якої етіології підтверджується насамперед аналізом ліквору (наявність цитозу, осадові проби тощо).Також проводиться мікробіологічне дослідження ліквору з метою встановлення збудника інфекції.*

2.32. У дитини з менінгококцемією розвинулись ознаки гострої наднирникової недостатності у вигляді артеріальної гіпотензії та гіпоперфузії тканин. Обстеження показало наявність помірної гіпоглікемії, гіпонатріемії, гіперкаліемії, метаболічного ацидозу. Розпочата протишокова інфузійна терапія. Додаткове введення яких препаратів має першочергове значення?

A. \*Глюкокортикоїдивнутрішньовенно

B. Мінералокортикоїди

C. АКТГ

D. Внутрішньовенневведення глюконату кальцію

E. Пеніциліни

*Глюкокортикоїди призначають із замісною і протинабряковою метою. Також глюкокортикоїди (дексаметазон, преднізолон) підвищують чутливість адренорецепторів до катехоламінів, тому їх призначення може сприяти більш ефективному підвищенню артеріального тиску, якщо використовують симпатоміметики для боротьби з артеріальною гіпотензією при розвитку ІТШ.*

2.33. Упрацівника тваринницької ферми через 3 дні після обробки туші хворої тварини підвищилась температура тіла до 39°C, з'явився головний біль, загальна слабкість, блювота. Через добу на передпліччі з'явився карбункул, значних розмірів, неболючий, з набряком навколишніх тканин, регіонарним лімфаденітом. Яке захворювання найімовірніше?

A. \*Сибірка, шкірна форма

B. Карбункул стрептококової етіології

C. Бешиха

D. Туляремійна виразка

E. Піодермія

*Сибірська виразка (карбункул злоякісний, антракс) - особливо небезпечна інфекційна хвороба. На місці вхідних воріт інфекції послідовно розвивається пляма, папула, везикула, виразка.Для неї також характерні регіональний лімфаденіт, гарячка, інтоксикація. Періодично спостерігають спалахи антраксу в регіонах, де розвинене тваринництво.*

2.34. Через 3 дні після чисельних укусів блох у хворого різко підвищилась температура тіла до 39°C, з'явився сильний головний біль, біль у мязах. При огляді: гіперемія обличчя, інєкція судин склер, тремор язика, тахікардія, зниження АТ. Мова невиразна. На другу добу в пахвинній ділянці утворився різко болючий при пальпації бубон, шкіра над ним гаряча, напружена, незначний набряк оточуючих тканин. Яке захворювання найімовірніше?

A. \* Бубонна форма чуми

B. Лімфогранулематоз

C. Бубонна форма туляремії

D. Гострий лімфаденіт

E. Ботулізм

*Бубонна чума характеризується гарячкою, тяжкою інтоксикацією, виникненням розлитого запалення ліфматичних вузлів з виникненням великого інфільтрату- болючий конгломерат лімфатичних вузлів з ознаками запалення. Основні механізми передачі цього виду чуми – трансмісивний (через укуси блох) та контактний. При туляремії різка болючість бубону не характерна.*

2.35. Чи може змінитись інфекційний статус дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, якщо вже доведено за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у перші місяці життя, що її не інфіковано?

A. \*Так, якщо мати годує грудьми

B. Ні

C. Так, якщо в матері буде прогресувати ВІЛ-інфекція

D. Так, якщо вона народилась недоношеною

E. Так, якщо у матері фетоплацентарна недостатність

*В середньому до 35% дітей ВІЛ-інфікованих матерів також інфікуються. Не виключається можливість зараження при вигодовуванні інфікованими матерями (вірус виявляється у жіночому молоці).*

2.36. Який тест дозволяє вірогідно встановити діагноз ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, у віці до 18 місяців:

A. \*Полімеразна ланцюгова реакція

B. Імунофлюоресцентний аналіз

C. Імунний блот

D. Загальний аналіз крові

E. Біохімічний аналіз крові

*Позитивні серологічні тести у дітей до 18місяців (ІФА, реакція імунного блотингу) не підтверджують наявність ВІЛ-інфекції, оскільки всі діти, якінароджені ВІЛ- інфікованими жінками, мають в крові материнські антитіла доВІЛ класу Ig G. У цьому віці лише ПЦР до ДНК ВІЛ є інформативний та точним методом (Наказ МОЗ України №206 від 2006 р.). Загальний та біохімічний аналізи не інформативні у встановленні факту ВІЛ-інфікування.*

2.37. Бригада швидкої допомоги транспортує дівчинку 7 місяців з ознаками менінгококцемії. Стан дитини погіршився. Спостерігається прогресуюче зниження артеріального тиску, тони серця глухі, акроціаноз, “мармуровість” шкіри, свідомість затьмарена, м’язова гіпотонія. Яке ускладненнярозвилось у дитини?

A. \*Гостранаднирникованедостатність

B. Гостраниркованедостатність

C. Гострадихальнанедостатність

D. Гострасерцеванедостатність

E. Гострапечінкованедостатність

*У дитини клініка інфекційно-токсичного шоку (ІТШ), який ускладнив перебіг менінгококцемії. При розвитку ІТШ, ендотоксемії у тканинах накопичується оксид азоту, який сприяє відкриттю артеріо-венозних шунтів, зниженню периферічного опору і падінню артеріального тиску. Активація симпато–адреналової системи супроводжується масивним викидом із наднирників ендогенних катехоламінів, що може швидко призвести до гострої наднирникової недостатності.*

2.38. Дівчинка 2-х років госпіталізована в реанімаційне відділення з приводу стенозуючого ларинготрахеобронхіту, стенозу ІІІ ступеня. Об'єктивно: свідомість сплутана. Інспіраторна задишка. В акті дихання бере участь допоміжна мускулатура. У легенях дихання не прослуховується. Тони серця приглушені, тахікардія. Призначення преднізолону не дало позитивного ефекту. Яка подальша лікувальна тактика?

A. \* Інтубація трахеї.

B. Повторне призначення преднізолону.

C. Призначення еуфіліну.

D. Призначення клемастіну.

E. Призначення но-шпи.

*Стеноз гортані 3-го ступеню є показанням для забезпечення штучних дихальних шляхів – інтубації трахеї або (при неможливості) трахеостомії (Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження протоколів надання невідкладної допомоги дітям на дошпитальному і шпитальному етапі»).*

2.39. Дитина 1 року 6 місяців госпіталізована в інфекційне відділення зі скаргами на болі в животі, блювоту, часті рідкі випорожнення, підвищення температури тіла. Через 5 діб стан погіршився: наросла загальна слабкість, з'явилися набряки на обличчі та кінцівках. Об'єктивно: шкірні покриви і видимі слизові оболонки іктеричні, петехіальний висип. ЧД – 30/хв., ЧСС – 120/хв., АТ – 140/70 мм рт. ст. Гепатоспленомегалія. Олігоанурія. У крові: Нв – 65 г/л, тромб. – 70\*109/л, сечовина – 30 ммоль/л, креатинін – 1,2 ммоль/л, калій сироватки – 7,5 ммоль/л. Яка лікувальна тактика?

A. \* Гемодіаліз.

B. Інфузійна терапія.

C. Переливання відмитих еритроцитів.

D. Призначення кортикостероїдів.

E. Призначення гіпотензивних препаратів.

*Враховуючи олігоанурію, значне підвищення рівню креатиніну, сечовини та калію сироватки, у дитини виникло ускладнення – гостра ниркова недостатність, преренальна форма (внаслідок зневоднення). Рівень калію вище за 7 ммоль/л є критичним значенням і може призвести до зупинки серцевої діяльності. Єдиний доречний метод лікування цього стану – гемодіаліз.*

2.40. У дитини відзначається: судоми клонічного характеру, термолабільність, мармуровість шкіряних покривів, гіперестезія. У крові лейкопенія, тромбоцитопенія. Ліквор мутний, цитоз 350 клітин (85% нейтрофилів, 15% лімфоцитів), реакція Панді +++, білок – 1,8 г/л, цукор – 2,4 ммоль/л. Який Ваш діагноз?

A. \* Менінгоенцефаліт

B. ВІЛ - інфекція

C. Вроджена вада мозку

D. Перинатальне -ішемічне ураження ЦНС

E. Загальні метаболічні розлади

*Слід звернути увагу на виражений цитоз у лікворі з явним переважанням нейтрофілів. Такі дані є патогномонічними для нейроінфекції. Цей діагноз підтверджує також клінічна картина, а також мутність ліквору та різко позитивні осадкові проби.*

2.41. Дитина 6 місяців оглянута лікарем ШМД вдома. Протягом доби мали місце блювання до 10 разів, рідкі випорожнення 12– 15 разів. Об’єктивно: дитина млява, адинамічна, шкірні покриви бліді з “мармуровим” малюнком, симптом “білої плями” 5 секунд. Тургор тканин знижений, велике джерельце та очні яблука запалі. ЧСС 180/хв., артеріальний тиск 60/40 мм рт.ст. Яка подальша тактика лікаря?

A. \*Негайна госпіталізація до відділення інтенсивної терапії

B. Негайна госпіталізація до хірургічного відділення

C. Негайна госпіталізація до інфекційного стаціонару

D. Негайне проведення регідратації в домашніх умовах під контролем дільничного педіатра

E. Тактика лікаря залежить від етіології захворювання, яку слід встановити в першу чергу

*Виходячи з клінічної картини, у дитини має місце ексикоз 3-го ступеню; симптом «білої плями» 5 секунд і більше свідчить про шоковий стан (гіповолемічний шок). Шок будь-якої етіології є показанням для госпіталізації у відділення інтенсивної терапії.*

2.42. Дитина 7 місяців оглянута у приймальному відділенні. Скарги батьків на задишку, що виникла у дитини вночі під час сну. Температура тіла 37,90С. Задишка інспіраторного характеру з участю допоміжної мускулатури, периоральний ціаноз. Голос сиплий, періодично спостерігається “гавкаючий” кашель. При якому ступеню гострого стенозу гортані показане проведення інтубації трахеї або трахеотомії?

A. \*III ступінь (стадія декомпенсації)

B. II ступінь (стадія субкомпенсації)

C. I ступінь (стадія компенсації)

D. IV ступінь (асфіктична стадія)

E. У будь-якій стадії при неефективності інгаляції з адреналіном

*Згідно діючому Наказу МОЗ України №437 (2004 р) «Протоколи надання невідкладної допомоги у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділу«Стеноз підзв’язкового простору у дітей», забезпечення штучних дихальних шляхів (інтубація трахеї, трахеотомія у випадку неможливості провести в трахею інтубаційну трубку) показане при стенозі гортані 3-го ступеню.*

2.43. Дитина 6 місяців оглянута лікарем ШМД вдома. Протягом доби мали місце блювання до 10 разів, рідкі випорожнення 12–15 разів. Об’єктивно: дитина млява, адинамічна, шкірні покриви бліді з “мармуровим” малюнком, симптом “білої плями” 5 секунд. Тургор тканин знижений, велике джерельце та очні яблука запалі. Сліз немає. ЧСС 180/хв., артеріальний тиск 60/40 мм рт.ст. З чого слід почати лікування дитини?

A. \*Інфузія NaCl 0,9% в/в

B. Інфузія реополіглюкіну або неогемодезу в/в

C. Антибактеріальна терапія

D. Негайний початок оральної регідратації

E. Інфузія 10-20% розчину глюкози в/в

*Виходячи з клінічної картини, у дитини має місце ексикоз 3-го ступеню; симптом «білої плями» 5 секунд і більше свідчить про шоковий стан (гіповолемічний шок). Необхідне негайне внутрішньовенне введення рідини, оральна регідратація не буде ефективною, а антибактеріальну терапію слід почати після виведення дитини з шоку. Розчин глюкози не є препаратом вибору, адже глюкоза перейде у клітини, а в руслі залишиться тільки вода, яка не буде мати гемодинамічного ефекту (відсутність електролітів спричинить зниження осмотичного тиску плазми). Реополіглюкін та неогемодез на сучасному етапі не застосовуються, до того ж, інфузійну терапію слід починати з кристалоїдних, а не з колоїдних розчинів. Отже, серед перерахованих препаратів слід зупинитися на 0,9% натрію хлориді.*

2.44. Батьки дитини 11 місяців пред’являють скарги на утруднене дихання дитини, що виникло вночі, раптово. Напередодні спостерігався нежить та підвищення температури до субфебрильних цифр. При огляді стан дитини важкий, загальмованість, задишка інспіраторного характеру з участю допоміжних м’язів у спокої, подих чути на відстані, виражений ціаноз, “гавкаючий” кашель, захриплість голосу. ЧД 60/хв., ЧСС 150/хв. Який ступінь стенозу гортані має місце у дитини?

A. \*Стеноз III ступеню (декомпенсований)

B. Стеноз II ступеню (субкомпенсований)

C. Стеноз I ступеню (компенсований)

D. Стеноз IV ступеню (асфіктичний)

E. Має місце аспірація стороннього тіла, при якій ступінь стенозу гортані не визначається

*Аспірація стороннього тіла вночі є мало ймовірною. Анамнез вказує на розвиток гострого стенозуючого трахеїту вірусної етіології. І ступінь стенозу характеризується такими ознаками: сиплий голос, гавкаючий кашель, непостійна інспіраторна задишка при фізичному навантаженні і під час плачу. Ціаноз відсутній. II ступінь характеризується неспокоєм дитини, постійна інспіраторна задишка, втягування слабких місць грудної клітини, Дихання шумне, чутне на відстані. З'являється тахікардія і гіпертензія. Ціаноз при диханні кімнатним повітрям. ІІІ ступінь - до перелічених ознак додаються порушення свідомості дитини (у даному випадку – дитина загальмована, а не неспокійна!). Зберігається гіпертензія, тахікардія. Ціаноз зберігається при інгаляції кисню. IV ступінь - зникає шум під час вдиху, свідомість у дитини відсутня, ціаноз змінюється на блідість, можуть виникати судоми, артеріальний тиск не визначається, з'являється брадикардія. Отже, у дитини має місце ІІІ ступінь стенозу гортані.*

2.45. Хлопчик 2-х років. Захворів раптово, з підвищення температури тіла до 39,3оС, зміною голосу, затрудненим ковтанням, задухою. Приймає вимушене положення тіла – “поза принюхування”. При прямій ларингоскопії: гіперемія зіву та дужок, набряк надгортанника. Після маніпуляції виникли ознаки гострої асфіксії. Ймовірна причина даної ситуації?

A. \*Гострий епіглотит.

B. Гострий стенозуючий ларингіт.

C. Стороннє тіло гортані.

D. Дифтерія гортані.

E. Заглотковий абсцес.

*Для гострого стенозуючого ларингіту характерні задуха та зміна голосу, але підвищення температури до високих (вище за 39 градусів) цифр та набряк надгортанника більш характерні для гострого епіглотиту, як і поза принюхування, що дає змогу трохи відтягнути набряклий надгортанник від входу у гортань.*

2.46. У дитини 2,5 р. скарги на грубий гавкаючий кашель, утруднене дихання, підвищення температури тіла до 38,90С. Захворіла гостро. Старший брат дитини хворіє на ГРВІ. Об’єктивно: стан тяжкий, дитина неспокійна, шкірні покриви бліді, вологі, акроціаноз. Слизова зіву і мигдаликів гіперемована. Задишка в спокої інспіраторного типу, дихання шумне, стенотичне, голос осиплий, кашель гавкаючий, в легенях дихання жорстке, провідні хрипи. Тони серця ясні, тахікардія. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Гострий стенозуючий ларинготрахеїт

B. Респіраторний алергоз

C. Гострий обструктивний бронхіт

D. Гостра пневмонія, ускладнена обструктивним синдромом

E. Дифтерія гортані

*Інспіраторна задишка, гавкаючий кашель, стенотичне дихання та осиплість голосу – симптоми стенозуючого ларинготрахеїту, викликаного ГРВІ. При респіраторному алергозі не характерне підвищення температури тіла. Для гострого обструктивного бронхіту характерна експіраторна задишка, для пневмонії не характерна осиплість голосу та відсутність асиметрії аускультативної картини. При дифтерії гортані симптоми розвиваються поступово, характерна повна афонія, що передує появі задишки, збільшення шейних лімфовузлів, а також візуалізуються нальоти жовто-сірого кольору.*

2.47. У дитини 2,5 р. скарги на грубий гавкаючий кашель, утруднене дихання, підвищення температури тіла до 38,90С. Захворіла гостро. Старший брат дитини хворіє на ГРВІ. Об’єктивно: стан тяжкий, дитина неспокійна, шкірні покриви бліді, вологі, акроціаноз. Слизова зіву і мигдаликів гіперемована. Задишка в спокої інспіраторного типу, дихання шумне, стенотичне, голос осиплий, кашель гавкаючий, в легенях дихання жорстке, провідні хрипи. Тони серця ясні, тахікардія. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Гострий стенозуючий ларинготрахеїт

B. Респіраторний алергоз

C. Гострий обструктивний бронхіт

D. Гостра пневмонія, ускладнена обструктивним синдромом

E. Дифтерія гортані

*Інспіраторна задишка, гавкаючий кашель, стенотичне дихання та осиплість голосу – симптоми стенозуючого ларинготрахеїту, викликаного ГРВІ. При респіраторному алергозі не характерне підвищення температури тіла. Для гострого обструктивного бронхіту характерна експіраторна задишка, для пневмонії не характерна осиплість голосу та відсутність асиметрії аускультативної картини. При дифтерії гортані симптоми розвиваються поступово, характерна повна афонія, що передує появі задишки, збільшення шейних лімфовузлів, а також візуалізуються нальоти жовто-сірого кольору.*

2.48. Хлопчик 2 роки, захворів гостро, з підйому температури тіла до 38,3 ° С, кашель, нежить. Вночі з'явилося гучне дихання з участю допоміжної мускулатури в диханні, осиплість голосу. Кашель здобув гавкаючий характер, дитина стала неспокійною. Шкірні покриви бліді, періоральний ціаноз, що посилюється під час нападу кашлю, тахікардія. Яка лікарська тактика в даному випадку?

A. \*Обов’язкова госпіталізація до інфекційного відділення

B. Спостереження за подальшим розвитком захворювання

C. Лікування у денному стаціонарі

D. Лікування у дільничного педіатра

E. Обов’язкова госпіталізація для лікування до ЛОР-відділення

*Задишка, шумний подих, гавкаючий кашель та осиплість голосу, а також підвищення температури тіла є симптомами гострого стенозуючого ларинготрахеїту інфекційного (вірусного) генезу. Цей стан може погіршитись аж до асфіксії, тому госпіталізація дитини обов’язкова! Враховуючи інфекційний характер захворювання та відсутність на момент огляду необхідності в інтенсивній терапії – госпіталізувати до інфекційного відділення.*

2.49.Дівчинка 14 років скаржиться на різкий озноб, головний біль, спрагу. Хворіє перший день. Температура тіла 40 °С. Свідомість сплутана. Шкірні покриви ціанотичні, на сідницях, стегнах геморагічні висипання від дрібнокрапкових петехий до крововиливів розміром 3-4 см. Поодинокі розеольозні і розеоло-папульозні елементи на шкірі живота, спини, верхніх кінцівок. Ригідність м'язів потилиці, симптом Керніга позитивний, пульс 120 / хв ,, тони серця глухі, АТ 85/55 мм рт. ст., ЧД 28 / хв. У крові: лейкоцитоз 22х109 / л зі зсувом вліво, ШОЕ 26 мм / год. Перш за все слід думати про:

A. \*Менінгококцемію

B. Грипі

C. Септицемію

D. Тромбоцитопенічну пурпуру

E. Хворобу Шенлейна-Геноха (геморагічний васкуліт)

*Для грипу не характерні геморагічні висипання та позитивні менінгеальні симптоми. Для тромбоцитопенічної пурпури нехарактерне підвищення температури до високих цифр, менінгеальні знаки; останні також не характерні для геморагічного васкуліту. Крім того, для геморагічного васкуліту не характерна вказана локалізація висипки. При вказаних симптомах (геморагічні висипання, висока температура, запальні зміни у крові, позитивні менінгеальні симптоми) слід перш за все думати про менінгококову інфекцію, а саме її генералізовану форму – менінгококцемію, що є септицемією менінгококової етіології.*

2.50. У дитини віком 1 р. є часті напади кашлю (голос охриплий), що супроводжуються неспокоєм, синюшністю шкіри. Хворіє протягом 2 днів. Об’єктивно: загальний стан важкий. Паратрофік. Дитина квола, бліда. Температура тіла 38,2оС. Дихання шумне. Втягування яремної ямки. В легенях вислуховується жорстке дихання, провідні хрипи. Після кашлю кількість хрипів зменшується,. ЧД 36/хв.ЧСС- 134/хв. Тони серця ритмічні, приглушені, чисті. АТ – 85/40 мм рт.ст. Тактика чергового лікаря?

A. \* Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії;

B. Госпіталізація в діагностичне відділення;

C. Госпіталізація в соматичне відділення;

D. Скерувати в поліклініку до отоляринголога

E. Лікувати амбулаторно

*У дитини, вірогідно, має місце гострий стенозуючий ларинготрахеїт зі стенозом гортані 2- 3-го ступеню, що є показанням для госпіталізації у відділенні інтенсивної терапії та вирішення питання щодо протезування верхніх дихальних шляхів (Наказ МОЗ України №437 (2004 р.) «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапах»).*

2.51. Дитина 9 міс. захворіла гостро: підвищилась температура тіла до 38,8оС, з’явилися кашель, нежить. На 2-й день хвороби, вночі, стан різко погіршився: дитина стала неспокійною, виникли “гавкаючий” кашель, осиплість голосу, інспіраторна задишка. Діагностовано стенозуючий ларингіт. Який збудник найбільш часто викликає зазначене захворювання у дітей?

A. \*Вірус парагрипу

B. Вірус грипу

C. Риновірус

D. Ентеровірус

E. Аденовірус

*Гострий стенозуючий ларинготрахеїт (несправжній круп) у дітей найчастіше викликається вірусом парагрипу. Це треба запам’ятати.*

2.52. У дитини двох років, яка захворіла на ГРВІ, на другий день захворювання, в нічний час, раптово виникло шумне дихання зутрудненим вдихом, втягування міжреберних проміжків. З’явилися пероральний ціаноз, блідість шкіряних покривів, тахікардія, грубий “гавкаючий” кашель, осиплість голосу, над легенями – без патологічних змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \*Стенозуючий ларинготрахеїт

B. Запалення легень

C. Гострий бронхіт

D. Бронхіальна астма

E. Гострий бронхіоліт

*Інспіраторна задишка (утруднений вдих), на відміну від експіраторної, не характерна для бронхіту, астми та бронхіоліту. Для цих захворювань, як і для пневмонії, також не характерна осиплість голосу. Усі ці симптоми, разом із «гавкаючим» кашлем, характерні для ураження верхніх дихальних шляхів, яке характерне для ГРВІ – гострого стенозуючого ларинготрахеїту (несправжнього крупу).*

2.53. У 2- річної дитини на фоні ГРВІ гостро виникли осиплість голосу і шумний вдих. Під час плачу спостерігається втягування над- і підключичних ямок й наростання інспіраторної задишки. Яке захворювання можна запідозрити у дитини?

A. \*Гострий стенозуючий ларинготрахеїт

B. Запалення легень

C. Гострий обструктивний бронхіт

D. Стороннє тіло дихальних шляхів

E. Гострий плеврит

*Інспіраторна задишка (утруднений вдих), на відміну від експіраторної, не характерна для обструктивного бронхіту. Для бронхіту, як і для пневмонії та плевриту, також не характерна осиплість голосу. При сторонньому тілі верхніх дихальних шляхів не буде наростання задишки – обструкція верхніх дихальних шляхів виникає зненацька, під час прийому їжі або гри з дрібними предметами. Усі ці симптоми характерні для ураження верхніх дихальних шляхів, яке характерне для ГРВІ – гострого стенозуючого ларинготрахеїту (несправжнього крупу).*

2.54. У пацієнта 10 років через 1 місяць після укусу кота з’явились печія, свербіж, гіперестезія шкіри у ділянці укусу. На цей момент рана вже цілком зарубцювалася. Об’єктивно: стан важкий, свідомість затьмарена, іноді марить, параліч нижніх кінцівок. Пульс 130 ударів за хвилину, дихання переривчасте, 50 за хвилину. Який попередній діагноз?

A. \*Сказ міський

B. Сказ лісовий

C. Правець

D. Вірусний енцефаліт

E. Ботулізм

*Для ботулізму даний шлях передачі та клінічна картина не характерні. Цей шлях також не характерний для енцефаліту, як і місцева реакція, що з’явилася через місяць після укусу. Для правця не характерна затьмареність свідомості та параліч – для цього захворювання характерні тонічні судоми. Диференційний діагноз між міським та лісовим сказом пов'язаний з анамнезом – міський передається через укуси невакцинованих котів та собак, лісовий – на великих просторах, при укусі диких лісових тварин, у природних умовах.*

2.55. У дитини 6 місяців на тлі ГРВІ швидко наростає млявість, адинамія, гавкаючий кашель, тахіпное, інспіраторна задишка, акроціаноз, парадоксальне шумне дихання із напруженням м’язів черевного пресу, короткочасні апное, тахікардія, аускультативно – жорстке послаблене дихання, крепітація в нижніх відділах. Які дії дозволять стабілізувати функцію зовнішнього дихання?

A. \*Інтубація трахеї

B. Встановлення ларингеальної маски

C. Встановлення повітровода

D. Інгаляція кисню

E. Ультразвукові інгаляції гідрокарбонату натрію

*Описана клінічна картина відповідає діагнозу «Гострий вірусний стенозуючий ларинготрахеїт (несправжній круп, стеноз підзв’язкового простору) третьої (декомпенсованої) стадії. Згідно протоколів, при цій стадії необхідне протезування верхніх дихальних шляхів за допомогою інтубації трахеї, при неможливості – трахеотомії (Наказ МОЗ України №437 «Протоколи надання невідкладної допомоги дітям та до шпитальному і шпитальному етапі»).*

2.56. У дитини 6 місяців діагностований гострий стенозуючий ларинготрахеїт ІІІ ст. Наростає клініка гострої дихальної недостатності. Встановити інтубаційну трубку в трахею не вдалось. Яка маніпуляція дозволить відновити прохідність дихальних шляхів?

A. \*Крикоконікотомія

B. Встановлення ларингеальної маски

C. Встановлення повітроводу

D. Розгинання голови в шийному відділі

E. Виведення нижньої щелепи

*Згідно протоколів, при цій стадії стенозуючого ларинготрахеїту необхідне протезування верхніх дихальних шляхів за допомогою інтубації трахеї, при неможливості – трахеотомії (Наказ МОЗ України №437 «Протоколи надання невідкладної допомоги дітям та до шпитальному і шпитальному етапі»). При відсутності можливості для трахеотомії (відсутність трахеостомічної канюлі, відсутність навичок у лікаря) єдиним засобом забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів є крикоконікотомія.*

2.57. До Вас звернулись з дівчинкою 5 років, покусаною вуличним собакою, який після нападу зник. Оберіть оптимальний комплекс лікувальних заходів.

A. \*Промити рану мильним розчином, обробити шкіру антисептиком, призначити антибіотики та якнайшвидше провести антирабічне щеплення

B. Промити рану мильним розчином, обробити шкіру антисептиком

C. Призначити антибіотики та якнайшвидше провести антирабічне щеплення

D. Якнайшвидше провести антирабічне щеплення

E. Промити рану мильним розчином, обробити шкіру антисептиком, та якнайшвидше провести антирабічне щеплення

*Згідно з Наказом МОЗ від 15.04.2004 №205 "Про удосконалення заходів профілактики захворювань людей на сказ", перша медична допомога при укусі незнайомою собакою полягає в ретельному промиванні раниструменем води з милом, обробці країв рани 70° спиртом або 5 % настоянкою йоду, накладенні стерильної пов'язки, а також направлення особи, яка постраждала до травматологічного пункту або хірургічного відділення лікарні для призначення та проведення курсу антирабічних щеплень. Антибіотик показаний при наявності будь-якої глибокої забрудненої рани. Отже, найбільш повною є перша відповідь.*

2.58. У 9-місячної дитини через порушення правил вигодування виникла багаторазове блювання, рідкі випорожнення до 20 разів на добу. При огляді дитина загальмована. Втрата маси тіла 12%. Велике тім’ячко та очі запалі, слизові сухі. Тургор шкіри знижений, шкіра з мармуровим малюнком. Час заповнення капілярів становить 5 сек. ЧСС 185 за 1 хв. АТ 90/30 мм рт.ст. ЧД 60 за 1 хв. Сечовиділення відсутнє. Ваш діагноз?

A. \*Гіповолемічний шок внаслідок зневоднення

B. Септичний шок

C. Кардіогенний шок

D. Помірне зневоднення

E. Синдром Рея

*Анамнез у вигляді багаторазового блювання та частих випорожнень у дитини до 1 року має навести на думку про тяжке зневоднення, що й підтверджується втратою більше 10% маси тіла. Час заповнення капілярів (симптом білої плями) більше 5 секунд є ознакою шоку. Отже, діагноз гиповолемічного шоку внаслідок зневоднення не викликає сумнівів.*

2.59. У 9-місячної дитини через порушення правил вигодування виникла багаторазове блювання, рідкі випорожнення до 20 разів на добу. При огляді дитина загальмована. Втрата маси тіла 12%. Велике тім’ячко та очі запалі, слизові сухі. Тургор шкіри знижений, шкіра з мармуровим малюнком. Час заповнення капілярів становить 5 сек. ЧСС 185 за 1 хв. АТ 90/30 мм рт.ст. ЧД 60 за 1 хв. Діагностовано гіповолемічний шок внаслідок зневоднення. Оберіть оптимальні невідкладні заходи.

A. \*Негайна інфузія ізотонічних сольових кристалоїдів

B. Призначити преднізолон в/м

C. Ввести кордіамін підшкірно

D. Негайно розпочати інфузію дофаміну 10 мкг/кг/хв

E. Інфузійна терапія реополіглюкіном 10 мл/кг

*Протокол лікування гострих кишкових інфекцій (ГКІ) у дітей (Наказ МОЗ України №803 від 10.12.2007) наголошує, що при ГКІ, які перебігають з ексикозом 3 ст., з багаторазовою блювотою, тощо, оральну регідратацію комбінують із проведенням парентеральної. З цією метою дітям застосовують розчини Рінгера лактат, Рінгера ацетат, ізотонічні розчини глюкози, хлориду натрію (тобто кристалоїди). Зверніть увагу: кордіамін, преднізолон та дофамін не будуть ефективні до корекції гіповолемії! Розпочинати інфузію з колоїдів також недоцільно.*

2.60. Хворий 1 рік 6 місяців. Занедужав раптово серед ночі. З'явилися грубий гавкаючий кашель, різко утруднений подих, задишка, ціаноз. Температура 37,9°С. Дитина неспокійна, бліда, ціаноз обличчя. Невідкладні заходи?

A. \*Введення преднізолону

B. Введення антибіотиків

C. Введення гепаріну

D. Введення 5% глюкози

E. Введення 10% альбуміну

*Виходячи з клінічної картини, у дитини має місце гострий стенозуючий ларинготрахеїт вірусної етіології (несправжній круп) зі стенозом підзв’язкового простору гортані 2-го ступеню (Наказ МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі»). Лікування дитини повинно починатися на догоспітальному етапі з продовженням в стаціонарі ы включати інгаляцію кисню, седацію дитини, глюкокортикоїди 10мг/кг на добу в розрахунку по преднізолону. Доза розподіляється на 4-6 прийомів без дотримання біологічного ритму.*

2.61. У дитини 6 місяців – висока лихоманка, неспокій, відмова від їжі, блювання, судоми. У сім'ї всі здорові. Старша дитина в сім'ї відвідує дитячий садок, де мав місце випадок менінгококової інфекції. Старша дитина обстежена, аналіз наменінгокок – негативний. Яке захворювання можливе у молодшої дитини?

A. \*Менінгіт

B. Гостра респіраторна вірусна інфекція

C. Кишкова інфекція

D. Пневмонія

E. Харчова токсикоінфекція

*Висока лихоманка у сполученні з блюванням та судомами має навести на думку про менінгіт. Негативний аналіз на менінгокок у старшої дитини не є приводом для сумнівів: по-перше, етіологія менінгіту може бути не тільки менінгококовою, по-друге – не вказано, яким методом проводилось обстеження.*

2.62. Дитина двох років захворіла раптово з підвищення температури тіла до 40°С, загальної слабкості. Відмічалась блідість шкірних покривів, головний біль. Через декілька годин на шкірі сідниць, стегон, гомілок з'явились гемологічні елементи висипу розміром від 1-2мм до 3-5 см, згодом у центрі елементів висипу утворилися некрози. Лікар діагностував менінгококемію. Який алгоритм надання невідкладаної допомоги дитині на до госпітальному етапі?

A. \*в\венно 0,9% розчин хлориду натрію + цефтріаксон +преднізолон

B. в\венно розчин глюкози 10% + пеніцилін + преднізолон

C. в\венно розчин глюкозі 5% + пеніцилін + преднізолон

D. в\м'язово пеніцилін + преднізолон

E. в\венно 10% розчин глюкози + ампіциллін + преднізолон

*Невідкладна допомога при менінгококцемії регламентується Наказом МОЗ України №737 від 12.10.2009 «Протокол лікування менінгококцемії у дітей», який наголошує: На догоспітальному етапі повинен бути забезпечений периферичний венозний доступ, розпочата інфузійна терапія сольовими чи колоїдними розчинами, введені антибіотики, при підозрі на розвиток гострої недостатності наднирників – в/в введені глюкокортикостероїди.*

2.63. У дитини 2,5 р. скарги на грубий гавкаючий кашель, утруднене дихання, підвищення температури тіла до 38,90С. Захворіла гостро. Старший брат дитини хворіє на ГРВІ. Об’єктивно: стан тяжкий, дитина неспокійна, шкірні покриви бліді, вологі, акроціаноз. Слизова зіву і мигдаликів гіперемована. Задишка в спокої інспіраторного типу, дихання шумне, стенотичне, голос осиплий, кашель гавкаючий, в легенях дихання жорстке, провідні хрипи. Тони серця ясні, тахікардія. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Гострий стенозуючий ларинготрахеїт

B. Респіраторний алергоз

C. Гострий обструктивний бронхіт

D. Гостра пневмонія, ускладнена обструктивним синдромом

E. Дифтерія гортані

*Інспіраторна задишка, гавкаючий кашель, стенотичне дихання та осиплість голосу – симптоми стенозуючого ларинготрахеїту, викликаного ГРВІ. При респіраторному алергозі не характерне підвищення температури тіла. Для гострого обструктивного бронхіту характерна експіраторна задишка, для пневмонії не характерна осиплість голосу та відсутність асиметрії аускультативної картини. При дифтерії гортані симптоми розвиваються поступово, характерна повна афонія, що передує появі задишки, збільшення шейних лімфовузлів, а також візуалізуються нальоти жовто-сірого кольору.*

2.64. Хлопчик 10 років є жертвою сексуального насильства. За даними анамнезу встановлено, що насильник перебував на лікуванні з приводу вторинного сифілісу, але курс терапії був перерваний. З метою профілактики сифілісу у дитини необхідно:

A. \*Ввести бензатинбензилпеніцилін, 2,4 млн МО в/м

B. Дати амоксицилін із розрахунку 50 мг/кг одноразово

C. Обробити статеві органи, анальну зону та ротову порожнину дезінфікуючими засобами

D. Провести профілактичний курс лікування амоксициліном протягом 1 тижня

E. Ввести цефтріаксон 250 мг в/м одноразово

*У профілактиці та лікуванні сифілісу перевага надається пролонгованим пеніцилінам. Бензатин бензилпеніцилін (Біцилін-1) при однократному введенні у дозі 2,4 млн МО дає змогу досягти високої та тривалої (3 тижні) концентрації препарату у крові. Місцева обробка дезінфікуючими засобами також не є зайвою, але основою профілактики є введення вищевказаного антибактеріального препарату.*

2.65. До стаціонару поступила 1,5-річна дитина у сопорозному стані. Захворіла гостро. При обстеженні шкірні покриви бліді з ціанотичним відтінком, холодні на дотик. Геморагічний висип по всій поверхніт іла, в тому числі на обличчі. АТ 60/35 мм.рт.ст.. Анурія. Встановлений діагноз менінгококцемія. Прояке ускладнення слід думати?

A. \*Гостра наднирникова недостатність

B. Менінгоецефаліт

C. ДВЗ-синдром

D. Синдром церебральної гіпотензії

E. Набряк мозку

*Розвиток гострої наднирникової недостатності у даному випадку виникає на фоні інфекційно-токсичного шоку, що підтверджується різким зниженням артеріального тиску. Відкриття артеріо-венозних шунтів при ІТШ призводить до зниження венозного притоку до серця, компенсаторно активується гіпофіз-адреналова система, що супроводжується різким викидом наднирниками ендогенних катехоламінів. Це у підсумку і призводить до наднирникової недостатності*.

3. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ КАРДІОЛОГІЇ

3.1. У дитини 7 місяців з тетрадою Фалло виник напад збудження, задишки, ціанозу з епізодичною втратою свідомості. Об’єктивно: спостерігається центральний ціаноз, над легенями – пуерильнед ихання, перкуторно – розміри серця в межах норми, аускультативно – грубий систолічний шум у другому міжребір’ї зліва від грудини, печінка виступає з-під ребра на 2 см. Якиммає бути першочерговий крок лікаря поряд з проведенням оксигенотерапії?

A. \* Призначення сульфату морфіну.

B. Призначення дігоксину.

C. Призначення адреналіну.

D. Призначення сальбутамолу.

E. Призначення гідрокарбонату натрію.

*Під час задишково-ціанотичних нападів дитину укладають в положення з приведеними до грудей колінами для збільшення системного судинного опору і зменшенн яскидання справа наліво. Така позиція сприяє зменшенню венозного припливу крові від нижньої частини тулуба до серця, а отже – знижується навантаження на серцевий м'яз.. Для пригнічення дихального центру вводять сульфат морфіну. Введення опіоїдних анальгетиків сприяє зменшенню чутливості дихального центру до гіпоксії, зменшенню частоти дихальних рухів. Внутрішньовенне введення бета-блокаторів (наприклад, «Пропранолол» в розрахунку 0,01 мг / кг маситіла) усуває тахікардію. Морфіну сульфат (Morphine sulfate) - наркотичний анальгетик знижує залежність пацієнта від зовнішньої респіраторної підтримки, не пригнічуючи функції зовнішнього дихання, підвищує більш комфортний стан пацієнта, сприяє гарному фізіологічному стану трахеобронхіального дерева.*

3.2. У дитини 5 років, хворої на неревматичний кардит, після фізичного навантаження раптом з’явилися занепокоєння, акроціаноз, ціаноз носо-губного трикутника, експіраторна задишка, біль за грудиною. Яке обстеження потрібно для ранньої діагностики гострої серцевої недостатності?

A. \*Електрокардіографія, пульсоксиметрія.

B. Доплерографія коронарних судин

C. Ангіографія

D. Функціональні проби

E. Ультразвукове дослідження серця

*Пiд гострою серцевою недостатнiстю розумiють патологiчний стан, за якого серце не забезпечу органиi тканини необхiдною кiлькiстю кровi на тлi нормального чи збiльшеного повернення кровi до серця. Нормальна ЕКГ не характерна для гострої серцевої недостатності. Зміни ЕКГ допомагають оцінити ритм і етіологічний фактор ОСН, а також стан і навантаження відділів серця. Зміни ЕКГ можуть бути індикаторами гострого пошкодження міокарду, раніше існуючої патології (ГГОК, ГЛШ або ДКМП). Пульсоксиметрія дозволяє оцінити оксигенацію крові. Таким чином ЕКГ, пульсоксиметрія –найважливiшii найдоступнiшi методи діагностики гострої серцевої недостатності.*

3.3. Дитина 11 міс. лікується з приводу ГРВI, отримує протефлазід, нурофен. Спостерігається у зв’язку з лімфатико-гипопластичною аномалією конституції, паратрофією. За даними ЭхоКГ, виявлені малі структурні аномалії у серці. Раптом у дитини з’явилися блідість, холодний піт, ціаноз, збудженість, яка змінилася адинамією, порушенням ритму серця. Пульсовий тиск зменшився до 20 мм. рт.ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \*Колапс.

B. Анафілактичний шок.

C. Епісиндром.

D. Гостра лівошлуночкова серцева недостатність.

E. Гіпоксична кома.

*У дитини з такою фоновою патологією, як лімфатико-гіпопластична аномалія та паратрофія частіше всього спостерігається прихована наднирникова недостатність і тімомегалія (яку виявляють при рентгенологічному дослідженні), тому при ГРВІ найбільш вірогідною причиною судинного колапсу є недостатність наднирників.*

3.4. У хлопчика 8 років з гострою лівобічною пневмонією на фоні первинної дилятаційної кардіоміопатії розвинулася гостра серцева недостатність. Який препарат Ви призначите в першу чергу?

A. \*Корглікон.

B. Панангін.

C. Преднізолон.

D. Лазикс.

E. Кокарбоксилаза.

*Дилатаційна кардіоміопатія - це захворювання, що характеризується розширенням камер серця з потовщеними або нормальними серцевими стінками. Внаслідок переповненості кров'ю порожнин серця розвивається систолічна дисфункція - зниження сили скорочень шлуночків і зменшення фракції викиду крові в аорту нижче 45% (в нормі понад 50%). Від цього страждає кровопостачання внутрішніх органів і розвивається застійна серцева недостатність. Одним з показань до застосування корглікону: гостра серцева недостатність, застійна хронічна серцева недостатність в стадії декомпенсації при дилятацiйнiй кардiомiопатiї. В результаті збільшення контрактильности міокарда, збільшується ударний об'єм крові, знижується кінцевий систолічний і кінцевий діастолічний об'єми серця, що, поряд з підвищенням тонусу міокарда, призводить до скорочення його розмірів і, таким чином, до зниження потреби міокарда в кисні.*

3.5. У дівчинки 13 років після екзамену виник біль у ділянці серця, головний біль. Раптово стан погіршився: запаморочення, нудота, блювання. Кінцівки холодні. ЧСС – 92/хв. АТ 150/95 мм рт.ст. Менінгіальні знаки відсутні. Печінка не збільшена. Ваш діагноз.

A. \*Вегетативний криз.

B. Гостра судинна недостатність.

C. Гостра серцева недостатність.

D. Ниркова недостатність.

E. Кардіоваскулярний синдром.

*Вегетативні кризи - пароксизми поліморфних вегетативних розладів, пов'язаних з активацією центральних (надсегментарних) вегетативних структур.іноді йому передують емоційний стрес, алкогольний ексцес, надмірна інсоляція або інші фактори.Симптоми вегетативного кризy - комплекс вегетативних розладів: 1. відчуттям нестачі повітря, 2. серцебиттям, 3. тахікардією, 4. болем або дискомфортом в лівій половині грудної клітини, 5 . ознобоподобное тремором, 6. гіпергідрозом, 7. хвилями жару або холоду, 8. відчуттям повзання мурашок, 9. нудотою, 10. запамороченням, 11. переднепритомний стан, 12. дискомфортом або болем у животі, 13. нудотою або блювотою, 14. частим сечовипусканням і ін.*

3.6. Дівчинка 14 років поскаржилась після уроку фізкультури на сильний головний біль, пульсацію в скронях, шум у вухах. При огляді у дитини ожиріння І ступеня, уся тремтить, шкіра обличчя гіперемована, ЧСС – 100 удари , ЧД – 26 ударів, АТ – 140/85 мм рт. Ст. Чим обумовлена тяжкість стану і яку допомогу слід надати?

A. \*Гіпертензивном кризом; гіпотензивні засоби

B. Гіпоталамічним синдромом; госпіталізувати

C. Фізичним перевантаженням; знеболюючі

D. Порушеннями мозкового кровообігу.

E. Нападом мігрені; дача заспокійливих

*Враховуючи анамнез та скарги, найбільш ймовірним діагнозом є гіпертензивний криз (підвищення тиску, головний біль,шум у вухах, гіперемія шкіри обличчя). Тому невідкладною допомогою є введення гіпотензивних засобів.*

3.7. У дитини старшого віку раптово виник напад значного прискорення ЧСС більше 150/хв, правильного ритму. На ЕКГ – зубець Р пов’язаний з QRS. Який Ваш діагноз?

A. \*Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія

B. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія

C. Фібриляція шлуночків

D. Синдром WPW

E. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса

*Для надшлуночкової пароксизмальної тахікардії (ПТ) характерно:деформація зубця Р, рівні інтервали R-R, комплекс QRS незмінений.Шлуночкова ПТ: широкий деформований QRS, передсердя мають свій власний ритм (зубець Р може бути видно, але рідко). Фібриляція шлуночків -різні невеликі за розміром з неоднаковою формою хвилі, різна відстань між хвильовими піками, відсутність чіткої форми ізолінії. Синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта характеризується скороченням інтервалу PQ, розширенням комплекса QRSта наявністю дельта-хвилі на висхідній частині зубця R. При синдромі Морган’ї-Адамса-Стокса спостерігається брадикардія за рахунок повної АВ-блокади і випадіння окремих комплексів QRS.*

3.8. У 13-річної дівчинки спостерігається раптове погіршання стану, головний біль, головокружіння, запаморочення, яке супроводжується збудженням, почервонінням обличчя, вологістю шкірних покривів. При об’єктивному обстеженні артеріальний тиск 140/90 мм.рт.ст., периферійний пульс напружений. Який діагноз найбільш вірогідний?

A. \*Гіпертонічний криз

B. Хвороба Іценка-Кушинга

C. Вузликовий періартеріїт

D. Менінгіт

E. Харчова токсикоінфекція

*Хвороба Іценко-Кушинга не виникаєгостро та немає жодних даних з анамнезу, які б підтверджували цей діагноз. Для вузликового периартеріїту характерний поліморфний висип на шкірі, зміни з боку суглобів, чого не виявлено у хворої. Менінгіальні симптоми негативні, отже менінгіту бути не може. Немає скарг зі сторони ЖКТ, що виключає діагноз харчова токсикоінфекція. Отже, клінічно і анамнестично все вказує саме на гіпертонічний криз.*

3.9. Дівчинка 17 років після конфлікту в школі звернулася до лікаря зі скаргами на головний біль, прискорене серцебиття, підвищений АТ до 160/90 мм рт.ст., почуття тривоги, що непокоять близько години. Останні 2 роки страждає на артеріальну гіпертензію. Антигіпертензивна терапія не проводилась. Який вірогідний діагноз?

A. \*Гіпертонічний криз.

B. Синдром вегетативної дисфункції.

C. Панічна атака.

D. Пароксизмальна тахікардія.

E. Гіпертензивна енцефалопатія.

*Згідно зібраного анамнезу діагноз гіпертензивна енцефалопатія виключається, адже дитина не має зниження пізнавальної та когнітивної функцій інтелекта та хворіє вона приблизно два роки, це не достатній час для розвитку гіпертензивної енцефалопатії. Приступ пароксизмальної тахікардії, панічні атаки, синдром вегетативної дисфункції мають досить багато спільних симптомів, бо в патогенезі усіх станів велику роль відіграє саме вегетативний фактор. Проте в задачі чітко вказано на те, що дівчинка останні два роки страждає на артеріальну гіпертензію та не отримує належного лікування. Тому можна зробити висновок, що це гіпертонічний криз.*

3.10. У дівчинки 14 років, яка знаходиться на лікуванні з приводу інфекційного ендокардиту аортального клапана, пристінкового тромбу в лівому шлуночку, раптово виник напад серцебиття, що супроводжується тяжкістю за грудиною, кардіалгіями. На ЕКГ: комплекс QRS розширений і деформований, частота шлуночкових скорочень 200/хв. Яке порушення серцевого ритму має місце у хворої?

A. \* Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.

B. Передсердна пароксизмальна тахікардія.

C. Шлуночкова екстрасистолія.

D. Передсердна екстрасистолія.

E. Синусова тахікардія.

*У дитини шлуночкова пароксизмальна тахікардія, яка проявляється характерним прискоренням ритму до 160-220 за хвилину, розширенням і деформацією комплексу QRS,*

*При передсердній пароксизмальній тахікардіі серцеві скорочення раптово прискорюються до 160-250 ударів за хвилину, на ЕКГ спостерігається наявність зниженого, деформованого або двофазного зубця Рперед кожним вузьким комплексом QRS. Пароксизм так само раптово переривається.*

*При шлуночковій екстрасистоліі ектопічний комплекс QRS дійсно деформований та розширений, але поряд з ним реєструються звичайні комплекси QRS, відсутня тахікардія.*

*При передсердній екстрасистоліі комплекс QRS не деформований та відсутня тахікардія.*

*Синусова тахікардія – це прискорений синусовий ритм вище вікових показників,не є пароксизмальною, на ЕКГ не має змін (крім прискореного ритму), якщо порівнювати її з нормальною ЕКГ.*

3.11. У дитини 7 років, яка переносить неревматичний кардит, мають місце задишка, прискорене серцебиття без фізичного навантаження, збільшення печінки до 3,5 см, пастозність нижніх кінцівок. При аускультації в нижніх відділах легенів на тлі ослабленого дихання вислуховуються дрібнопухирчасті вологі хрипи. Призначення якого препарату потребує дитина в першу чергу?

A. \*Дігоксин.

B. Лазікс.

C. Еналаприл.

D. Преднізолон.

E. Нативна плазма.

*У дитини ознаки гострої серцевої недостатності (ГСН).*

*З протоколу лікування препаратом першої допомоги при серцевій недостатності є дігоксин. Він має інотропну, виражену судинорозширювальну і помірно сечогінну дію за рахунок:*

*-збільшення ударного і об'єму систоли серця,*

*-підвищення рефрактерного періоду,*

*-зменшення атріовентрикулярної провідності,*

*-зниженням частоти скорочень серцевого м'яза.*

*- зменшення вираженості набряки, задишки.*

*На другому місці в лікуванні ГСН знаходиться лазикс. Препарат швидко призводить до зниження переднавантаження на серце за допомогою розширення великих вен. Надає гіпотензивну дію внаслідок збільшення виведення NaCl і зниження реакції гладкої мускулатури судин на вазоконстрикторні впливи і в результаті зменшення ОЦК.*

*Еналаприл - базовий препарат для лікування ускладнених гіпертонічних кризів, хронічної серцевої недостатності. Ефект настає через 30 -60 хвилин. В даному випадку не має сенсу.*

*Преднізолон і нативна плазма при ГСН не застосовується.*

3.12. 13-річний підліток звернувся до лікаря ревмокардіолога зі скаргами на біль в серці, що віддає в ліве плече та під ліву лопатку, виражену слабкість. Цей стан спостерігається вже другу добу. Лікар підчас клінічного та ЕКГ досліджень діагностував субендокардіальний передньосептальний гострий інфаркт міокарда. В яких відведеннях на ЕКГ були виявлені депресія сегменту ST та коронарний зубець Т?

A. \*I, avL, V1 – V3

B. IІ, avR, V2 – V4

C. III, avF, V5 – V6

D. II, III, avF

E. I, avR, V1 – V6

*Зона міжшлуночкової перетинки відповідає І-му стандартному відведенню та avL як його дзеркальному відображенню. V 1-3 відповідає локалізації процессу у передній частині, V4 – на верхівці серця, V 5-6 – на боковій поверхні. Це треба запам’ятати.*

3.13. У дитини розвинулась гостра серцева недостатність, госпіталізована. Невідкладними діями при набряку легень є наступні, ЗА ВИНЯТКОМ:

A. \*Введення поліглюкіну в/в у дозі 5-10 мл/кг

B. Підвищене положення верхньої частини тулуба, нижні кінцівки опущені

C. Оксигенотерапія

D. Дегідратація

E. Інтубація трахеї, ШВЛ

*Невідкладна допомога при набряку легенів у дітей включає (Наказ МОЗ України №437 (2004 р.) «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапах»): 1. Підвищення верхньої частини тулобу, накладання венозних джгутів на кінцівки на 20-З0 хвилин, напівсидяче положення. 2. Спонтанне дихання або ШВЛ з ПТКВ і подачею кисню. 3. При вираженій дихальній недостатності - інтубація трахеї і ШВЛ з ПДКВ. 4. При задовільному системному АТ нітрогліцерин або нітропрусід натрію. починаючи з дози 0.1 мкг/кг/хв. 5. При системному АТ – середнє нижче 70 мм рт.ст. і ЧСС рівної чи вище 120-140 за 1 хв. - призначити добутамін, починаючи в дозі 5-10 мкг/кг/хв., а при ЧСС менш 120 на 1 хв. - допамін починаючи з дози 2-3 мкг/кг/хв. 6. Дегідратація (фуросемід 1- 2 мг/кг маси тіла), а також допоміжні препарати. Будь-яка інфузія при набряку легенів протипоказана!*

3.14. В дитяче відділення поступила дитина 6 років зі скаргами на гострий біль та припухлість правого колінного суглоба, обмеження активних та пасивних рухів у суглобі, ревматичний анамнез не обтяжений. Тиждень тому перехворів ГРВІ. В загальному аналізі крові – лейкоцитоз до 10,4х109/л, ШОЄ 20мм/год; ревматоїдний фактор – негативний. Яке захворювання найбільш імовірне у дитини?

A. \*Реактивний артрит

B. Ревматоїдний артрит

C. Ревматична лихоманка

D. Гострий остеомієліт

E. Реактивна артропатія

*Для артропатії не характерні симптоми запаленні (біль, припухлість). Для остеомієліту характерні виражена інтоксикація, високий лейкоцитоз та підвищення кількості незрілих нейтрофілів, що у данному випадку не спостерігається. Негативний ревматоїдний фактор не виключає ревматичні захворювання, але робить цей діагноз малоймовірним, до того ж – патогенез цих захворювань потребує більшого часу для розгортання клінічної картини. Отже, діагноз реактивного артриту – найбільш вірогідний.*

3.15. Дитина 10 років, яка знаходиться на лікуванні у кардіологічному відділенні, втратила свідомість. Шкіра бліда, зіниці розширені, фотореакція відсутня, самостійні вдихи відсутні, пульс на сонній артерії не визначається. Розпочата серцево-легенева реанімація, введений адреналін. На ЕКГ зареєстровані f-хвилі. Які наступні дії лікарів?

A. \*Проведення електричної дефібріляції

B. Проведення прекардіального удару

C. Введення атропіну

D. Введення гідрокарбонату натрію

E. Введення еуфіліну

*Наявність f-хвиль свідчить про наявність фібриляції шлуночків. Найбільш ефективним методом її лікування є електрична дефібриляція. Інші перераховані засоби не лише не будуть ефективними, але й призведуть до втрати часу, що є неприпустимим при критичному стані хворого.*

3.16. Дитині 28 тижнів гестації протягом 3 днів проводили ШВЛ з приводу РДС, інфузійну терапію 150 мл/кг за добу. На 4 добу життя - помірна гіпоксія і гіперкарбія, збільшені параметри ШВЛ. Відмічається видима пульсація серця, високий пульсовий тиск, систолічний шум по лівому верхньому краю грудини, який не проводиться. Об’єм інфузійної терапії зменшено, призначено сечогінні, але через 24 години стан дитини не покращився. Який метод діагностики слід застосувати?

A. \* УЗД серця.

B. УЗД нирок.

C. Екскреторна урографія.

D. Електрокардіограма.

E. Катетеризація серця.

*Враховуючи вік дитини, перш за все слід виключити (або підтвердити) наявність вродженої вади серця, що можна зробити за допомогою ультразвукового сканування.*

3.17. Дитина Н., 4 років, лікується з приводу гнійно-деструктивної пневмонії. На 8 добу захворювання стан погіршав, з'явився біль у ділянці серця, що посилюється при русі і кашлі. Дитина дуже неспокійна. Температура гектичного характеру з ознобом та проливним потом. Наросла тахікардія і глухість серцевих тонів. Межі серця розширені. При рентгенологічному дослідженні визначається розширення серцево-перикардіальної тіні, ателектаз нижньої частки лівої легені. Діагностовано перикардит, тампонада серця. Яка невідкладна терапія?

A. \* Пункція перикарду. Обмеження рідини, оксигенотерапія.

B. Введення серцевих глікозидів. Антибактеріальна терапія.

C. Введення глюкокортикоідів, діуретиків.

D. Призначення нестероїдних протизапальних засобів, антибактеріальна терапія, оксигенотерапія.

E. Антибіотики, серцеві глікозиди та засоби, що знижують тиск в малому колі кровообігу.

*Глухість серцевих тонів та розширення меж серця можуть свідчити про таке ускладнення, як випітний перикардит, можливо – гнійний, про що свідчить наростання симптомів інтоксикації. Без пункції перикарду інші дії будуть малоефективними, тому що є механічна перешкода роботі серця. Після пункції можливе призначення інших перерахованих засобів, але без механічного відсмоктування вмісту перикарду вони не дадуть достатнього ефекту.*

3.18. Хлопчик 10 років під час фізичного перевантаження раптово поскаржився на головний біль, запаморочення, нудоту, відчуття серцебиття, тривога. Об'єктивно з'явилися блідість, акроціаноз, пульсація яремних вен, ЧСС - 200 уд/хв. На ЕКГ під час нападу ритм ригідний, 210 за 1 хв, зубець Р зменшений (+,-) чи не реєструється, комплекс QRS не змінений. Вірогідне ЕКГ заключення:

A. \*Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія

B. Синусова тахікардія

C. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія

D. Миготлива аритмія

E. Прискорений вузловий ритм

*Синусова тахікардія ніколи не досягає цифр вище за 200, як і прискорений вузловий ритм. При шлуночковій пароксизмальній тахікардії комплекси QRS розширені та деформовані, при шлуночковій миготливій аритмії (до речі, термін застарілий) - також. При передсердній формі миготливої аритмії реєструються F-хвилі – множинні деформовані зубці Р. ЧСС більше 180, зниження або інверсія зубця Р на незмінні шлуночкові комплекси характерні лише для надшлуночкової форми пароксизмальної тахікардії.*

3.19. Хлопчик 10 років під час фізичного перевантаження раптово поскаржився на головний біль, запаморочення, нудоту, відчуття серцебиття, тривога. Об'єктивно з'явилися блідість, акроціаноз, пульсація яремних вен, ЧСС - 200 уд/хв. На ЕКГ під час нападу ритм ригідний, 210 за 1 хв, зубець Р зменшений (+,-) чи не реєструється, комплекс QRS не змінений. Перші дії невідкладної допомоги:

A. \*Рефлекторні заходи по підвищенню тонусу n. vagus

B. Введення ізоптину

C. Введення обзидану

D. Введення лідокаїну

E. Введення аміодарону

*ЧСС більше 180, зниження або інверсія зубця Р на незмінні шлуночкові комплекси характерні для надшлуночкової форми пароксизмальної тахікардії. Препаратом вибору при цій формі є аденозин (АТФ), однак вагусні проби приблизно у 40% випадків дозволяють купувати напад, отже, почати слід саме з них лише пре неефективності перейти до медикаментозної терапії. Лідокаїн при надшлуночковій пароксизмальній тахікардії взагалі не показаний!*

3.20. У хворої на неревматичний кардит, віком 4 років, раптово з'явилося збудження, блювота, судоми, запаморочення. Об'єктивно: зміна кольору шкіри із зростанням ціанозу, посилена пульсація вен у надключичній ямці справа, ЧСС підвищилася до 210/хв. На ЕКГ: ритм ригідний, комплекс QRS, широкий (0,12 с), деформований, зубець Т дискордантний відносно головного зубця шлуночкового комплексу. Зубець Р не розпізнається. Вірогідне ЕКГ заключення:

A. \*Шлуночкова пароксизмальна тахікардія

B. Фібриляція шлуночків

C. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія

D. Миготлива аритмія

E. Синусова тахікардія

*Фібриляція шлуночків призводить до неефективного кровотоку і призводить до ознак клінічної смерті. Для надшлуночкової пароксизмальної тахікардії характерне зниження або інверсія зубця Р на незмінні шлуночкові комплекси. При шлуночковій миготливій аритмії (правильніше – миготіння та фібриляція шлуночків) – спостерігаються лише більш або менш високі хвилі, навіть не схожі на комплекси, і не визначається зубець Т. При передсердній формі миготливої аритмії (миготіння та фібриляція передсердь) реєструються F-хвилі – множинні деформовані зубці Р. Синусова тахікардія ніколи не досягає цифр вище за 200 та не призводить до ознак недостатності кровообігу. При шлуночковій пароксизмальній тахікардії комплекси QRS розширені та деформовані,тому у зарубіжних протоколах вона фігурує саме як «тахікардія з широкими комплексами».*

3.21.У хворої на неревматичний кардит віком 4 років раптово з'явилося збудження, блювота, судоми, запаморочення. Об'єктивно: зміна кольору шкіри із зростанням ціанозу, посилена пульсація вен у надключичній ямці справа, ЧСС підвищилася до 210 уд/хв. На ЕКГ: ритм ригідний, комплекс QRS, широкий (0,12 с), деформований, зубець Т дискордантний відносно головного зубця шлуночкового комплексу. Зубець Р не розпізнається. Введення яких протиаритмічних препаратів протипоказано хворому:

A. \*Серцеві глікозиди

B. Лідокаїн

C. Аміодарон

D. Дифенін

E. Аймалін

*Комплекси QRS розширені та деформовані при шлуночковій пароксизмальній тахікардії. Препаратами вибору для її лікування є лідокаїн або аміодарон. Аймалін також може використовуватися при шлуночкових формах тахікардій. Дифенін умовно відноситься до протиаритнічних препаратів, але не протипоказаний. Серцеві ж глікозиди використовуються виключно при надшлуночкових формах аритмій (для яких характерні незмінені шлуночкові комплекси), і лише при неефективності інших антиаритміків. При шлуночковій тахікардії вони протипоказані, адже мають негативний дромотропний ефект, тобто, навпаки, погіршують провідність потенціалів через АВ-вузол.*

3.22. Дитина, 1 рік, з тетрадою Фалло. Після тривалого плачу виник напад задишки, різко посилився ціаноз. Дитина стала знервованою, наляканою. Відмічається тахікардія, систолічний шум над ділянкою серця зменшився. При наданні медичної допомоги, яке положення тіла дитині рекомендується?

A. \*Колінно-ліктьове положення з притиснутими до грудей колінками

B. Горизонтальне положення на спині з нижніми кінцівками, які підняті угору

C. З нижніми кінцівками, які опущені

D. Горизонтальне положення на спині

E. На спині у положенні напівсидячи

*Задишково-ціанотичний напад при тетраді Фалло виникає при різкому та вираженому зменшенні кровотоку по малому колу кровообігу у зв’язку зі стенозом легеневої артерії та дефектами МШП та МПП. Перш за все слід підвищити тиск у малому колі кровообігу шляхом надання дитині колінно-грудного положення.*

3.23. У хворого 14 років з гострим інфекційним ендокардитом мітрального клапана під час перебування у лікарні виникли інтенсивні болі в області попереку зліва, слабкість, нудота, вздуття живота, кров’яниста сеча. Больовий синдром з трудом був купований спазмолітиками та наркотичними анальгетиками. Причина гострої гематурії?

A. \* Інфаркт лівої нирки

B. Ниркова колька

C. Гострий пієлонефрит

D. Гострий гломерулонефрит

E. Кровотеча з сечового міхура

*Зверніть увагу на основний діагноз дитини. Інфекційний ендокардит з ураженням мітрального клапану. Для цього стану характерне утворення тромботичних вегетацій на клапані. При відриві тромб або його частина може з током крові потрапити до ниркової артерії, визвати її непрохідність, що призведе до інфаркту нирки. Це ускладнення розвивається у 30-60% хворих на гострий інфекційний ендокардит.*

3.24. Хлопчик 8 місяців, із вродженою вадою серця (тетрада Фалло) після ранкового годування раптово став занепокоєним, посилилася задишка, інтенсивний ціаноз шкіри та слизових оболонок, через декілька хвилин виникла млявість, адинамія. Аускультативно – ослаблення шуму стенозу легеневої артерії, тахікардія (ЧСС 150 уд/хв). Над легенями патологічні шуми не виявлені. Який невідкладний стан виник у дитини?

A. \* Задишково-ціанотичний напад

B. Приступ пароксизмальної тахікардії

C. Гостра дихальна недостатність

D. Гостра судинна недостатність

E. Гостра серцева недостатність

*Для тетради Фалло характерним ускладненням є задишково-ціанотичний напад. Він виникає при різкому та вираженому зменшенні кровотоку по малому колу кровообігу у зв’язку зі стенозом легеневої артерії та дефектами МШП та МПП.У даному випадку непрямою ознакою розвитку саме цього стану є ослаблення шуму стенозу легеневої артерії.*

3.25. У хлопчика 2 років, що страждає на тетраду Фалло, раптово збільшилась інтенсивність ціанозу, з’явилась задишка, він присів навпочіпки. Ваші дії?

A. \*Призначити оксигенотерапію

B. Призначити серцеві глікозиди

C. Призначити сечогінні

D. Призначити антибіотики

E. Призначити бронходілятатори

*Задишково-ціанотичний напад при тетраді Фалло (ДМШП, ДМПП, стеноз легеневої артерії, гіпертрофія правого шлуночка) виникає при різкому та вираженому зменшенні кровотоку по малому колу кровообігу у зв’язку зі стенозом легеневої артерії та дефектами МШП та МПП. Перш за все слід підвищити тиск у малому колі кровообігу шляхом надання дитині колінно-грудного положення, забезпечити оксигенотерапію.Медикаментозне лікування цього стану досягається використанням бета-блокаторів (пропранолол та ін.). Під впливом цих препаратів зменшується спазм вихідного тракту правого шлуночка, що сприяє зменшенню його перевантаження.*

3.26. У дитини 6 місяців з вродженим раннім кардитом раптово з'явилися неспокій, задишка, ціаноз, приєднався вологий непродуктивний кашель. Об’єктивно: стан тяжкий. ЧСС – 154/хв., ЧД – 64/хв. Аускультативно дрібнопухирцеві вологі хрипи у нижніх відділах легенів. Тони серця глухі. На рентгенограмі органів грудної клітки – кардіомегалія, посилення легеневого малюнку. Яке ускладнення виникло у дитини?

A. \*Гостра лівошлуночкова недостатність.

B. Гостра правошлуночкова недостатність.

C. Гостра дихальна недостатність.

D. Обструктивний синдром.

E. Набряк Квінке.

*Оскільки дитина хворіє на вроджений кардит, слід перш за все запідозрити розвиток гострої серцевої недостатності. Для правошлуночкової недостатності характерні периферичні набряки та збільшення печінки. Задишка та ціаноз у сполученні з вологими дрібноміхурцевими хрипами ймовірно свідчать про розвиток набряку легенів як прояву гострої лівошлуночкової недостатності.*

3.27. У 14-річного хлопчика під час тривалого стояння раптово з’явилися запаморочення, потемніння в очах, хлопчик знепритомнів. Об’єктивно: дитина без свідомості, блідість шкірних покривів, холодний піт. Відзначаються тахікардія, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \*Колапс.

B. Гостра серцева недостатність.

C. Гостра коронарна недостатність.

D. Тампонада серця.

E. Кома.

*Втрата свідомості, блідість, холодний піт, тахікардія та зниження артеріального тиску характерні для колапсу. Цей стан може розвинутись під час тривалого стояння або різкого переходу з горизонтального положення до вертикального.*

3.28. Дівчинка 15 років раптово поскаржилась на запаморочення, потемніння в очах, після чого знепритомніла. Тривалий час дитина знаходилась у душному приміщені. Об’єктивно: дівчинка без свідомості, шкірні покриви бліді. Дистальні відділи верхніх та нижніх кінцівок холодні. Відзначаються тахікардія, ниткоподібний пульс, зниження артеріального тиску. Який препарат на догоспітальному етапі треба призначити?

A. \*Кофеїн бензонат.

B. Адреналін.

C. Мезатон.

D. Допамін.

E. Ефедрин.

*У дитини має місце колапс. Провідним механізмом цього стану є розширення судин та зниження артеріального тиску. Кофеїн бензоат натрію здатний підвищити артеріальний тиск на досить тривалий час і без побічних дій. При неефективності даного препарату дитину слід госпіталізувати та прийняти рішення про доцільність призначення симпатоміметиків.*

3.29. Дитина 14 років спостерігається кардіологом з приводу синдрому слабкості синусового вузла. Після перенесеного психоемоційного стресу раптово став блідим і знепритомнів. Об'єктивно: відзначається рідке поверхневе дихання, зростаючий ціаноз, пульс на периферичних артеріях і АТ не відзначаються. ЧСС - 40/хв. Через 2 хвилини напад купірувався самостійно. Яка подальша тактика ведення хворого?

A. \* Постановка штучного водія ритму.

B. Призначити курс протиаритмічної терапії.

C. Призначити курс кардіотрофічної терапії.

D. Призначити курс седативної терапії.

E. -.

*Синдром слабкості синусового вузла - клінічний синдром, обумовлений зниженням або припиненням автоматизму синусового вузла, що виявляється переважно вираженої синусової брадикардією і зазвичай передсердними тахіаритміями, що приводить до ішемії органів.При початкових проявах захворювання призначають препарати, спрямовані на нормалізацію вегетативної іннервації серця - седативні або вегетотропні засоби.При наявності виражених ознак, появі нападів втрати свідомості показана імплантація постійного кардіостимулятора.*

3.30. Дівчинка 4 роки. Раптово розвинувся напад задишки. Дитина стала неспокійною, шкіра сірого кольору. Відмічалась короткочасна втрата свідомості. При об’єктивному огляді: має симптом барабаних паличок, формується центрально розташований серцевийгорб, видно епігастральну пульсацію, шкіра сірого кольору. Аускультативно: 2-ий тон на легеневій артерії різко послаблений, грубий систолічний шум у 2-3 міжребер’ї зліва. Діагностований задишково-ціанотичний напад. Дитині слід придати положення:

A. \*На боці з підтягнутими до живота ногами

B. Лежачі з піднесеним головним кінцем

C. Положення Фовлера

D. Сидячі з закинутою головою

E. Положення Тренделенбурга

*Задишково-ціанотичний напад характерний для тетради Фалло. Він виникає при різкому та вираженому зменшенні кровотоку по малому колу кровообігу у зв’язку зі стенозом легеневої артерії та дефектами МШП та МПП. Перш за все слід підвищити тиск у малому колі кровообігу, це досягається шляхом надання дитині колінно-грудного положення або положення на боці з максимально притягнутими до животу ногами.*

3.31. Дівчинка 4 роки. Раптово розвинувся напад задишки. Дитина стала неспокійною, шкіра сірого кольору. Відмічалась короткочасна втрата свідомості. При об’єктивному огляді: має симптом барабаних паличок, формується центрально розташований серцевийгорб, видно епігастральну пульсацію, шкіра сірого кольору. Аускультативно: 2-ий тон на легеневій артерії різко послаблений, грубий систолічний шум у 2-3 міжребер’ї зліва. Спостерігається збільшення печінки та селезінки. Поліцитемія. Найбільш вірогідний діагноз:

A. \*Тетрада Фалло

B. Епілепсія

C. Отруєння нітратами

D. Чужорідне тіло верхніх дихальних шляхів

E. Респіраторно-афективний синдром

*Задишково-ціанотичний напад характерний для тетради Фалло. Це вроджена вада серця, що полягає в дефектах МШП, стенозі легеневої артерії, декстапозиції аорти та гіпертрофії правого шлуночка.Це підтверджується описаними візикальними даними (серцевий горб, епігастральна пульсація, різко послеблений 2-й тон на легеневій артерії та систолічний шум у 2-3 міжребер’ї зліва).*

3.31. Хлопчик, 10 років знаходиться на лікуванні з приводу бронхіальної астми. Вранці хлопчик встав з ліжка і раптово з’явилась загальна слабкість, головокружіння, блідість шкіри, холодний піт, шум у вухах, хворий впав. При об’єктивному огляді: зіниці розширені, тони серця різко ослаблені, пульс нитковидний, ЧСС – 65/хв, АТ 60/40 мм рт.ст. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

A. \*Втрата свідомості

B. Серцева недостатність

C. Кардіогенний шок

D. Бактеріальний шок

E. Інфекційно-токсичний шок

*В анамнезі немає даних, що свідчили б про можливість розвитку кардіогенного, бактеріального або септичного шоку, як і серцевої недостатності. Дитина встала з ліжка, отже мала місце ортостатична реакція у вигляді втрати свідомості, що супроводжується брадикардією та різкою артеріальною гіпотензією.*

3.32. У дитини 2-х років під часа плачу раптово з’явився розповсюджений ціаноз шкірних покривів, дитина стала занепокоєною, різко наросла задишка. Об’єктивно: генералізований ціаноз, ЧД 80 на хвилину, при аускультації вислуховується грубий систолічний шум над усією областю серця. Зі слів бабусі, дитина перебуває на диспансерному обліку у дитячого кардіолога. На ЕКГ: ЕОС відхилена різко вправо, ознаки гіпертрофії правого передсердя і правого шлуночка. Який Ваш можливий діагноз?

A. \*Тетрада Фалло, задишково-ціанотичний напад;

B. Транспозиція магістральних судин;

C. Напад бронхіальної астми;

D. Стороннє тіло дихальних шляхів;

E. Напад епілепсії.

*Дитина перебуває на обліку у кардіолога у 2 роки – вірогідно, має місце вроджена вада серця. Транспозиція магістральних судин (ізольована) не призводить до серцевої недостатності, вираженої задишки та ціанозу. При тетроді Фалло (ДМШП, ДМПП, стеноз легеневої артерії, гіпертрофія правого шлуночка) найбільшу роботу виконує правий шлуночок: проштовхує кров у легеневу артерію через звужений отвір та частково – у лівий шлуночок через дефект у міжшлуночковій перетинці. Отже, для цього діагнозу характерні ознаки гіпертрофії правих відділів серця. Задишково-ціанотичний напад при тетраді Фалло виникає при різкому та вираженому зменшенні кровотоку по малому колу кровообігу у зв’язку зі стенозом легеневої артерії та дефектами МШП та МПП.*

4. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ АЛЕРГОЛОГІЇ

4.1. Хлопчик А., 6 років скаржиться на загальну слабкість, генералізований свербіж та почервоніння шкіри, гостре підвищення температури тіла до 38оС. Із анамнезу – перший день хвороби. Протягом кількох годин після обробки невеликого садна іхтіоловою маззю з'явилися розлиті гіперемовані папульозно-уртикарні висипання, що виступають над поверхнею шкіри в ділянці передпліччя, живота, стегон, гомілок. Укажіть найбільш імовірний діагнозз ахворювання.

A. \* Генералізована кропивниця

B. Атопічний дерматит - нейродерміт, період загострення

C. Набряк Квінке

D. Алергічний контактний дерматит

E. Токсикодермія

*Для кропивниці характерними клінічними проявами є утворення на шкірі ексудативних безпорожнинних елементів — папул яскраво-рожевого кольору різни хрозмірів (діаметром від 0,5 до 10–15 см) та обрисів (округлих, великофестончастих тощо), нерідко із зоною збліднення в цент­рі. Загальний вид висипань схожий з опіком від кропиви (urtica) зі свербежем, печiнням, можлива гарячка. Найчастіше кропив'янка зумовлена медикаментозною алергією.*

*Алергічний набряк Квінке спостерігається у ділянках з рихлою клітковиною- губи, щоки, повіки, вушні раковини, стопи, кисті, статеві органи.При цьому шкіра стає щільно-еластичною. При набряку, що розвивається в ділянці гортані, можливі стеноз та асфіксія.*

*Нейродерміт – хронічне запальне захворювання шкіри. Характеризується зудячими папульозними висипаннями, що утворюють зони інфільтрації і ліхенізаціі шкіри зазвичай в області шкірних складок, задньобокової поверхні шиї. В етіології захворювання виділяють алергічний генез і нервово-ендокринні порушення. Токсикодермія виникає при впливі етіологічного фактора не безпосередньо на шкіру, як при дерматитах, а гематогенним шляхом. Токсикодермія відрізняється різноманіттям морфологічних елементів висипань (папули, везикули, плями, пустули, волдирі).*

4.2. Хлопчик 5 років, надійшов у дитяче відділення з бронхопневмонією. Страждає на атопічний дерматит. Після внутрішньом’язового введення ампіциліну з'явились відчуття стиснення у грудях, запаморочення, різка блідість, ціаноз, холодний піт, прискорене шумне дихання. Який з перелічених препаратів слід увести в маніпуляційній негайно?

A. \*Розчин адреналіну підшкірно.

B. Розчин преднізолону внутрішньовенно.

C. Розчин еуфіліну внутрішньовенно.

D. Розчин строфантину внутрішньовенно.

E. Розчин тавегілу внутрішньовенно.

*У даному тестовому питанні описаний анафілактичний шок, терапія якого (згідно Наказу МОЗУ від 31.08.2004 № 437 "Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах") в першу чергу зводиться до введення адреналіну.*

4.3. У дівчинки 9 років скарги на загальну слабкість, температура 37,8оС та висипання на шкірі. Об-но: На шкіріерітема, набряк, множинні бульозні елементи. В анамнезі контакт з рослинами після дощу. Яке лікування необхідно призначити?

A. \* Глюкокортикоїди

B. Антибіотики

C. Сечогінні

D. Антигістамінні

E. Ентеросорбенти

*Алергічний контактний дерматит, викликаний рослинами (фітодерматіт), для якого характерні еритема з чіткими контурами, набряк, папули, везикули, бульозні елементи і висип на віддалених ділянках тіла, які не контактували з рослиною, фітодерматити виникають частіше при контакті з вологими рослинами (після дощу , роса). При легкому перебігу многоформної еритеми досить призначення антигістамінних препаратів, кортикостероїдних мазей. У більш важких випадках, при наявності множинних бульозних елементів з порушенням загального стану показана глюкокортикостероїдна терапія.*

4.4. У дівчинки 2 р. в анамнезі непереносимість коров’ячого молока. Бабуся випадково нагодувала дитину молочною кашею. Появились ознаки атопічного дерматиту. Які зміни у гемограмі та імунограмі слід очікувати?

A. \*Підвищені рівні загального ІgЕ та специфічного ІgЕ до коров’ячого молока, еозинофілію

B. Лейкоцитоз із зсувом формули вліво

C. Підвищені рівні ІgМ, ІgА у крові

D. Лейкопенія, моноцитоз, наявність атипових мононуклеарів

E. Зміни відсутні

*Діагноз атопічного дерматиту, в переважній більшості випадків, ставиться на підставі клінічної картини захворювання. Для ідентифікації специфічного тригера при атопічному дерматиті використовуються шкірні прік-тести з різного роду алергенами. У хворих з великим ураженням шкіри і вираженим білим дермографізмом замість шкірних тестів проводять тести invitro (RAST або ELISA - визначення специфічних ІgЕ-антитіл).В гемограмі хворих найбільш часто зустрічається еозинофілія (6-10%).*

4.5. У дитини, яку пригостили значною кількістю полуниці, через 2 години з’явилась рожева папульозна та пухирчаста висипка на обличчі та тулубі. Висипка супроводжується значним зудом. Назвіть найбільш імовірний діагноз.

A. \* Кропив’янка

B. Раптова екзантема

C. Інфекційна еритема

D. Кір

E. Атопічний дерматит

*Для кропивниці характерними клінічними проявами є утворення на шкірі ексудативних безпорожнинних елементів — папул яскраво-рожевого кольору різних розмірів та обрисів, нерідко із зоною збліднення в цент­рі. Загальний вид висипань схожий з опіком від кропиви (urtica) зі свербежем, печiнням, можлива гарячка.*

4.6. Хлопчик 12 років хворіє на бронхіальну астму. При черговому нападі у стаціонарі введено внутрішньовенно розчин еуфіліну та преднізололону. Через 2 год. стан залишається важким. ЧД – до 60/хв, дихання за участю допоміжної мускулатури. Ціанозшкіри. При перкусії – коробковий звук, дихання різко ослаблене, в нижніх відділах не прослуховується. Хрипи сухі, поодинокі у верхніх відділах легень. ЧСС – 100/хв. Ваша подальша лікувальна тактика

A. \*Оксигенотерапія +продовження еуфілінізації та преднізолону

B. Оксигенотерапія +інгаляційні ß2-адреноміметики

C. Оксигенотерапія +продовження еуфілінізації

D. Муколітичні препарати ендобронхіально

E. Перевод дитини на ШВЛ

*Згідно протоколам лікування нападу бронхіальної астми, при надходженні до стаціонару дитина повинна була одержати оксигенотерапію та інгаляційні бета-два адреноміметики через небулайзер. Еуфілін та кортикостероїди вводяться лише при неефективності трьох інгаляцій протягом години. Тест має бути відредаговано або вилучено з бази.*

4.7. У дівчинки 12 роківпід час внутрішньовенноговведеннярентгенконтрастноїречовини (тріомбрасту) раптовопогіршився стан: з'явилисяголовнийбіль, відчуттяздавлення в грудях з браком повітря. Через декількахвилинзнепритомніла. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, акроціаноз. Пульс ниткоподібний. Тони серцярізкоослаблені. ЧСС – 110/хв., АТ – 60/30 мм рт.ст. Вкажіть препарат вибору для наданняневідкладноїдопомоги?

A. \* Адреналін.

B. Преднізолон.

C. Допамін.

D. Супрастин.

E. Еуфілін.

*Виходячи з клінічної картини, у дитини має місце анафілактичний шок як реакція на введення рентген-контрастної речовини. Першочерговим препаратом для невідкладної допомоги при анафілактичному шоці є адреналін!Кортикостароїди, антигістамінні та інші препарати також показані, при розгорнутій клініці шоку, яка має місце, їх введення не дасть достатнього терапевтичного ефекту.*

4.8. Хлопець 15 років впродовж останніх 3-4 роківхворіє на важкубронхіальну астму персистуючогоперебігу. Які з перерахованихпрепаратівнайбільшдоцільні для проведеннябазисноїтерапії?

A. \* Інгаляційніглюкокортикостероїди

B. Інтерлейкіновіпрепарати

C. Кромоліни

D. Інгаляційнібета-2 -агоністи

E. Глюкокортикостероїди системного призначення

*Основою базисної терапії тяжкої персистуючої бронхіальної астми є інгаляційні глюкокортикостероїди. Додатково (але не в якості єдиного препарату) можуть бути призначені пролонговані інгаляційні бета-2-агоністи або антилейкотрієнові препарати. Системні глюкокортикостероїди на сучасному етапі в якості базисної терапії застосовуються вкрай рідко і лише при неефективності інших заходів. Кромоліни показані для базисної терапії легкоїперсистуючої або середньотяжкої астми у ремісії (Наказ Міністерства охорони здоров'я України№ 868 від 08 жовтня 2013 року «Бронхіальна астма у дітей. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги).*

4.9. Підлітокскаржиться на появусверблячоївисипки на шкіріверхньоїполовинигрудноїкліткипіслядовгогоперебування з товаришами на березі озера, де вони ловили рибу на початку квітня. Об'єктивно: висипка представлена багаточисельними папулами щофокуснорозміщені на почервонілій та дещонабряклійшкірі. Поверхнядеяких папул ерозованаі частковопокритагеморагічнимикірочками. Межіураженоїшкіридовільночіткіхоча і нерівні. Яка патологіянайбільшвірогідна ?

A. \* Сонячнепруріго.

B. Вітрянавіспа

C. Атопічний дерматит.

D. Короста

E. Екземамікробна.

*Для вітряної віспи характерний папульозно-везикульозно-пустульозний характер. Мікробна екзема також характеризується появою гною у елементах, гнійними корочками. Для атопічного дерматиту не характерна набряклість шкіри і папульозний характер висипки. Короста у підлітків найчастіше розташована у міжпальцевих проміжках. Анамнез та морфологічні характеристики висипки дозволяють запідозрити сонячний дерматит (пруріго).*

4. 10. Дівчинка 5 роківскаржиться на болючість та свербіж при найменшомудотикуодягу до шкіриверхньоїполовинигрудноїклітки, живота та спини. Зіслівматеріцівідчуттяз’явились у дитини буквально через кількахвилинпісля того як вони опинились на галявинілісу де не було великих дерев. Об'єктивно: на шкіріполіморфнівисипання – уртикарніелементи, ерітематознонабрякліділянки. Вони переважнорозміщені на закритиходягомчастинахтіладитини. Яка найбільшвірогіднапатологія, щозумовлюєтакуклінічну картину ураженняшкіри?

A. \*Сонячнакрапивка.

B. Контактний дерматит.

C. Атопічний дерматит.

D. Сонячний дерматит.

E. Сонячна почесуха.

*Уртикарні елементи – еритематозно набряклі ділянки що піднімаються над поверхнею шкіри, з тенденцією до злиття, супроводжуються свербінням – характерні для кропивниці. Оскільки ці елементи виникли після прогулянки на сонці а не, наприклад, після вживання алергенів, вірогідно, що має місце сонячна крапивка. При інших запропонованих діагнозах уртикарний тип висипань не є характерним.*

4.11. Дитина 7 роківстраждає на атопічний дерматит протягомтрьохроків. Вогнищаураженнялокалізуються на згинальнихповерхняхліктьових і коліннихсуглобів, тулубі. Локально – вираженагіперемія, ліхеніфікація, екскоріація. Дитинутурбуєінтенсивнесвербіння, щопідсилюєтьсяуночі. Індекс SCORAD становить 67%. Якіпрепаратислідзастосувати?

A. \*Топічніглюкокортикоїди

B. Інгаляційніглюкокортикоїди

C. Оральніглюкокортикоїди

D. Мембраностабілізатори

E. Еубіотики

*Основою лікування атопічного дерматиту є топічні (місцеві) кортикостероїди у вигляді мазей або кремів. Мембраностабілізатори можна використовувати після полегшення стану дитини, а не в гострому періоді. Інгаляційні кортикостероїди ефективні при бронхіальній астмі. Оральні глюкокортикоїди при атопічному дерматиті застосовуються вкрай рідко і лише при неефективності топічних стероїдів у сполученні з антигістамінними препаратами. Еубіотики взагалі не є препаратами для лікування алергії.*

4.12. Батьки дівчинки 7 роківскаржаться на епізодизакладення носа у дитини, чхання, свербіж у носі, щоз’являютьсянавесні. Данісимптоми батьки пов’язують з цвітіннямтополі. В анамнезі у дитини до 3-х років прояви атопічного дерматиту. Сімейнийалергологічний анамнез обтяжений: у батька – поліноз. Яке захворювання є найбільшвірогідним?

A. \*Алергічнийриніт

B. Бронхіальна астма

C. Сторонній предмет носа

D. Гострийрино-синусит

E. Вазомоторнийриніт

*Сезонний характер проявів дуже ймовірно вказує на діагноз сезонного алергічного риніту, у даному випадку – весняно-літнього полінозу. Цей діагноз підтверджується як сімейним, так і індивідуальним анамнезом. Для впевненості показане дослідження загального та специфічного імуноглобулінів Е, а в період ремісія – шкірних алерготестів.*

4.13. У хлопчика 12 років щорічно у квітні-травні відзначаються наступні симптоми: закладення, свербіж у носі, чхання. При риноскопії: набряк слизовоїперетинки носа та носових раковин; слизова носа бліда змармуровоюповерхнею. Поставлено попереднійдіагноз – алергічнийриніт. Якілабораторнікритерії є діагностичними для даноїпатології?

A. \*ПідвищеннярівнязагальногоIgE і наявністьспецифічнихIgE до пилковихалергенів в сироватцікрові

B. Підвищеннярівня Т – лімфоцитів в сироватцікрові

C. Підвищеннярівнясіалових кислот у сироватцікрові

D. ЗниженнярівнязагальногоIgE у сироватцікрові

E. Підвищеннярівнясечовоїкислоти в сироватцікрові

*Сезонний характер проявів дуже ймовірно вказує на діагноз сезонного алергічного риніту, у даному випадку – весняно-літнього полінозу. Цей діагноз підтверджується як сімейним, так і індивідуальним анамнезом. Для впевненості показане дослідження загального та специфічного імуноглобулінів: наявність загального IgЕпідтвердить наявність алергічної реакції першого типу, а специфічних – точно вкаже на причинно-значущий алерген.*

4.14. У дитини 5 років з’явилися інтенсивно сверблячі вогнища гіперемії, інфільтрації із лущенням на згинальних поверхнях ліктьових і колінних суглобів. При огляді: шкіра суха, у вогнищах ураження – інфільтрована, візуалізуються кірки і екскоріація. На нижніх повіках – додаткові складки. Лікар встановив діагноз – атопічний дерматит, дитяча форма. Який індекс розраховується для оцінки ступеня тяжкості захворювання і моніторингу ефективності терапії?

A. \*Індекс SCORAD

B. Індекс Чулицької

C. Індекс Кеттле

D. Індекс Соколова

E. Індекс Керде

*Для оцінки ступеня тяжкості атопічного дерматиту застосовується індекс SCORAD (SCORingAtopic Dermatitis – «підрахунок» атопічного дерматиту), що включає в себе шкалу розповсюдженості уражень, їх інтенсивність та вираженість суб’єктивних відчуттів.*

4.15. У дитини 7 років після вживання апельсину з’явився набряк обличчя, губ, повік, осиплість голосу, дистанційні свистячі хрипи, інспіраторна задишка, втрата свідомості. АТ нижче 70 мм. рт.ст. Який препарат в першу чергу необхідно ввести хворому?

A. \*0,1% адреналін на фізрозчині

B. 7,5% KCl на 5% глюкозі

C. Рибоксин на фізрозчині

D. Інсулін на 5% глюкозі

E. Амінофілін на фізрозчині

*З усієї сукупності симптомів (шкірні, респіраторні прояви, зниження АТ), у дитини розвинувся анафілактичний шок. Найпершим невідкладним заходом при анафілактичному шоці є внутрішньовенне введення адреналіну. Інші перераховані заходи у даному випадку не застосовуються.*

4.16. Через 20 секунд після в/м введення цефтриаксону у дитини 4 років з’явилася різка гіперемія шкіри, свербіння, уртикарні висипи, відчуття різкої слабкості з наступною втратою свідомості. Поставте діагноз.

A. \*Анафілактичний шок

B. Кропив’янка

C. Гіповолемічний шок

D. Анафілактоїдна реакція

E. Кардіогенний шок

*Гіперемія та висипка на шкірі з наступною слабкістю та втратою свідомості (вірогідно, у зв’язку зі зниженням артеріального тиску) у сполученні з анамнезом (парентеральне введення антибактеріального препарату з досить високою алергенністю) зумовлює необхідність перш за все запідозрити розвиток анафілактичного шоку).*

4.17. У хлопчика 5 років вночі стався напад ядухи, який характеризувався: сухим кашлем, експіраторною задишкою, відчуттям стисненняу грудях. В акті дихання бере участь допоміжна мускулатура. В анамнезі – приступи ядухи 1-2 рази на місяць протягом 3-х років, атопічний дерматит з 2-х років. Препаратом вибору для надання першої допомоги на догоспітальному етапі є:

A. \*Бета2-агоністи короткоїдії

B. Пролонговані бета2-агоністи

C. Інгаляційні холінолітики

D. Інгаляційні глюкокортикостероїди

E. Метилксантини

*Виходячи з клінічноїкартини та анамнестичних даних, у дитини має місце напад бронхіальної астми. Препаратом вибору для лікування нападу БА є інгаляційні бета-2-агоністи короткої дії (Наказ Міністерства охорони здоров'я України№ 868 від 08.10.2013 року «Бронхіальна астма у дітей. Уніфікований протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.*

4.18. У 6-річної дівчини після укусу бджоли з’явилися: головний біль, приливи жару, нудота, відчуття страху, осиплість голосу, стридор, інспіраторна задишка, втрата свідомості. Який механізм розвитку гемодинамічних порушень при анафілактичному шоці?

A. \*Розподілений

B. Гіповолемічний

C. Септичний

D. Гіпоксичний

E. Дегідратаційний

*Гістамін, простагландини та інші медіатори, що виділяються при алергічній реакції негайного типа, спричиняють різке розширення судин, підвищення їх проникності та перерозподіл рідкої частини крові. Отже, анафілактичний шок за патогенезом є перерозподільним, або дистрибутивним*.

4.20. У дівчинки 12 років після вживання тепличних огірків з’явилося поколювання в губах, язиці, біль в горлі, осиплість голосу, збудження, неспокій. Об’єктивно: набряк повік, губ, язика, підшкірної клітковини шиї. Який ваш діагноз?

A. \*Набряк Квінке

B. Гостракропив’янка

C. Анафілактичний шок

D. Епіглотит

E. Отруєннянітратами

*Різниця між кропив’янкою та набряком Квінке полягає у тому, що при кропив’янці відбувається набряк між шарами дерми, а при набряку Квінке морфологічний субстрат локалізується саме і підшкірній клітковині. Для епіглотиту набряк шиї не характерний, відбувається лише набряк надгортаннику. При анафілактичному шоці характерні не лице місцеві, а й загальні симптоми (зниження АТ, тахікардія тощо). Симптоми отруєння нітратами включають нудоту, блювання та діарею. Отже, згідно з анамнезом та клінічною картиною, мова йде про алергічну реакцію, що проявилася набряком Квінке.*

4.21. Дівчинка 12 років неодноразово потерпала від укусів бджіл. Алергічна реакція спостерігалась у вигляді місцевої гіперемії, набряку та респіраторних проявів. Шкірні тести з алергенами бджоли позитивні, в аналізі крові виявлений специфічний Ig. Що доцільно призначити з профілактичною метою?

A. \*Специфічну імунотерапію

B. Передсезонний курс антигістамінних

C. Мембраностабілізуючі засоби

D. Введення гістаглобуліну

E. Проведення ентеросорбції

*Специфічна імунотерапія (специфічна алерговакцинація) є єдиним доведеним та ефективним засобом етіопатогенетичного лікування алергії у період ремісії.*

4.21.Дівчинка 6 років, яка страждає на бронхіальну астму, доставлена до пунктуневідкладноїдопомоги з приводу шумного дихання та задишки. Гази крові: рН- 7,49, рСО2-32 мм рт.ст., рО2-68 мм рт.ст., надлишок основ - +2. Лікування цієї дитини повинно включативсі заходи, крім?

A. \*Фізіотерапія грудної клітини.

B. Призначення кисню.

C. Інгаляція бронходілятаційних препаратів.

D. Призначення глюкокортикостероідів.

E. Постійне спостереження за станом дитини.

*Протокол лікування бронхіальної астми включає в себе: інгаляцію кисну, інгаляції бронходілятаторів групи бета-2-агоністів, при неефективності – введення кортикостероїдів. Звичайно, напад астми потребує постійного спостереження. Фізіотерапевтичні процедури при гострому нападі астми не лише не показані, але й можуть погіршити стан дитини за рахунок подразнювального ефекту.*

4.22. У хлопчика 6 років після вжалення бджолою виникли біль у животі, ядуха, запаморочення, на шкірі з’явились уртикарні елементи висипки. АТ 50/20. ЧСС 140 за 1 хв. Ваш діагноз?

A. \*Анафілактичний шок

B. Отруєння

C. Кропив’янка

D. Токсична енцефалопатія

E. Септичний шок

*Описані симптоми відповідають клінічній картині анафілактичного шоку (НаказМОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», Наказ №767 від 27.12.05 «Протокол діагностики та лікування дітей з анафілактичним шоком). Уртикарні елементи характерні також для кропив’янки, але ядуха, запаморочення, гіпотензія та тахікардія вимушують запідозрити більш тяжку алергічну патологію.*

4.23.У хлопчика 6 років після вжалення бджолою виникли біль у животі, ядуха, запаморочення, на шкірі з’явились уртикарні елементи висипки. АТ 50/20. ЧСС 140 за 1 хв. Які будуть Ваші першочергові лікувальні заходи?

A. \*Ввести адреналін 1:10000 підшкірно

B. Призначити антигістамінні засоби всередину

C. Ввести в/м глюконат кальцію

D. Дати вдихнутиви пари нашатирного спирту

E. Ввести кордіамін підшкірно

*Описані симптоми відповідають клінічній картині анафілактичного шоку. Згідно з протоколом надання невідкладної допомоги (Наказ №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», №767 від 27.12.05 «Протокол діагностики та лікування дітей з анафілактичним шоком), першочерговим заходом невідкладної допомоги при цій патології є парентеральне введення адреналіну.*

5. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

5.1. Хворий 13 років доставлений у відділення в коматозному стані. При цьому вімічалось глибоке, шумне дихання типу Куссмауля, гіпотонія, сухість шкіри і слизових оболонок, зниження тонусу очних яблук, олігурія, запах ацетону у видихуваному повітрі. Чим обумовлений даний стан?

A. \*Кетоацидотичнакома

B. Гіперосмолярна кома

C. Гіпоглікемічнакома

D. Тиреотоксична кома

E. Печінкова кома

*У даному завданні описана типова клініка діабетичного кетоацидозу 3 ст.: дихання Куссмауля, різкий запах ацетону у видихуваному повітрі, втрата свідомості, олігурія, зниження м’язового тонусу і тонусу очних яблук. При гіперосмолярній комі - відсутність запаху ацетону у видихуваному повітрі, немає дихання Куссмауля (лише при приєднанні лактацидозу). При гіпоглікемічній комі спостерігаються тонічні і клонiчнi судоми, тризм жувальної мускулатури, одно- або двосторонній симптом Бабiнського. і вологість шкіри (а не гіпотонія і сухість, описані в завданні), у видихуваному повітрі також відсутній запах ацетону. Для тиреотоксичної коми характерна гіпертермія, блювота, рясне потовиділення, гостра серцева недостатність, рухове занепокоєння або адинамія, різке порушення поведінки (до психозу), галюцинації, що змінюються загальмованістю, утратою свідомості, а потім – комою. Для печінкової коми характерна ригідність потиличних м'язів і м'язів кінцівок, патологічні рефлекси, жовтяниця, «печінковий» запах, явища геморагічного діатезу, чого ми не спостерігаємо у даному завданні.*

5.2. До сімейного лікаря звернулася дівчинка 8 років зі скаргами на підвищену пітливість, серцебиття, схуднення. З анамнезу відомо, що хвороба розвинулася 1,5 роки тому, коли з’явилося серцебиття і поступова втрата ваги. Лікування не отримувала. Об’єктивно: шкіра волога, Ps 130 уд. АТ 135/60 мм.рт.ст. ЩЗ ІІІ ст., рухома, не болить. Встановіть попередній діагноз.

A. \*Дифузний токсичний зоб

B. Гігантизм

C. Синдром мальабсорбції

D. Уроджена вада серця

E. Надмірні фізичні перенавантаження

*У даному завданн описаний синдром тиреотоксикозу, про що свідчать зміни шкри (тепла, гладка, волога), дифузна пітливість, зміни серцево-судинної системи (тахікардія, посилений верхівковий поштовх, переважно систолічна артеріальна гіпертензія, збільшення пульсового тиску понад 60 мм рт.ст.), прискорення обміну речовин (втрата ваги). Скоріш за все даний синдром визваний дифузним токсичним зобом (ЩЗ як правило, дифузно збільшена за рахунок обох часток і перешийка, безболісна, рухлива, еластичної консистенції).*

5.3. У відділення інтенсивної терапії доставлена дитина 12 років, яка на протязі 3 років хворіє на цукровий діабет. Після перенесеного грипу на протязі 2 тижнів з’явилися спрага, поліурія, втрата ваги. Поступово збільшувалася слабкість, з’явилася сонливість. При поступленні цукор крові 20 ммоль/л, цукор в сечі – 4%, кетонові тіла в сечі ++++. Діагностовано діабетичну (гіперглікемічну кетоацидотичну) прекому. Почата регідратаційна терапія ізотонічним розчином хлориду натрію. Яку початкову дозу інсуліну Ви призначите?

A. \* 0,05 – 0,1 ОД/кг/годину

B. 1 ОД/кг/годину

C. 0,5 ОД/кг/годину

D. 1-1,5 ОД/кг/добу

E. 0,5-1,0 ОД/годину

*Основні напрямки лікування діабетичного кутоацидозу: 1. Регідратація 2. Ліквідація дефіциту інсуліну. Інсулінотерапія. Інсулін (лише короткої дії) уводять у режимі малих доз, безупинно внутрішньовенно крапельно або розведеного у 0,9% NaCl (1 Од/ мл) за допомогою інсулінового насосу. Рекомендована початкова доза 0,1 ОД/кг/год. Наймолодшим пацієнтам може вводитись 0,05 ОД /кг/год.(НАКАЗМОЗУ 27.04.2006 N 254 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "Дитяча ендокринологія").*

5.4. Хлопчик 12 р. хворіє на ЦД 1-го типу з 4-х років. Після гри у футбол несподівано відчув тремор, пітливість, голод, сонливість, біль голови, нудоту. Що насамперед необхідно зробити шкільному лікарю?

A. \*Пероральний прийом глюкози у дозі 10-20 г

B. Довенне ведення глюкагону

C. Повторити ін’єкцію інсуліну

D. Дом’язеве введення адреналіну гідрохлориду

E. Викликати бригаду ШМД

*У дитини виникла клініка гіпоглікемії після фізичного навантаження. Оскільки дитина у свідомості, перш за все слід дати їй солодкого чаю або нагодувати чимось солодким, отже, правильна відповідь – пероральний прийом глюкози.*

5.5. Дитині 5 років на фоні лікування діабетичної коми за 5 годин від початку введення інсуліну з’явилась слабість, гіподинамія, блідість, парез кишківника, поверхневе дихання. Який рівень калію крові відповідає такій клінічній симптоматиці?

A. \*Менше 3,5 ммоль/л

B. Менше 4,5 ммоль/л

C. Менше 5,5 ммоль/л

D. Менше 4,0 ммоль/л

E. Менше 5,0 ммоль/л

*Діабетичний кетоацидоз завжди супроводжується важким дефіцитом калію. Якщо виявляють зниження рівня калію в плазмі, то це потребує його швидкого поповнення та проведення ретельного кардіомоніторингу (високий гострий зубець Т на ЕКГ є ознакою гіпокаліемії), оскільки при введенні інсуліну ще збільшується дефіцит калію в плазмі через його переміщення в клітину.*

5.6. У приймальному відділенні непритомна дівчинка 14 років. Зіниці звужені. Ознаки зневоднення. Гіперпное, дихання Куссмауля. Різкий запах ацетона з рота. Тахікардія, артеріальний тиск знижено. Глюкоза крові 17 ммоль/л., в сечі підвищений рівень цукру, реакція на кетонові тіла позитивна. Чим зумовлена відсутність свідомості?

A. \* Діабетичною (кетоацідотичною) комою.

B. Гіпоглікемічною кома.

C. Ураженням центральної нервової системи

D. Важка форма синдрому ацетонемичної блювоти.

E. Отруєнням ацетоном

*У даному завданні описана типова клініка діабетичного кетоацидозу 3 ст.: дихання Куссмауля, різкий запах ацетону у видихуваному повітрі, втрата свідомості, зневоднення, зниження м’язового тонусу і тонусу очних яблук. Порушення свідомісті, зіниці частіше вузькі, слабо реагують або не реагують на світло, гіпотонія м'язів, очні яблука м'які, симптоми токсикозу і ексикозу: шкіра бліда суха, тургор знижений, температура тіла знижена,різкий запах ацетону у видихуваному повітрі, тахікардія, аритмії, приглушеність тонів серця, систолiчний шум, нитковидний пульс на периферії, артеріальна гiпотензiя, похолодання кінцівок.*

5.7. У новонародженої дівчинки із калиткоподібними статевими губами та гіпертрофованим клітором різко погіршився стан: адинамічна, м’язова гіпотонія, гіпотермія, гіпоглікемія, калій крові 7,8 мМ/л. Іншою характерною ознакою цієї патології є:

A. \*Гіпонатріємія

B. Гіпопігментація

C. Поліфагія

D. Гіпертензія артеріальна

E. Гіпергідратація

*Адреногенітальний синдром у новонароджених і у грудних дітей - спадкова хвороба з аутосомно-рецесивним типом успадкування, пов'язана з дефектом біосинтезу стероїдних гормонів. В основі патогенезу - відсутність або обмеження активності 21-гідроксилази, що веде до порушення синтезу кортизолу. Падіння рівня гормону в крові нижче критичного викликає відповідну реакцію гіпоталамо-гіпофізарних центрів у вигляді гіперпродукції кортиколиберина і АКТГ (адренокортикотропний гормон). Надлишок АКТГ стимулює утворення попередників кортизолу, подальше перетворення яких внаслідок блокування змінюється в бік підвищеного синтезу андрогенів з подальшим перетворенням їх у печінці в 17-кетостероїди (17-КС). Для діагнозу адреногенитального синдрому у новонароджених вирішальне значення має виявлення гипонатріемії, гіперкаліємії, підвищення 17-КС і NaCl в сечі, відсутність порушення прохідності пілоричного відділу шлунка.*

5.8. У 10-річної пацієнтки, яка спостерігається з приводу хвороби Адісона, визначається клінічна картина гострого апендициту і нагальна необхідність в оперативному втручанні. Стан за основним захворюванням компенсований задовільно, АТ 95/60 мм рт.ст, натрій сироватки 125 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л. Що з переліченого дозволить зменшити ризик розвитку адреналового кризу у цієї хворої:

A. \*Збільшення дози глюкокортикостероїдів

B. Зменшення дози глюкокортикостероїдів

C. Введення синтетичного аналогу АКТГ

D. Відміна мінералокортикоїдів

E. Призначення комбінованої антибактеріальної терапії

*Хвороба Аддісона (хронічна недостатність кори надниркових залоз, або гіпокортіцізм, англ. Addison's disease) - рідкісне ендокринне захворювання, в результаті якого наднирники втрачають здатність виробляти достатню кількість гормонів, перш за все кортизолу. Вкрай низький вміст гормонів, що виробляються корою наднирників призводить до аддісонічного кризу(адреналового). Такі кризи протікають дуже важко, виникають на тлі сильних фізичних або емоційних стресів (а операція є одним з найсильніших стресів для організму), отже, для запобігання даного ускладнення захворювання необхідно збільшити дозу глюкокортикостероїдів.*

5.9. У дівчинки 12 років, хворої на феохромоцитому, під час складання шкільних іспитів раптово погіршився стан – з’явився головний біль, відчуття страху, збудження. При огляді дитина бліда, АТ – 230/80 мм.рт.ст. З діагнозом гіпертензивний криз дитина доставлена до лікарні. Який препарат вибору для купування гіпертонічного кризу у даної дитини?

A. \*Фентоламін

B. Каптоприл

C. Діазоксид

D. Ніфедіпін

E. Апресин

*Феохромоцитома - гормонально активна пухлина, що активно секретирує катехоламіни (адреналін або норадреналін). Для стабілізації артеріального тиску на доопераційному етапі лікування феохромоцитоми пацієнту призначається прийом а-адреноблокаторів: феноксибензаміну, Фентоламіну, Тропафену і т.д.*

5.10. У дівчинки 3 тижнів із гіпертрофованим клітором значно погіршився стан: постійне блювання, дефіцит ваги 15%, ЧСС- 178/хв, шкіра мармурова, м’язова гіпотонія, артеріальна гіпотензія. При додатковому обстеженн іхарактерними для цієї патології є:

A. \*Гіпонатріємія, гіперкаліємія

B. Гіпокаліємія, гіперглікемія

C. Гіпоглікемія, гіпернатріємія

D. Гіпокалемія, гіпернатріємія

E. Гіпоглікемія, гіпокаліємія

*У дівчинки є клінічні прояви гострої недостатності кори наднирників: дефіциту глюкокортикоїдів (а саме: м’язова гіпотонія, артеріальна гіпотензія, тахікардія) і дефіциту мінералокортикоїдів: постійне блювання, зневоднення, а також ознаки внутрішньоутробної вірілізації (гіпертрофія клітору), що притаманне для сільутратної форми вродженої гіперплазії кори надниркових залоз (адрено-генітального синдрому), а характерними для цієї патології є такі електролітні порушення як гіпонатріємія та гіперкаліємія.*

5.11. Дівчинці 15 років проводиться лікування діабетичної коми шляхом довенного введення інсуліну. При якому рівні глюкози крові слід перейти на підшкірне введення інсуліну?

A. \* Менше13,9 ммоль/л

B. Менше 15,0 ммоль/л

C. Менше 6.4 ммоль/л

D. Менше 10,0 ммоль/л

E. Менше 9,9 ммоль/л

*Показанням для переходу на фракційне підшкірне введення інсуліну при лікуванні діабетичної коми є рівень глікемії менше 14 ммоль/л. Це треба запам’ятати.*

5.12. У новонародженого хлопчика чоловічої статі з 2-ого тижня життя спостерігається невпинне блювання, кволість та явища зневоднення. При надходженні до стаціонару – виражені ознаки гіповолемічного шоку. У крові – калій – 6,5 ммоль/л, натрій – 120 ммоль/л, глюкоза – 2.1 ммоль/л, ознаки ацидозу. Призначте додаткове обстеження, що дозволить виключити або підтвердити наявність у дитини адрено-генітального синдрому:

A. \*Визначення 17-гідроксіпрогестерону в крові та 17-кетостероїдів у сечі

B. Каріотипування та дерматогліфіка

C. Визначення кортизолу крові та тестостерону сечі

D. Визначення хоріонічного гонадотропіну крові

E. Визначення гонадотропінів у крові та сечі

*Невпинне блювання, кволість та явища зневоднення,електролітні порушення(гіперкаліємія,гіпонатріємія,гіпоглікемія) притаманні для надниркової недостатності, а самє сільутратної форми вродженої гіперплазії кори наднирників(адрено-генітального синдрому), при якому відбувається підвищення 17-гідроксіпрогестерону у крові, найбільш виражене при дефіциті 21 гідроксилази, у зв’язку з вродженими порушеннями стероідогенезу*

5.13. У хлопчика 6 років, що отримував з приводу важкого персистуючого перебігу бронхіальної астми тривало преднізолон всередину, після швидкої його відміни раптово погіршився стан. З'явилися різка слабкість, млявість. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, з “мармуровим” малюнком, акроціаноз. ЧД – 27/хв. Пульс слабкого наповнення. Тони серця приглушені. ЧСС – 120/хв., АТ – 60/40 мм рт. ст. Олігоанурія. Який невідкладний стан виник у хворого?

A. \* Гостра наднирковозалозна недостатність.

B. Гостра ниркова недостатність.

C. Гостра судинна недостатність.

D. Гостра дихальна недостатність.

E. Гостра серцеване достатність.

*При тривалому прийомі глюкокортикоїдів виникає наднирникова недостатність, тому, що наднирникі синтезують меншу кількість ендогенних глюкокортикоїдів і тому необхідно їх відмінювати поступово, знижуючи дозу.*

5.14. Хворий 13 років, що хворіє на цукровий діабет, після перенесеної ГРВІ з гіпертермічним синдромом поскаржився на посилення спраги, часті рясні сечовипускання, болі в животі, нудоту, блювоту. Став сонливий, а ввечері знепритомнів. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, запах ацетону з рота. М'язова гіпотонія. Дихання шумне. Температура тіла – 35,80С, ЧСС – 125/хв., АТ – 80/40 мм рт. ст. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \* Кетоацидотична кома.

B. Гіперосмолярна кома.

C. Гіпоглікемічна кома.

D. Пневмонія.

E. Гостра судинна недостатність.

*Запах ацетону з рота, шумне глибоке дихання (Куссмауля) наводять на думку про розвиток кетоацидотичної коми. Для неї ж характерний поступовий розвиток, біль в животі, блювання та сухість шкірних покривів.*

5.15 Дитина 10 років хворіє на цукровий діабет протягом 2-х років. Регулярно отримує ін'єкції інсуліну. Після інтенсивного фізичного навантаження і відмови від прийому їжі раптово знепритомніла. Об'єктивно: шкірні покриви вологі, м'язовий гіпертонус. ЧСС – 120/хв. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \* Гіпоглікемічна кома.

B. Кетоацидотична кома.

C. Менінгоенцефаліт.

D. Непритомність.

E. Колапс.

*Раптове погіршення стану при діабеті характерне для гіпоглікемічної коми, інші види ком при діабеті розвиваються поступово. Для гіпоглікемії характерні вологість шкіри та м’язовий гіпертонус або судоми.Вірогідно, причиною стала відмова від прийому їжі на фоні введення інсуліну та фізичне навантаження*.

5.16. У дівчинки 14 років, яка хворіє на цукровий діабет після вживання алкоголю раптово погіршився стан: свідомість затьмарена, шкіра волога, бліда, виражене психомоторне збуження, клоніко-тонічні судоми. Ваш діагноз?

A. \*Гіпоглікемічна кома.

B. Кетоацидотична кома.

C. Лактатацидемічна кома.

D. Цукровий діабет в стадії декомпенсації

E. Цукровий діабет, кетоацидоз.

*Раптове погіршення стану при діабеті характерне для гіпоглікемічної коми, інші види ком при діабеті розвиваються поступово. Для гіпоглікемії також характерна блідість, збудження та судоми*.

5.17. Хлопчик 10-ти років хворіє на цукровий діабет 1-го типу з першого року життя, одержує інсулінотерапію. Після уроку фізкультури відчув слабість, прискорене серцебиття, підвищену пітливість, почуття страху. При огляді педіатр відмітила, що у дитини шкіра волога, бліда, дихання поверхневе, ритмічне, тризм щелеп. При якому рівні глюкози в крові починається описаний клінічний стан?

A. \*2,2 ммоль/л

B. 3,3 ммоль/л

C. 3,8 ммоль/л

D. 5,5 ммоль/л

E. 16,8 ммоль/л

*Раптове погіршення стану при діабеті характерне для гіпоглікемії. Вірогідно, що вона виникла після фізичного навантаження. Також характерна слабкість, пітливість, прискорене серцебиття, блідість та судоми (тризм)*. *Цей стан виникає при рівні глюкози менше за 3 ммоль/л.*

5.18. Дитина 10 років, хворіє цукровим діабетом протягом 3-ох років, скаржиться на болі в животі, блювоту, слабкість, пітливість, тремтіння в руках. При огляді: зіниці звужені, фотореакції зіниць немає, реакції на зовнішні подразники немає. Обличчя амімічне, шкіра бліда, профузний, холодний піт. Дихання поверхневе, тони серця ослаблені, брадикардія, артеріальний тиск знижений, м'язова гіпотонія, гіпотермія. Запаху ацетону немає. Для якого стану характерна дана клінічна картина?

A. \*Гіпоглікемічна кома

B. Гнійний менінгіт

C. Гіперглікемічна кома

D. Отруєння нейротропними препаратами

E. Ацетонемічна блювота.

*Оскільки дитина хворіє на цукровий діабет, слід перш за все виключити стани, що пов’язані з цим захворюванням. Для гіперглікемічної коми не характерні блідість, пітливість, тремтіння, брадикардія та зниження АТ. Натомість характерні гіперемія, глибоке часте дихання (Куссмауля), а також запах ацетону. Описана симптоматика характерна для гіпоглікемічної коми.*

5.19. Хлопчик 14 р., що хворіє на цукровий діабет, раптово знепритомнів під час гри у волейбол. Об’єктивно: стан дуже тяжкий, без свідомості, шкірні покриви бліді, вологі, відмічаються клонічні судоми у кінцівках. В легенях дихання везикулярне, тони серця ослаблені, схильність до брадикардії. Ваш діагноз?

A. \*Цукровий діабет, гіпоглікемічна кома.

B. Цукровий діабет, кетоацидотична кома

C. Цукровий діабет, гіперосмолярна кома

D. Гіповолемія в стадії декомпенсації

E. Цукровий діабет, кетоацидоз

*Раптовий розвиток коми при діабеті характерний для гіпоглікемії, всі інші види ком розвиваються поступово. Тим паче, мало місце фізичне навантаження, що потребувало її утилізації. Саме для гіпоглікемії характерні судоми, блідість, пітливість та брадикардія.*

5.20. Хлопчик 14 р., що хворіє на цукровий діабет, раптово знепритомнів під час гри у волейбол. Об’єктивно: стан дуже тяжкий, без свідомості, шкірні покриви бліді, вологі, відмічаються клонічні судоми у кінцівках. В легенях дихання везикулярне, тони серця ослаблені, схильність до брадикардії. Яке діагностичне обстеження потрібно провести в першу чергу?

A. \*Визначення рівня цукру в сироватці крові

B. Визначення електролітів в сироватці крові

C. Визначення білірубіну в сироватці крові

D. Визначення вмісту білку в сечі

E. Провести пробу сечі на ацетон

*Раптовий розвиток коми при діабеті характерний для гіпоглікемії, всі інші види ком розвиваються поступово. Тим паче, мало місце фізичне навантаження, що потребувало її утилізації. Саме для гіпоглікемії характерні судоми, блідість, пітливість та брадикардія.Визначення рівня цукру сироватки крові дасть можливість підтвердити діагноз танадати невідкладну допомогу.*

5.21. Дитина 9 років страждає на цукровий діабет 1 типу, тому вона вимушена отримувати ін'єкційні форми інсулінів. Батьки звернулися до ендокринолога з проханням призначити цукровознижуючі препарати у таблетках. Ендокринолог категорично відмовився, тому що дані препарати показані при:

A. \*Цукровому діабеті 2 типу.

B. Інсуліномі.

C. Ожирінні.

D. Метаболічному синдромі.

E. ГРВІ.

*Пероральні цукровознижуючі препарати показані при цукровому діабеті лише 2-го типу, перший тип до них нечутливий. Це треба запам’ятати.*

6. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЇ ТА УРОЛОГІЇ

6.1. Дитина 4 місяців. Мати скаржиться на блювання після нових видів харчування протягом декількох годин. Періодично у дитини з"являються напади хвилювання. Різкий крик з підведенням ніг до черева. Шкіра бліда, спостерігається тахікардія, живіт здутий, гази не відходять. Замість стільця – кров. Ваш діагноз?

A. \*Інвагінація

B. Коліт

C. Ентеріт

D. Виразкова хвороба

E. Поліп прямої кишки

*Описаний патологічний процес пояснює типову клінічну симптоматику інвагинації. На ранніх стадіях захворювання відзначаються блювота (в 80% випадків) і больові напади, викликані здавленням брижі, хоча зазвичай немає ні ознак кишкової непрохідності, ні здуття живота. Нападоподібні болі, під час яких дитина підтискає ноги до живота, пов'язані з хвилеподібно виникаючою перистальтикою, відзначаються спочатку через кожні 20 хвилин, потім все частіше і частіше. Як правило, кожен напад припиняється так само раптово, як і починається, і дитина в проміжках між нападами поводиться абсолютно нормально. При фізикальному обстеженні в 85% випадків в животі пальпується пухлиноподібне утворення, зазвичай у правому верхньому квадранті. У пізніх стадіях інвагинації при ректальному пальцевому дослідженні можна отримати слиз, забарвлений кров'ю, у вигляді смородинового желе, або навіть велику кількість крові. По мірі розвитку набряку і здавлення вен стають очевидними ознаки кишкової непрохідності, блювота з жовчю, здуття живота, симптоми дегідратації, тахікардія, підвищення температури і, нарешті, ознаки шоку.*

6.2. Дівчинка 11 років після падіння на живіт скаржиться на біль у надлобковій ділянці, часті поклики на сечовипускання, під час яких сеча майже не виділяється, а виділяються краплі крові. При огляді - набряк в надлобковій ділянці та напруження передньої стінки живота при пальпації. Який стан потрібно запідозрити у першу чергу?

A. \*Розрив сечового міхура

B. Гострий гломерулонефрит

C. Гострий геморагічний цистит

D. Геморагічний діатез

E. Геморагічний вульвовагініт

*Коли сечовий міхур порожній, він захищений від пошкодження кістками таза, розташовуючись в нижній частині живота. У міру заповнення верхівка сечового міхура більше вдається в порожнину живота, що робить його більш вразливою. У дитячому віці, тазові кістки не досягають свого повного розвитку, тому сечовий міхур легше травмується, ніж у дорослих.Найхарактернішою ознакою пошкодження сечового міхура є розлад сечовипускання. Поряд з больовим синдромом потерпілі скаржаться на постійні позиви до сечовипускання і неможливість спорожнити сечовий міхур. У зовнішнього отвору сечовипускального каналу виявляються краплі або згустки крові. Згодом у зв'язку з наростанням явищ сечового перитоніту відзначається вимушене положення хворого на спині, приєднуються нудота, блювота, суху мову, здуття живота, біль і напруження м'язів передньої черевної стінки, симптоми подразнення очеревини, притуплення перкуторного звуку в пологих місцях черевної порожнини, тахікардія.*

6.3. Про яке джерело кровотечі Ви повинні подумати в першу чергу при огляді хлопчика 3 років з шлунково-кишковою кровотечею з нижнього відділу шлунково-кишкового тракту.

A. \* Дивертікул Меккеля

B. Поліпоз кишківнику

C. Синдром Пейтц-Єгерса

D. Запальні захворювання товстого кишківнику

E. Гемороїдальні вузли

*Меккеля дивертикул (по імені німецького анатома J.F. Meckel Jr., 1781-1833) - локальне мішкоподібні випинання стінки клубової кишки, що утворилося внаслідок неповного зрощення жовткового протоки, який бере участь в харчуванні зародка, на відстані 10-100 см від іліеоцекального кута. Меккеля дивертикул вважають істинним дивертикулом, бо його стінка містить всі верстви кишки. Середня довжина - 5-7 см, але бувають дивертикули і більшого розміру. Меккеля дивертикул є найчастішою вродженою аномалією розвитку шлунково-кишкового тракту.Основними клінічними ознаками меккельова дивертикулу є: мелена, біль в правому нижньому квадранті живота, заворот кишки, кишкова непрохідність.*

6.4. З діагнозом гострий живіт госпіталізовано 11-місячну дитину. При огляді: дитина неспокійна, постійно плаче, живіт напружений. При пальцевому дослідженні: ампула прямої кишки пуста, на рукавичці калові маси з кров’яними домішками. Який передній діагноз?

A. \*Інвагінація кишечника

B. Гострий апендицит

C. Виразковий коліт

D. Гостра дизентерія

E. Пілоростеноз

*Описаний патологічний процес пояснює типову клінічну симптоматику інвагинації. Нападоподібні болі, під час яких дитина підтискає ноги до живота, пов'язані з хвилеподібно виникаючою перистальтикою, відзначаються спочатку через кожні 20 хвилин, потім все частіше і частіше. Як правило, кожен напад припиняється так само раптово, як і починається, і дитина в проміжках між нападами поводиться абсолютно нормально. При фізикальному обстеженні в 85% випадків в животі пальпується пухлиноподібне утворення, зазвичай у правому верхньому квадранті. У пізніх стадіях інвагинації при ректальному пальцевому дослідженні можна отримати слиз, забарвлений кров'ю, у вигляді смородинового желе, або навіть велику кількість крові. По мірі розвитку набряку і здавлення вен стають очевидними ознаки кишкової непрохідності, блювота з жовчю, здуття живота, симптоми дегідратації, тахікардія, підвищення температури і, нарешті, ознаки шоку*

6.5. Хлопчика 12 років, який страждає неспецифічним виразковим колітом, впродовж тижня турбують стійкий біль у животі, випорожнення 8-10 разів на добу із макроскопічно видимою кров’ю. Консервативна терапія виявилась неефективною. За останню добу стан різко погіршився. Об-но: виражена загальна слабкість, запаморочення, сонливість, нудота, ЧСС-125/хв, блідість шкіри та слизових, гемоглобін 60 г/л. Якою повинна бути тактика лікаря?

A. \* Невідкладне оперативне втручання

B. Інфузія еритроцитарної маси

C. Призначення препаратів заліза

D. Корекція кишечного дисбіозу

E. Введення гемостатиків

*До ургентними показаннями до хірургічного лікування неспецифічного виразкового коліту відносяться: підозра на перфорацію, гостра, що не купірується протягом 6 - 24 год токсична дилатація товстої кишки профузні кишкові кровотечі. Виходячи з даних, що гемоглобін гостро знизився до 60 г/л можемо запідозрити профузну кровотечу.*

6.6. Хлопчик 12 місяців впродовж 5–ти годин проявляв неспокій, „заходився” криком, вказував пальцем на живіт. На шляху до лікарні у нього були рідкі кров’янисті випорожнення з домішками слизу. Блювоти не спостерігалось. Об’єктивно дитина збуджена, температура тіла – 36,80С, шкірні покрови бліді, при пальпації живіт м’який. Ампула прямої кишки пуста, палець інтенсивно забруднений кров’янистими виділеннями. Про який діагноз треба думати?

A. \* Інвагінація кишечника

B. Гострий ентероколіт

C. Виразковий коліт

D. Гострий апендицит

E. Пілоростеноз

*Описаний патологічний процес пояснює типову клінічну симптоматику інвагинації. Відзначаються больові напади, викликані здавленням брижі, хоча зазвичай немає ні ознак кишкової непрохідності, ні здуття живота. Нападоподібні болю, під час яких дитина підтискає ноги до живота, пов'язані з хвилеподібно виникає перистальтику, відзначаються спочатку через кожні 20 хвилин, потім все частіше і частіше. Як правило, кожен напад припиняється так само раптово, як і починається, і дитина в проміжках між нападами поводиться абсолютно нормально. При ректальному пальцевому дослідженні можна отримати слиз, забарвлену кров'ю, у вигляді смородинового желе, або навіть велика кількість крові.*

6.7. До інфекційного стаціонару звернулася дитина 10 р. з скаргами на гострий біль у животі, підвищенням температури тіла, блювання. При огляді: шкіра бліда, язик сухий, пальпаторно визначається напруженість м’язів передньої черевної стінки переважно у правій здухвинній ділянці. Яка Ваша тактика?

A. Консультація хірурга

B. Спостереження в стаціонарі до отримання результатів лабораторного обстеження

C. Амбулаторне спостереження за дитиною

D. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

E. Направити хворого на ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

*В дитини спостерігаємо симптоми подразнення очеревини (напруженість передньої черевної стінки) і біль у правій здухвинній ділянці, що є типовими симптомами гострого апендициту.*

6.8. Хлопець 16 років поступив до урологічного відділення із скаргами на різкий переймоподібний біль у животі з іррадіацією в ліву пахову ділянку, який з’явився після фізичного навантаження. При огляді шкірні покриви бліді, кінцівки холодні на дотик, на обличчі піт, дизуричні прояви. Живіт при пальпації помірно болючий, зліва різко позитивний синдром Пастернацького. Яке обстеження необхідно призначити хворому для уточнення діагнозу?

A. \*Ультразвукове дослідження нирок

B. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

C. Загальний аналіз сечі

D. Аналіз сечі за Нечипоренко

E. Аналіз сечі за Зимницьким

*Використання УЗД розширює можливості діагностики сечокам'яної хвороби. За допомогою цього методу дослідження виявляються будь-які рентгенопозітівних і рентгенонегатівние камені, незалежно від їх розміру та місця розташування. УЗД нирок дозволяє оцінити вплив сечокам'яної хвороби на стан чашечно-мискової системи. Виявити камені в нижніх відділах сечовивідної системи дозволяє УЗД сечового міхура. Застосовується УЗД після проведення дистанційної літотрипсії для динамічного спостереження за ходом літолітіческая терапії сечокам'яної хвороби з рентгенонегатівним камінням.*

6.9. Дівчинка 4 роки госпіталізована в райлікарню з скаргами на сильні болі в животі, гіпертермія 39°С, тахікардія, здуття і напруження живота, позитивний симптоми подразнення очеревини, лейкоцитоз 14,0х109/л. Який діагноз слід запідозрити?

A. \*Апендицит

B. Непрохідність.

C. Інвагінація.

D. Панкреатит.

E. Дизентерія

*Для непрохідності кишечнику, у тому числі інвагінації, характерне блювання та затримка стільця. Для панкреатиту (без панкреонекрозу) не характерні симптоми подразнення очеревини та виражена інтоксикація. Дизентерія являє собою коліт, для якого характерний стілець з домішками слизу та крові. Вказана сукупність симптомів (болі в животі, гіпертермія, напруження живота, симптоми подразнення очеревини, лейкоцитоз) вказують на гострий апендицит або перитоніт.*

6.10.До приймальноговідділеннялікарні доставлено однорічного хлопчика. Батьки скаржаться, щодитинараптом стала різконеспокійною, підтягуєніжки до живота, невпинно плаче, напружуючипереднюю черевну стінку, дворазове блювання. Під час огляду дитина квола, сонлива, на памперсах – випорожнення з домішками крові, при пальпації живота виявлене довгасте утворення у правому верхньом квадранті. Подальша тактика ведення хворого:

A. \*Негайновикликатихірурга „на себе”

B. Госпіталізувати до педіатричноговідділення та спостерігати за дитиною

C. Парентерально ввести знеболювальніпрепарати

D. Госпіталізувати до інфекційноговідділення

E. Відправитидитинудодомупіднагляддільничноголікаря

*Треба негайно звернутись до хірурга для уточнення діагнозу. В першу чергу треба думати за інвагінацію кишковика і екстрено провести іригографію з можливим подальшим розправленням інвагінату і запобіганням некрозу кишки. У дитини клінічні прояви кишкової непрохідності.*

6.11. Хлопчик 14 років, скаржиться на сильний біль у промежині, який виник раптово після бігу. З анамнезу відомо, щодитинаспостерігається з приводу сечокам’яноїхвороби. При пальпації – біль по ходу сечоводу. Який метод діагностики насамперед доцільно провести?

A. \*УЗД сечового міхура

B. Катетеризація сечового міхура

C. Ендоскопія сечового міхура

D. Мікційна цистографія

E. Консультацію травматолога

*Доцільне УЗД сечового міхура і нирок тому що при проходженні конкременту можлива його затримка або в сечоводі, або в уретрі, а при затримці сечі буде розширеною або нирка, або сечовий міхур.*

6.12. У хлопчика на 3 тижні життя з’явилось блювання фонтаном після кожного годування, без вмісту жовчі. Дитина неспокійна, втратила у вазі, рідке сечовипускання. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу?

A. \*Гастрофіброскопія

B. Копрологічнедослідження

C. Біохімічнийаналізкрові

D. Ультразвуковедослідження

E. Загальнийаналізсечі

*У дитини першого місяця життя описана клініка високої кишкової непрохідності (блювання фонтаном після кожного годування, ознаки ексикозу та гіпотрофії). Відсутність жовчі у блювотних масах свідчить про те, що непрохідність у пілоричному відділі шлунку, вище місця впадіння жовчного протоку у 12-палу кишку, тому найкращим інструментальним методом для уточнення діагнозу буде гастрофіброскопія.*

6.13. Хворий 14 років звернувся до лікарні зі скаргами на постійний біль у животі, нудоту, позиви на блювоту, підвищення температури тіла до 380С. Захворів добу тому, коли з’явився сильний, “кінжальний” біль у животі, який значно посилився останні 9 годин. Об'єктивно: живіт не приймає участі в акті дихання, різко напружений та болючий при пальпації на всьому протязі. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Перистальтика не вислуховується. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. \*Перитоніт.

B. Гострий панкреатит.

C. Гострий апендицит.

D. Правобічна ниркова коліка

E. Жовчнокам’яна хвороба.

*Живіт не приймає участі в акті дихання, різко напружений, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний – це симптоми, характерні для гострого перитоніту*.

6.14. У недоношеної дитини з перших годин життя відзначається рясне блювання з домішкою жовчі. Стілець – слизова пробка, відійшла наприкінці 1 доби, одноразово. Запідозрена кишкова непрохідність. Який додатковий метод обстеження необхідний?

A. \*Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини

B. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

C. Езофагодуоденоскопія

D. Пневмоіригоскопія

E. Рентгенограма органів черевної порожними з барієм

*Ультразвукове дослідження є малоінформативним у діагностиці кишкової непрохідності. Езофагогастродуоденоскопія дасть можливість дослідити лише 12-типалу кишку, пневмоіригоскопія –лише товстий кишечник.Оглядова рентгенограма черевної порожнини э інформативною для діагностики кишкової непрохідності та її локалізації. Прийом барію перорально може бути небезпечним при невиключеній повній кишковій непрохідності.*

6.15. Хлопчик дев’яти років пред’являє скарги на болюче м’яке утворення у правій паховій ділянці, що виступає над поверхнею шкіри та не вправляється. Температура тіла нормальна. Діагностовано пахвинну килу. З моменту защемлення минуло понад 12 годин. Який метод лікування потрібен:

A. \*Негайне оперативне втручання

B. Ручне вправлення грижі

C. Короткочасний наркоз, ручне вправлення грижового випинання

D. Комплекс консервативних заходів, розрахованих на самовправлення грижі

E. Очікувальна тактика

*У дитини має місце защемлення пахвинної кили. Цей стан є абсолютним показанням до оперативного втручання. Ручше вправлення кили неприпустиме, тому що слід спочатку переконатися, що у грижовому мішку не відбулося некрозу петель кишковика у зв’язку з порушенням кровопостачання. Консервативні заходи та очікувальна тактика призведуть до втрати часу, наслідком чого і може стати некротизування вмісту грижового мішку.*

6.16. Дитині 5 років випадково випила рідину для прочищання труб, що містить їдкий луг. Скарги на біль у ротовій порожнині та за грудиною, гіперсалівацію, порушення ковтання. Діагностовано хімічний опік ротової порожнини, глотки та стравоходу. Яке основне лікування в першу добу після травми:

A. \*Протишокова терапія

B. Очікувальна тактика.

C. Промивання шлунку

D. Накладання гастростоми

E. Парентеральне харчування

*У дитини хімічний опік верхніх відділів ШКТ. Перш за все слід запобігати розвитку опікового та рефлекторного шоку. Небезпечно промивання шлунку при отруєнні корозивними речовинами. Накладання гастростоми не показане, як і парентеральне харчування - у більшості випадків дитина в змозі приймати щадну їжу*. *У будь-якому випадку, ці заходи не є першочерговими.*

6.17. Дитину 16-ти років турбують сильні болі в епігастральній ділянці, печія, відмічалась блювота “кавовою гущею”. При огляді дитина збудлива, емоційно неврівноважена, зниженого відживлення, шкіра бліда, язик обкладений білим налетом, при пальпації живота різкий біль і напруженість м’язів в епігастрії. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Виразкова хвороба шлунку, ускладнена шлунковою кровотечею.

B. Дискінезія жовчовивідних шляхів

C. Синдром подразненого кишківника

D. Виразково-некротичний коліт

E. Холецистопанкреатит.

*Блювання «кавовою гущею» свідчить про наявність крові у порожнині шлунку – такий колір має солянокислий гематин, що утворююється при контакті гемоглобіну з соляною кислотою. Шлункова кровотеча може бути при виразковій хворобі шлунку, для якої також характерний різкий біль в епігастрії.*

6.18. Дитину 12-ти років турбують сильні болі в епігастральній ділянці, печія, відмічалась блювота “кавовою гущею”. При огляді дитина збудлива, емоційно неврівноважена, зниженого відживлення, шкіра бліда, язик обкладений білим налетом, при пальпації живота різкий біль і напруженість м’язів в епігастрії. Яке обстеження слід призначити для уточнення діагнозу?

A. \*Фіброгастродуоденоскопія.

B. УЗД органів черевної порожнини.

C. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

D. Контрастна колонографія

E. Контрастна іригографія

*Блювання «кавовою гущею» свідчить про наявність крові у порожнині шлунку – такий колір має солянокислий гематин, що утворююється при контакті гемоглобіну з соляною кислотою. Шлункова кровотеча може бути при виразковій хворобі шлунку, для якої також характерний різкий біль в епігастрії. Для підтвердження діагнозу оптимаьним методом дослідження є фіброгастродуоденоскопія, яка діє можливість візуально побачити виразку, оцінити її розміри та морфологію, а також зробити біопсію.*

6.19. Дитина 5-ти років отримала опік окропом 15% поверхні тіла. При огляді: ураження шкіри поверхневе, місце опіку яскраво гіперемійоване, набряклість. Дитина збуджена, відчуває сильний біль і печіння в місцях опіку. Частота серцевих скорочень 115 / хв. АТ в межах норми. Дихання не змінено. Погодинний діурез збережений. Яка тактика лікаря при наданні первинної допомоги потерпілому?

A. \*Усунення больового синдрому

B. Накладення пов’язок на обпалену поверхню

C. Катетеризація сечового міхура

D. Призначення транквілізаторів

E. Призначення серцевих глікозидів

*Враховуючи виражений больовий синдром і печію, перш за все слід провести адекватне знеболювання. Після цього показане накладенні асептичних пов’язок та транспортування дитини до лікарні. Оскільки діурез збережений, катетеризація сечового міхура на момент огляду не показана, як і призначення серцевих глікозидів (відсутні порушення з боку серцево-судинної системи),призначення транквілізаторів також не має сенсу – дитина заспокоїться після усуненні больового синдрому.*

6.20. У 13-річної дитини після ДТП лікарем швидкої допомоги був діагностований травматичний шок у зв'язку з відкритим переломом правої великогомілкової кістки і масивна кровотеча з рани. Який обсяг допомоги необхідно здійснити лікарю на місці аварії?

A. \*Введення знеболювачів, накладення джгута, транспортна іммобілізація

B. Первинна хірургічна обробка рани

C. Введення антибіотиків

D. Введення допаміну

E. Накладення асептичної пов’язки

*Наявність травматичного шоку диктує необхідність адекватного знеболювання, масивна кровотеча (ймовірно, артеріальна) – накладення джгута, а наявність перелому – транспортної імобілізації та транспортування дитини до травматологічної клініки, де в подальшому буде проведена первинна хірургічна обробка рани, накладення асептичної пов’язки, введення антибіотиків та репозиція кісткових відламків – це повинен робити спеціаліст у стаціонарі. Під час транспортування слід забезпечити протишокову інфузійну терапію. Введення допаміну без інфузії буде неефективним!*

6.19. Дівчинка 9 років зірвалася з дерева і натрапила областю промежини на суху колоду, що лежала на землі. Батьки відразу звернулися на фельдшерський пункт зі скаргами на гострий біль в області промежини, де була виявлена рана. Які дії з боку медичних працівників будуть оптимальні на ранньому етапі:

A. \*Туалет промежини з накладенням асептичної пов’язки та моніторинг стану в умовах стаціонару

B. Провести туалет промежини з накладенням асептичної пов’язки та відпустити додому

C. Діагностична лапароскопія

D. Діагностична лапаротомія

E. УЗД органів малого тазу

*На фельдшерському пункті повинна бути надана первинна медична допомога у вигляді накладення асептичної пов’язки та при необхідності – знеболювання. Для подальшої діагностики та спостереження дитина має бути доставлена до хірургічного стаціонару, де за показаннями можуть бути проведені ультразвукові дослідження, лапароскопія тощо*.

6.20. У хлопчика 3-тижневого віку раптово почалось блювання фонтаном через 1-2 години після годування (дитина на грудному вигодовуванні).В блювотних масах в основному звурджене молоко. Ймовірний діагноз:

A. \* Пілоростеноз

B. Адреногенітальний синдром

C. Висока кишкова непрохідність

D. Інвагінація кишок

E. Хвороба Гіршпрунга

*Висока кишкова непрохідність та інвагінація кишок мало ймовірні у дитини 3-х тижнів, що знаходиться виключно на штучному вигодовуванні. При хворобі Гіршпрунга перш за все мають бути дані про порушення стулу, затримку дефекації. При адреногенітальному синдромі може бути блювання фонтаном, але також характерний рідкий стул, та й клінічні прояви повинні були проявитися відразу після пологів. Початок блювання «фонтаном» зміненим молоком на 3-му тижні життя більш за все характерний для пілоростенозу, який слід виключити в першу чергу.*

6.21. Хворого К., 2 років, протягом останніх 7 днів турбує біль в ділянці пупка, де є грижа. Грижове випинання діаметром до 6 см, в черевну порожнину при поверхневій пальпації не вправляється, болісне, шкіра над ним не змінена, симптом кашльового поштовху позитивний. Сформулюйте діагноз.

A. \* Невправима пупкова грижа.

B. Защемлена грижа білої лінії.

C. Передочеревинна ліпома.

D. Кіста урахуса.

E. Вправима пупкова грижа.

*Оскільки у хворого є пупкова кила, слід перш за все виключити її защемлення. Але при защемленні характерний негативний симптом кашльового поштовху – підвищення тиску, що виникає у черевній порожнині при кашлі, не передається на грижовий мішок при защемленні. Оскільки при поверхневій пальпації кила не вправляється, а симптом кашльового поштовху позитивний – маємо справу з невправимою пупковою килою.*

6.22. Хлопчик 12 років скаржиться на гострий біль в правій половині калитки з ірадіацією в пахвинну ділянку, що виник 2 години тому після уроку фізкультури. Зовнішні статеві органи сформовані правильно. Праве яєчко підтягнуте до кореня калитки, при пальпації відмічається різке підсилення болю при піднятті яєчка. Шкіра калитки гіперемована. Ваш діагноз.

A. \*Перекрут правого яєчка

B. Варікоцеле

C. Пахвинно-калиткова грижа

D. Орхіт

E. Травматичне ураження калитки

*Варикоцеле не виникає гостро. Орхіт виникає не у зв’язку з фізичним навантаженням, а при інфекційних захворюваннях. Якщо зовнішні статеві органи сформовані правильно – то паховий канал також палькується, отже – кили бути не може, та й киловового вмісту у калитці при огляді не виявлено. Також не виявлено гематоми та інших видимих уражень калитки, характерних для травми. Отже, анамнестично і клінічно все вказує саме на перекрут яєчка.*

6.23. Хлопчик 2 років звернувся в поліклініку зі скаргами на неспокій, болі внизу живота на протязі останніх 5 годин. При огляді у хлопчика в лівій пахвинній ділянці пальпується малорухливе, з чіткими контурами, еластичне, болюче утворення 6х4 см. Обидва яєчка в калитці. Нудоти, блювоти не було. Ваша тактика лікування.

A. \*Екстрене оперативне лікування

B. Вправлення защемленої пахвинної грижі

C. Консервативне лікування

D. Планове оперативне лікування

E. Фізіотерапевтичне лікування

*У дитини має місце защемлена пахово-калиткова кила (малорухливе болюче утворення – це вміст килового мішку. Защемлена кила – це абсолютне показання для екстреного оперативного втручання.*

6.24. У дитини 7 років на 2-у добу після внутрішньовенної інфузії 2% розчину KCl виник біль і гіперемія шкіри в області венепункції, обмеження рухливості в ліктьовому суглобі. При пальпації – болючий інфільтрат 4-5 см без чітких меж по ходу кубітальної вени, симптом флюктуації негативний. Пахвинні лімфовузли не збільшені. Рухи пальців кисті безболісні. Ваш діагноз.

A. \*Постін’єкційний паравазальний інфільтрат

B. Паравазальна флегмона

C. Бешиха лівої верхньої кінцівки

D. Абсцес лівого передпліччя

E. Тромбофлебіт кубітальної вени

*Для флегмони або абсцесу характерний позитивний симптом флюктуації. При тромбофлебіті інфільтрат не палькується. Характерний для бешихи анамнез відсутній. Очевидно, частина розчину була введена паравазально, що викликало асептичне запалення навколишніх тканин.*

6.25. Дитину 12 років укусила отруйна змія. В ділянці укусу з’явився біль, відчуття оніміння, втрата рухливості в ділянці враження з швидким розповсюдженням на всю кінцівку. Яку негайну медичну допомогу слід надати після укусу отруйної змії?

A \*Відсмоктування отрути з рани, госпіталізація в реанімацію, введення специфічної сироватки

B. Ретельне промивання місця укусу антисептиком, накладення пов’язки

C. Госпіталізація в травматологічне відділення, профілактика правця

D. Накладення венозного джгута, госпіталізація в хірургічне відділення

E. Місцеве застосування холоду, амбулаторне спостереження

*Клінічна картина отруєння має місце. Для попередження подальшого розповсюдження яду доцільним (та досить безпечним для того, хто надає допомогу) є відсмоктування яду, з подальшою імобілізацією кінцівки. Єдиним ефективним методом нейтралізації яду, що вже всмоктався у кров, є введення специфічної сироватки, яке повинно проводитися у відділенні реанімації під ретельним контролем.*

6.26. У дитини 6 років на 2-у добу після гемотрансфузії є біль і гіперемія шкіри в області лівого ліктьового згину (місце венепункції), обмеження рухливості в суглобі. При пальпації – болючий інфільтрат у підшкірній клітковині без чітких меж по ходу кубитальної вени протяжністю 4-5 см, симптом флюктуації негативний. Пахвинні лімфовузли на стороні ураження не збільшені. Набряку лівої кисті немає. Рухи пальців кисті вільні і безболісні. Ваш діагноз.

A. \*Постінфузійний паравазальний інфільтрат.

B. Паравазальна флегмона.

C. Бешиха лівої верхньї кінцівки.

D. Абсцес лівого передпліччя.

E. Тромбофлебіт кубитальної вени.

*Для флегмони або абсцесу характерний позитивний симптом флюктуації. При тромбофлебіті інфільтрат не палькується. Характерний для бешихи анамнез відсутній. Очевидно, частина розчину була введена паравазально, що викликало асептичне запалення навколишніх тканин.*

6.27. Дівчинка 17 років потрапила до приймального відділення зі скаргами на гострий біль у тазовій ділянці зліва, з ірадіацією у задній прохід, слабкість, нудоту, блювоту. При огляді – шкіра бліда, холодний піт, ЧСС – 110/хв., АТ – 90/50 мм рт.ст. Мало місце порушення менструального циклу, сьогодні – 15 день циклу. Який діагноз?

A. \*Апоплексія яєчника.

B. Гострий апендицит.

C. Виразкова хвороба шлунку.

D. Кишкова непрохідність.

E. Ниркова коліка.

*Для виразкової хвороби шлунку не характерний анамнез та локалізація болю, як і для ниркової кольки. Нудота та блювання можуть бути симптомами апендициту та кишкової непрохідності, але зверніть увагу на слабкість, холодний піт, тахікардію та низький артеріальний тиск – це симптоми гострої кровотечі, яка характерна для апоплексії яєчнику, що також підтверджується харатерним гінекологічним анамнезом – порушення менструального циклу та овуляторна фаза на момент захворювання. Ірадіація болю в задній прохід – симптом наявності крові у дугласовому просторі.*

6.28. Дівчинка 10 років після зґвалтування скаржиться на біль у надлобковій ділянці, часті поклики на сечовипускання, під час яких сеча має кров’янистий характер, іноді виділяються краплі крові. При огляді – набряк та біль в надлобковій ділянці, біль передньої стінки живота при пальпації. Який стан потрібно запідозрити у першу чергу?

A. \* Травма сечового міхура.

B. Геморагічний васкуліт.

C. Перитоніт.

D. Гострий пієлонефрит.

E. Сечокам’яна хвороба.

*Оскільки у дитини в анамнезі є можливість травми органів тазу, слід в першу чергу подумати про травматичне ураження. Тим паче, що для геморагічного васкуліту, пієлонефриту та перитоніту взагалі не характерне виділення крапель крові при сечовипусканні, а для сечокам’яної хвороби характерний різкий біль по ходу сечоводів, а не в надлобковій ділянці. Отже, травма сечового міхура – єдиний вірогідній діагноз.*

6.29. Хлопчик 13 років після падіння на уроці фізичної культури скаржиться на сильний біль у промежині, затримку сечовипускання. При огляді – блідість шкіри, кінцівки холодні. Визначається тахікардія, АТ 105/60 мм рт.ст. В області промежини має місце гематома. Який діагноз?

A. \* Неповний розрив уретри.

B. Геморагічний діатез.

C. Парапроктит.

D. Гострий цистит.

E. Компресійний перелом хребта.

*Після травми в анамнезі слід перш за все виключити травматичні ураження внутрішніх органів та скелету. Для компресійного перелому хребта не характерні сильний біль у промежині та гематома в цій області. Гематоми в області промежини не характерні також для циститу та геморагічного васкуліту. Параптоктит не розвивається настільки гостро і не проявляється гематомами. Ймовірно, що слід запідозрити частковий розрив уретри.*

6.30. Дитина 10 років після падіння на лівий бік під час гри скаржиться на біль у спині. При огляді – болючість і напруження передньої стінки живота в підребер’ї та косто-вертебральному куті на стороні травми, пальпація поперекової ділянки зліва болісна. Який показник в загальному аналізі сечі допоможе встановити можливість травми нирки?

A. \* Еритроцитурія.

B. Протеінурія.

C. Циліндрурія.

D. Уратурія.

E. Глюкозурія.

*Уратурія та глюкозурія для травм нирки не характерні. Протеїнурія та циліндрурія можуть з’явитися при травмі нирки, але це неспецифічні симптоми, еритроцитурія допоможе вірогідніше підтвердити діагноз.*

6.31. Дитина 10 років потрапила у автомобільну аварію та отримала удар у живіт. При огляді зовнішніх пошкоджень немає, свідомість збережена, слизові оболонки бліді, кінцівки холодні. Які життєві параметри обов’язково потрібно одразу контролювати в даному випадку?

A. \* Пульс, частота дихання, артеріальний тиск.

B. Стан діурезу.

C. Сухожильні рефлекси.

D. Температура тіла.

E. Відходження кишечникових газів та стулу.

*Після закритої травми животу слід перш за все виключити розриви внутрішніх органів і внутрішню кровотечу, яка може призвести до геморагічного шоку. Він проявлятиметься тахікардією, тахіпное та зниженням артеріального тиску, отже ці параметри слід перевірити в першу чергу.*

6.32. Підлітку 16 років, була зроблена ендоскопія стравоходу, виявлені поодинокі поздовжні дефекти слизової оболонки стравоходу. Заключення ендоскопіста - синдром Мелорі-Вейса. Які з наведених клінічних проявів притаманні для синдрому Мелорі-Вейса?

A. \* Блювота з домішкою свіжої крові

B. Пневмомедіастинум

C. Пневмоторакс

D. Гостре розширення шлунку

E. Фебрильний стан

*Синдром Мелорі-Вейса - це поздовжній розрив слизової оболонки стравоходу, що відбувається під час блювоти або при сильних позивах до блювоти. Він виникає при підвищенні тиску у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту. Якщо сильне та раптове підвищення тиску відбувається в області шлунково-стравохідного переходу, то це у свою чергу призводить до лінійного розриву слизової оболонки.*

6.33. Хлопець 16 років знайдений під бетонною плитою через 2 доби після обрушення житлового 3-поверхового будинку. Ліва нижнякінцівка придавлена плитою. Свідомість відсутня. Стан важкий. При катетеризації сечового міхура отримано 150 мл сечі бурого кольору. У хворого спостерігається міоглобінурія, пігментні циліндри, гіперкаліємія. Яка причина міоглобінурії?

A. \*Синдром тривалого здавлювання.

B. Гостра печінкова недостатність

C. Сечокам`яна хвороба

D. Токсична нефропатія

E. Гострий гломерулонефрит

*Анамнез дитини, а також клінічна картина (олігоанурія, міоглобінурія, гіперкаліємія) свідчать про ниркову недостатність, що є проявом синдрому тривалого здавлювання. Він виникає при масивному ураженні нирок міоглобіном при тривалому здавлюванні м’язів.*

6.34. Дівчина 17 років скаржиться на різкі болі в області попереку з іррадіацією в пах. Хвора тримається за лівий бік, стогне, не може знайти собі місця. Відмічається нудота, різка слабкість, сухість у роті. При пальпації – різка болючість правої половини області попереку. Симптом Пастернацького різко позитивний справа. Хворобливість при пальпації по ходу лівого сечоводу. У сечі – макрогематурія. Яка найбільш вірогідна причина гострої гематурії?

A. \*Сечокам’яна хвороба, ускладнена нирковою колькою

B. Пухлина сечового міхура

C. Гострий гломерулонефрит

D. Позаматкова вагітність

E. Спонтанний аборт

*Виражений больовий синдром у попереку, що супроводжується нудотою та блюванням, з іррадіацією по ходу сечоводу, особливо у сполученні з макрогематурією, дає змогу досить ймовірно запідозрити наявність ниркової кольки, що пов’язана з міграцією сечового каменю.*

6.35. Дитинавіком 11 місяців поступила у дитячу лікарню. При огляді на тулубі, правій гомілці та сідницях спостерігаються крововиливи. Відмічається патологічна деформація гомілки та її набряк. На пальпацію ураженої гомілки дитина реагує гучним криком. Мати знаходиться в нетверезому стані, причину появи у дитини вище названих змін вказати не може. Чим, скоріше за все, обумовлений даний стан дитини.

A. \*Результатом насильства над дитиною

B. Переломом гомілки

C. Геморагічним діатезом.

D. Остеомієлітом

E. Лейкозом

*Патологічна деформація гомілки, біль при пальпації та її набряк є непрямими ознаками перелому гомілки. Але оскільки у дитини є також інші травми, ймовірно, слід запідозрити насильство над дитиною.*

6.36. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі, Вам необхідно визначити площу невеликої опікової поверхні. Яким методом ви маєте скористатись?

A. \*Правило долоні

B. Правило дев’ятки

C. Правило десятки

D. Правило обличчя

E. Зробити відбиток з опікової поверхні

*Для визначення площі невеликих опіків використовують «Правило долоні» - долоня людини складає 1% поверхні її тіла. Для визначення простору великої опікової поразки, навпаки, застосовується діаграма Lund і Browder («правило дев’ятки»): голова та шия складають 9% поверхні тіла, кожна рука – 9%, кожна нога – 18%, передня та задня поверхні тулуба – по 18% кожна, ще 1% - промежина.*

6.37. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі, Вам необхідно визначити площу великої опікової поверхні, яка охоплює частину тулуба та верхні кінцівки. Яким методом ви маєте скористатись?

A. \*Правило дев’ятки

B. Правило долоні

C. Правило десятки

D. Правило обличчя

E. Зробити відбиток з опікової поверхні

*Для визначення простору великої опікової поразки в педіатричній практиці застосовується діаграма Lund і Browder: голова та шия складають 9% поверхні тіла, кожна рука – 9%, кожна нога – 18%, передня та задня поверхні тулуба – по 18% кожна, ще 1% - промежина. Оскільки більшість показників кратні 9, ця діаграма набула назви «Правило дев’ятки». Для невеликих опіків, навпаки, використовують «Правило долоні» - долоня людини складає 1% поверхні її тіла.*

6.38. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі Вам діагностовано опіки тяжкого ступеню, опіковий шок. Оберіть адекватний засіб та темп інфузійної терапії під час транспортування постраждалого до лікарні.

A. 0,9% розчин NaCl 20-30 мл/кг/год

B. 0,9% розчин NaCl 5-10 мл/кг/год

C. 0,9% розчин NaCl 40-60 мл/кг/год

D. 5% розчин глюкози 20-30 мл/кг/год

E. 10% розчин глюкози 20-30 мл/кг/год

*Наказ МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділ «Опіковий шок»: «При важких опікових ушкодженнях, під час транспортування більше 30 хвилин, необхідна катетеризація магістральних судин і iнфузiя сольових розчинів або 0.9% NaCl в обсязі 20-30 мл/кг/годину».Такий об’єм інфузії рекомендується також для надання невідкладної допомоги при інших видах шоку, окрім кардиогенного.*

6.39. Дитину доставлено до лікарні з місця дорожньо-транспортної пригоди з ознаками шоку. Після встановлення сечового катетеру отримано сечу кров’янистого кольору. Найбільш імовірна причина гематурії?

A. \*Травматичне ушкодження нирок та сечовивідних шляхів

B. Гострий гломерулонефрит

C. Геморагічний цистит

D. Нефритичний синдром

E. Сечокам’яна хвороба

*Анамнез – дорожньо-транспортна пригода – змушує підозрювати травматичний характер ушкодження нирок та сечовивідних шляхів, ознаки шоку та поява кров’янистої сечі підтверджують цю підозру.*

6.40. У дитини з нервово-артритичним діатезом після вживання в їжу значної кількості м’яса із кетчупом раптово виник гострий переймоподібний біль у животі і попереку, який іррадіює у статеві органи. При сечовипусканні отримано каламутну сечу із домішками крові. Найбільш імовірна причина гематурії?

A. \*Ниркова колька

B. Гострий гломерулонефрит

C. Геморагічний цистит

D. Нефритичний синдром

E. Травматичне ушкодження сечовивідних шляхів

*Гострий біль у попереку нехарактерний для гломерулонефриту та нефритичного синдрому. При циститі біль локалізується у проекції сечового міхура та супроводжується дизурією, для ушкодження сечовивідних шляхів локалізація болі у животі та попереку також нехарактерна, отже, ймовірно, має місце ниркова колька з міграцією конкременту, що й викликає больовий синдром та появу домішок крові у сечі.*

6.41. При обстеженні дитини отримано аналіз сечі, забарвлений кров’ю. При лабораторному досліджені виявлено незмінені еритроцити. Яке, на вашу думку, найбільш імовірне джерело гематурії?

A. \*Нижні сечовивідні шляхи

B. Клубочки

C. Канальці

D. Петля Генле

E. Нефрон

*Відомо, що змінені еритроцити (вилужені) виявляються при хворобах нирок з ураженням клубочків, що призводить до проникнення еритроцитів через уражену мембрану, при цьому вони деформуються, пошкоджуються та втрачають гемоглобін. Тривале знаходження еритроциту в сечі також призводить до його знебарвлення. Отже, виявлення незмінних еритроцитів (ізоморфічних) характерне для ураження нижніх сечовивідних шляхів.*

6.42. На місті ДТП з пошкодженої автівки вилучено дитину 10 років з численними забоями та відкритим переломом гомілки. При огляді звертає увагу задуха, ціаноз шкіри. Права половина грудної клітини не приймає участі у диханні. Перкуторно над нею визначається високий тимпаніт, аускультативно дихання не прослуховується, межі серцевої тупості зміщено вліво. Тони серця глухі, прискорені. Про який небезпечний стан це свідчить?

A. \*У дитини з політравмою є напружений правобічний пневмоторакс

B. Забій легені

C. Відкритий пневмоторакс

D. Гемоторакс

E. Ателектаз правої легені

*Явища дихальної недостатності у сполученні з відсутністю екскурсії половини грудної клітки, відсутністю дихальних шумів, зміщенням серцевої тупості у протилежний бік та, особливо, тимпанічний перкуторний звук, що з’являється над порожнистим органом або порожниною, що містить повітря, характерні для напруженого пневмотораксу. При відкритому пневмотораксі накопичення повітря у плевральній порожнині не відбувається, бо воно без перешкоди виходить назовні. При забої легені немає ані накопичення повітря у плевральній порожнині, ані зміщання серця у протилежний бік. При гемотораксі зміщення серця може бути, але перкуторний звук не тимпанічний, а притуплений. При ателектазі легені відбувається зміщення серця, навпаки, у бік поразки, та не характерний тимпаніт (немає накопичення повітря).*

6.43. На місті ДТП з пошкодженої автівки вилучено дитину 10 років з численними забоями та відкритим переломом гомілки. При огляді звертає увагу задуха, ціаноз шкіри. Права половина грудної клітини не приймає участі у диханні. Перкуторно над нею визначається високий тимпаніт, аускультативно дихання не прослуховується, межі серцевої тупості зміщено вліво. Тони серця глухі, прискорені. Ви діагностували напружений правобічний пневмоторакс. Ваші дії?

A. \*Негайно декомпресія правої плевральної порожнини

B. Розпочати ШВЛ

C. Призначити оксигенотерапію

D. Негайно транспортувати постраждалу дитину до лікарні

E. Призначити кордиамін підшкірно

*Першорядний захід при напруженому пневмотораксі – перевести його до стану відкритого, тобто зробити пункцію або дренування відповідної плевральної порожнини для виходу повітря, що накопичилось у плевральній порожнині, назовні. Це дасть змогу легені розправитися та приймати участь у диханні, а також сприятиме нормалізації положення інших органів, зокрема серця. Категорично протипоказане проведення ШВЛ до декомпресії – це приведе до ще більшого зростання напруги повітря у плевральній порожнині. Оксигенотерапія не буде ефективною в умовах напруженого пневмотораксу у зв’язку з неефективністю дихання, транспортування до лікарні без надання допомоги є втратою часу, що може стати фатальною. Точки прикладення кордиаміну у данному випадку немає взагалі*.

6.44. Через суїцидальну спробу на залізничної колії підліток 16 років зазнав травматичної ампутації нижніх кінцівок на рівні стегон. При огляді загальмований. Шкіра різко бліда, волога. Час заповнення капілярів становить понад 5 сек. Пульс на периферичних артеріях не визначається. ЧСС 160 за хв. АТ 40/0 мм рт.ст. ЧДД 44 за хвилину. Діагностовано тяжкий травматичний шок. Орієнтовний об’єм крововтрати, судячи з наведеної симптоматики становить?

A. \*Понад 40%

B. 30-40% ОЦК

C. До 15% ОЦК

D. ОЦК15-30% ОЦК

E. Дефіциту ОЦК немає

*Клінічна картина відповідає термінальній фазі геморагічного шоку. Зрозуміло, що про відсутність крововтрати або об’єм до 15% мови не йде. Згідно Наказу МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», при крововтраті 30-40% ОЦК, яка також призводить до термінального шоку, спостерігається гіподінамічний тип кровообігу – зниження систолічного і підвищення діастолічного АТ. Зниження діастолічного АТ до 0 є ознакою крововтрати 40% і більше.*

6.45. Дитину доставлено до лікарні з місця дорожньо-транспортної пригоди з ознаками шоку. Після встановлення сечового катетеру отримано сечу кров’янистого кольору. Найбільш імовірна причина гематурії?

A. \*Травматичне ушкодження нирок та сечовивідних шляхів

B. Гострий гломерулонефрит

C. Геморагічний цистит

D. Нефритичний синдром

E. Сечокам’яна хвороба

*Анамнез – дорожньо-транспортна пригода – змушує підозрювати травматичний характер ушкодження нирок та сечовивідних шляхів, ознаки шоку та поява кров’янистої сечі підтверджують цю підозру.*

6.46. У дитини 4 - тижневого віку через 2 тижні від початку захворювання, який проявляється блювотою "фонтаном", вираженої гіпотрофією і ексікозом, педіатром був запідозрений вроджений пілоростеноз. При надходженні в дитяче хірургічне відділення стан вкрай важкий: риси обличчя загострені, адинамія , сильна спрага, анурія, запах сечі з рота, сірість шкірних покривів. У сироватці крові: натрію - 135 ммоль / л, калію - 3,7 ммоль / л . Коматозний стан якого характеру розвинулося у дитини ?

A. \* Гіпохлоремічна кома

B. Азотемічна кома

C. Кетоацидотична кома

D. Гіперосмолярна кома

E. Гіпоглікемічна кома

*При багаторазовій блювоті організм значно втрачає соляну кислоту, яка, як відомо , містить хлориди (НCl) , тому при даній патології характерний розвиток гіпохлоремії , метаболічного алкалозу, в важких випадках - гіпохлоремічної коми.*

7. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ НЕВРОЛОГІЇ

7.1. У дитини 10 місяців на тлі легкого перебігу ГРВІ з’явилися повторні клонічні судоми. При огляді виявлено затримку психомоторного розвитку, краніотабес, деформацію грудної клітіни, потовщення метафізів трубчатих кісток. Рівень кальцію крові – 1,6 ммль/л, інтервал QT на ЕКГ подовжений – 0,33 сек. Даних про перинатальнее ушкодження ЦНС немає. Спино-мозкова рідина інтактна, витікала під тиском. Вигодування штучне, без овочевих страв. Про яке захворювання іде мова?

A. \*Спазмофілія

B. Менінгіт.

C. Енцефалітичнареакція.

D. Енцефаліт.

E. Нейротоксикоз.

*У дитини явна спазмофилия на тлі рахіту. Спазмофілія виникає внаслідок зниження вмісту кальцію в крові, знаходиться в певному зв'язку з рахітом. Розрізняють приховану (латентну) і явну (маніфестну) форми спазмофілії. Прихована спазмофілія іноді стає явною, якщо дитина отримує малі дози вітаміну D. Прихована спазмофілія проявляється у вигляді симптомів Хвостека, Труссо, Люста і Ерба. Явна спазмофілія проявляється у вигляді ларингоспазму. Рідше спостерігаються карпопедальний спазм («рука акушера»), напади судом мімічних м'язів обличчя. Найбільш важка форма спазмофілії протікає у вигляді еклампсії і проявляється загальними клонічними судомами з втратою свідомості.*

7.2. Дитина 9 років госпіталізована з діагнозом геморагічний діатез. При обстеженні виявлено правобічний центральний геміпарез і порушення мовлення. Запідозрено геморагічний інсульт. Який метод дослідження необхідно призначити у першу чергу, як найбільш інформативний для підтвердження цього ускладнення?

A. \* Комп’ютерна томографія

B. Рентгенографія черепа

C. Ехо-енцефалоскопія

D. Загальний аналіз крові

E. Кількість тромбоцитів крові

*Для діагностики геморагічного інсульту необхідні додаткові методи обстеження, серед яких найбільш інформативними є комп'ютерна томографія і метод магнітно-резонансної томографії.На КТ або МРТ при діагнозі геморагічний інсульт видно осередкове гомогенний осередок в тканині головного мозку, який призводить до набряку мозку.*

7.3. Хлопчик 10 років отримав тяжку черепно-мозкову травму під час ДТП. Доставлений у стаціонар у важкому стані із забоєм головного мозку. На другу добу розвинувся епілептичний статус, який тривав більше 1 години. Оцінити прогноз.

A. \* Несприятливий для видужання та життя

B. Сприятливий для видужання та життя

C. Несприятливий для видужання, сприятливий для життя

D. Сприятливий при постійній штучній вентиляції легень

E. Сприятливий при нейрохірургічному лікуванні

*У дитини дагностуємо важку черепно-мозкову травму (забій головного мозку), прогноз якоїєнесприятливим для видужання та життя, згідно зі статистикою, від 30% до 50% випадків забоїв головного мозку важкого ступеня закінчуються смертельним результатом. Особи, які перенесли забій головного мозку важкого ступеня, дуже довго відновлюються (до 6 місяців) і навіть більше. Досить часто грубі психічні і рухові порушення зберігаються тривалий час, в ряді випадків стаючи причиною інвалідності.*

7.4. У дитини 10 років, хворої на епілепсію, на протязі години не припиняється напад клоніко-тонічних судом. Оберіть вірнийдіагноз?

A. \* Епілептичний статус

B. Епілептичний напад

C. Хорея

D. Спазмофілія

E. Істерія

*Епілептичний статус - це стан, при якому епілептичні припадки слідують один за іншим (зазвичай більше 30 хвилин), і в проміжках між нападами хворий не приходить до тями. Статус може виникати як ускладнення епілепсії або бути її маніфестним проявом.*

7.5. Хвора 35 років звернулась із скаргами на сильний приступоподібний біль у правій половині обличчя. Захворіла гостро біля місяцю назад, коли після ГРВІ з’явився біль у обличчі. Отримала амбулаторне лікування, ефекту не було, біль посилився. При огляді різко хвороблива пальпація точки виходу трійчастого нерву, боїться торкатися обличчя. Який препарат необхідно призначити в першу чергу?

A. \*Карбамазепін

B. Бета-інтерферон

C. Нурофен

D. Дексаметазон

E. Анальгін

*Карбамазепін є протиепілептичним засобом, використовуваним також для лікування нейропатичного болю. Основний механізм дії карбамазепіну зводиться до блокади потенціалзалежних натрієвих каналів. При невралгії трійчастого нерва: карбамазепін послаблює вираженість болю у 70-80% пацієнтів, частота розвитку побічних ефектів становить 25-50%, для нього характерно найвище співвідношення ефективність / безпека в порівнянні з іншими препаратами (рівень доказовості А, препарат першого вибору при лікуванні невралгії трійчастого нерва).*

7.6. Хвора 23 років звернулась із скаргами на сильний приступоподібний біль у лівій половині голови, блювоту. Хворіє з дитинства. Спочатку напади головного болю виникали 3-4 раз на рік, у останні 2 роки стали повторюватися 2-3 рази на місяць. Інтенсивність болю посилилась, періодично на висоті нападу блювота. Перед нападами з’являється важкість у голові, знижується настрій та працездатність. Мати хворої страждає на подібні напади. Поставте клінічний діагноз?

A. \*Мігрень

B. Невралгія трійчастого нерву

C. Лицевий геміспазм

D. Кластерний головний біль

E. Окципітальна невралгія

*Мігрень - хронічне захворювання, поширене в популяції. Найчастіше зустрічається у жінок, так як передається, в основному, по жіночій лінії, проте, нерідко і у чоловіків. Напади мігрені часто супроводжуються фотофобією (підвищена чутливість до яскравого світла), фонофобією і гиперакузією (підвищена чутливість до гучних звуків), Часто спостерігаються різка дратівливість (дисфорія) або пригнічений, пригнічений настрій, збудження або сонливість, млявість. Головний біль при мігрені зазвичай локалізується в одній половині голови (але може захоплювати обидві половини), поширюється на око, верхню щелепу, шию, має постійний пульсуючий характер, посилюється при будь-яких подразненнях (шум, світло, запахи). Тривалість типового нападу мігрені від декількох десятків хвилин до декількох годин.*

7.7. Призначте приоритетний комплекс заходів при наданні невідкладної допомоги дитині 2 років з судомним синдромом.

A. \* Збереження прохідності дихальних шляхів, вентиляція, оксигенація, стабілізація кровообігу, введення протисудомних препаратів.

B. Введення протисудомних препаратів та невідкладне транспортування до шпиталю.

C. Введення протисудомних препаратів та оксигенотерапія.

D. Застосування протисудомних та аналептичних препаратів.

E. Надання допомоги на місці розвитку судом недоцільне, необхідно швидше госпіталізувати хвору дитину

*В алгориті медичнї допомоги при судомному стані першочергово за показаннями проводяться реанімаційні заходи (що відображено в завданні як збереження прохідності дихальних шляхів, вентиляція, оксигенація, стабілізація кровообігу).При збереженій свідомості - iнсуфляцiя кисню через носовий катетер; при порушенні свідомості (ступор, сопор, кома I ст) - iнсуфляцiя кисню через носовий катетер або ларiнгеальну маску; при комі II-Ш ст. з порушенням подиху - після попередньої премедикацiї 0.1% атропіну сульфату 0.1 мл/рік життя (не більш 0.5 мл) внутрішньовенно, iнтубацiя трахеї і переведення на ШВЛ. Паралельно проводиться протисудомна терапія: бензодiазепiни, при неефективності 1% гексенал або тiопентал натрію*

7.8. Ви надаєте невідкладну допомогу дитині 1 року з судомним синдромом. Оберіть вірну дозу діазепаму для припинення судом.

A. \* 0,2-0,4 мг/кг внутрішньовенно

B. 0,02 мг/кг внутрішньовенно

C. 1-2 мг/кг внутрішньовенно

D. 0,5 мл внутрішньовенно

E. 0,1 мл внутрішньовенно

*Протисудомна терапія: бензодiазепiни (седуксен, реланiум, дiазепам, сiбазон) 0.3-0.5 мг/кг внутрішньовенно. Це треба запам’ятати.*

7.9. У дитини 2 років з нападом судом після введення діазепаму та тіопенталу натрія для їх усунення, дихання стало поверхневим та аритмічним. Яку лікувальну тактику необхідно обрати?

A. \* Провести допоміжну вентиляцію легень

B. Ввести повітровід

C. Провести оксигенотерапію

D. Призначити дихальний аналептик

E. Призначити еуфілін

*Бензодіазепіни і барбітурати (особливо в сполученні) можуть викликати депресію дихального центру, тому в лікуванні цього стану є допоміжна або штучна вентиляція легень.*

7.10. У хлопчика 10 років протягом місяця відмічається сильний головний біль в потиличній ділянці, який більш виражений зранку. Останнім часом біль супроводжується нудотою та блювотою, які приносять незначне полегшення. Запідозрена пухлина мозку. Яке обстеження слід призначити дитині:

A. \*Комп’ютерна томографія мозку

B. Електроенцефалографія

C. Аналіз спинно-мозкової рідини

D. Реоенцефалографія

E. Ангіографія мозку

*У дитини спостерігалася клініка підвищення внутрішньочерепного тиску, котра проявлялася в сильному головному болі зранку в супроводі із нудотою та блювотою, яка зростала за часом, що могло бути одним із проявів пухлини головного мозку. І тому комп’ютерна томографія є єдиним та головним дослідженням при підозрі на пухлину головного мозку.*

7.11. У хлопчика 8 років головний біль у ділянці потилиці, вранішня блювота без нудоти. Відмічали втрату свідомості з розгинальною ригідністю шиї, розширенням зіниць, порушенням дихання. АТ 130/75 мм рт.ст., ригідність м’язів шиї, атактична хода, тремор правої руки. Очне дно: застійні пипки зорових нервів. Ваше наступне обстеження:

A. \*Комп’ютерна томографія черепа

B. Динамічний контроль АТ

C. Рентген-дослідження шийного відділу хребта

D. Електроенцефалографія

E. Міографія

*У дитини спостерігалася клініка підвищення внутрішньочерепного тиску, яка є проявом ліквірної гіпертензії,а також очагові неврологічні симптоми: розгинальна ригіднісь шиї, розширення зіниць, порушення дихання. АТ 130/75 мм рт.ст., ригідність м’язів шиї, атактична хода, тремор правої руки. Вищенаведені симптоми є проявом органічного ураження головного мозку, а також кажуть про абструкцію лікворних шляхів. Єдиним методом дослідження є комп’ютерна томографія мозку (не черепу) для до уточнення діагнозу.*

7.12. У 4-річного хлопчика з хворобою Фало після лікування амоксициліном з приводу гнійного мастоїдиту впродовж 2 тижнів субфебрилітет, наростаючий головний біль, сонливість, зранку турбує блювота. Об’єктивно: атаксія, ністагм, грубий систолічний шум по краю грудини, застійні пипки зорових нервів. Найімовірніша причина:

A. \*Абсцес мозку

B. Аноксія головного мозку

C. Тромбоемболія судин головного мозку

D. Гнійний менінгіт

E. Пухлина мозку

*З урахуванням анамнезу: перенесеного гнійного мастоїдиту, наявності субфебрилітету впродовж 2 тижнів, наростаючого головного болю, сонливісті та блювоти, а також наявність очагових неврологічних симптомів: атаксія, ністагм, застійні пипки зорових нервів, ми можемо запідозрити наявність органічного ураження головного мозку із симптомами ліквірної гіпертензії, яке є проявом ускладнення інфекційного процесу,абсцесу мозку.*

7.13. У 7-місячної дитини під час грудного вигодовування раптово почались тонічні судоми, багаторазова блювота, епізод апное та втрата свідомості. Візуально визначаються вибухання і напруження тім’ячка з розходженням черепних швів та відсутністю пульсації, виражений судинний підшкірний малюнок на голові. У дитини запідозрили геморагічний інсульт. Зa допомогою якого методу дослідження можна встановити вогнище крововиливу та його відношення до оболонок мозку?

A. \*Комп"ютерна томографія

B. Нейросонографія

C. Ангіографія

D. Краніографія

E. Ехоенцефалографія

*З урахуванням гострого початку захворювання, відсутності інфекційних симптомів, наявності проявів гострої ліквірної гіпертензії (блювоти, епізод апное та втрата свідомості, вибухання і напруження тім’ячка з розходженням черепних швів та відсутністю пульсації, виражений судинний підшкірний малюнок на голові), а також наявності судом ми можемо думати про спонтанний внутрішньо мозковий крововилив, який допоможе діагностувати лише комп’ютерна томографія. (Для повноцінного діагностування причини крововиливу разом із КТ показано проведення ангіографії.)*

7.14. Удитини 3-х років з фебрильними судомами в анамнезі на фоні ГРВІ температура 380С. Стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, з “мармуровим” відтінком. АТ - 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 110/хв., ЧД – 34/хв. Яка тактика лікаря?

A. \* Термінове призначення жарознижуючих препаратів.

B. Регідратація.

C. Фізичні методи охолодження.

D. Введення протисудомних препаратів.

E. Не потребує призначення жарознижуючих препаратів.

*У зв’язку з особливостями водно-електролітного обміну у дітей раннього віку і високою гідрофільністю тканин, більшою кількістю загальної рідини в організмі і «експансією» позаклітинного сектору, гіпертермія призводить до більш швидкого розвитку судом на фоні гіпертермії (як наслідок набряку мозку). Тому першочерговою дією лікаря є термінове призначення жарознижуючих препаратів.*

7.15. В стаціонар доставлена дитина віком 7 місяців в безсвідомому стані. Вдома були судоми, які знялись введенням сібазону лікарем швидкої допомоги. При огляді: зіниці вузькі, менінгіальних знаків немає, температура тіла 37,2оС. Ознаки рахіту. В плазмі крові: калій – 3,8 ммоль/л, натрій – 136 ммоль/л, кальцій – 1,4 ммоль/л. Яка причина судом в даному випадку?

A. \*Гіпокальціємія.

B. Неспецифічна реакція ЦНС на основне захворювання.

C. Гіпокаліємія.

D. Гіпернатріємія.

E. Туберкульозний менінгіт.

*Норма загального (не іонізованого) кальцію плазми крові – 2-2,25 ммоль/л, при рівні менше 1,7 ммоль/л можливе виникнення судом. У даному випадку рівень кальцію ще нижчий, отже, вірогідно, мали місце гіпокальціємічні судоми.*

7.16. У дитини 5 міс. раптово з’явились судоми у вигляді тонічного напруження кінцівок, шумне стридорозне дихання на фоні нормальної температури. З анамнезу відомо, що мати нерегулярно проводила профілактику вітаміном Д. Об’єктивно: стан тяжкий, свідомість відсутня. Відмічаються тонічні судоми тулуба та кінцівок, дихання затруднене, стридорозне, шкірні покриви бліді, периоральний та акроціаноз. Наявні ознаки рахіту ІІ ступеня. Назвіть препарати першої черги, які необхідно ввести на до госпітальному етапі.

A. \*Кальцію глюконат, седуксен

B. Калію оротат, рибоксин

C. Амоксацилін, амікацин

D. Дексаметазон, панангін

E. Фуросемід, панангін

*При судомах будь-якого генезу препаратом вибору є сибазон (седуксен, реланіум, діазепам). Оскільки дитина не одержувала регулярно вітамін Д, має місце рахіт – ймовірно, що мала місце погана засвоюваність кальцію. Гіпокальціємія також може викликати судоми, отже, введення препаратів кальцію є етіологічно та патогенетично виправданим. Інші препарати можуть використовуватися лише в якості допоміжних.*

7.17. У дитини 5 міс. раптово з’явились судоми у вигляді тонічного напруження кінцівок, шумне стридорозне дихання на фоні нормальної температури. З анамнезу відомо, що мати нерегулярно проводила профілактику вітаміном Д. Об’єктивно: стан тяжкий, свідомість відсутня. Відмічаються тонічні судоми тулуба та кінцівок, дихання затруднене, стридорозне, шкірні покриви бліді, периоральний та акроціаноз. Наявні ознаки рахіту ІІ ступеня. Які обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

A. \*Визначити рівень кальцію у сироватці крові.

B. Визначити рівень натрію, калію, хлору сироватці крові.

C. Визначити рівень цукру крові.

D. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою

E. Дослідження цереброспінальної рідини

*Оскільки дитина не одержувала регулярно вітамін Д, має місце рахіт – ймовірно, що мала місце погана засвоюваність кальцію. Гіпокальціємія може викликати судоми, у тому числі ларингоспазм. Тому виходячи з анамнезу перш за все слід виключити гіпокальціємічний характер судом.*

7.18. Дівчина, 17 років, на прийомі повідомила, що три місяці тому була згвалтована невідомим. Скаржиться на поганий сон з кошмарними сновидіннями, пригнічений настрій, періодичні спалахи страху та паніки, нав'язливі спогади про травмуючу подію. Розповідає, що її нічого не цікавить, стала емоційно відгородженою від оточуючих. Імовірний діагноз:

A. \* Посттравматичний стресовий розлад.

B. Дисоціативний розлад

C. Генералізований тривожний розлад

D. Обсесивно-компульсивний розлад

E. Шизоафективний розлад

*Враховуючи тяжки стрес та психічну травму в анамнезі, найбільш ймовірним діагнозом є посттравматичний стресовий розлад.*

7.19. Дівчинка, 12 років, протягом декількох місяців зазнавала фізичного і сексуального насильства. Відмічається неспокійний сон, періодичні напади з падінням, розмашистими рухами, вигукуванням окремих слів. Психолого-експериментальне дослідження виявило емоційну лабільність, нестійкість уваги. Які лабораторно-інструментальні дослідження доцільно зробити в першу чергу?

A. \*Електроенцефалографію

B. Комп'ютерну томографію

C. Rtg-графія області турецького сідла

D. Біохімічне дослідження крові

E. Аналіз спинномозкової рідини

*Враховуючи клінічну картину, перш за все слід виключити епілептичний синдром. Наявність епілептичного вогнища достовірно діагностується за допомогою електроенцефалографії.*

7.20. Дівчина, 15 років, що зазнала сексуального насильства, на прийомі у педіатра знаходиться у пригніченому стані, неохоче відповідає на запитання, скаржиться на поганий сон, втрату апетиту, боїться сама виходити з дому. Під час розмови заявила: “не хочу жити”. Профілактика якого ситуації найбільш значима?

A. \*Суїцид

B. Аутизм

C. Деперсоналізація

D. Порушення поведінки

E. Зниження успішності

*Враховуючи тяжки стрес та психічну травму в анамнезі, найбільш ймовірним діагнозом є посттравматичний стресовий розлад.відсутність бажання жии може призвести до суїциду, що є найбільш загрозливою для життя ситуацією у даному випадку.*

7.21. Дівчина, 15 років, що зазнала сексуального насильства, стала сумною, пригніченою, часто плаче, дратівлива, обмежила контакти з ровесниками. Порушився сон, втратила апетит, висловлює суїцидальні думки. Ваша тактика.

A. \*Консультація психіатра

B. Консультація невропатолога

C. Консультація педіатра

D. Консультація терапевта

E. Соціальна допомога

*Враховуючи тяжкий стрес та психічну травму в анамнезі, найбільш ймовірним діагнозом є посттравматичний стресовий розлад. Лише досвідчений психіатр може повернути дитину до нормального життя.*

8. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В ДИТЯЧІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ, НЕФРОЛОГІЇ, ГЕМАТОЛОГІЇ

8.1. У дитини 10 міс, що постійно вигодовувалась коров'ячим молоком, відмічено виражений систолічний шум на верхівці серця, та акроціаноз. Сонографічно вади серця не виявлено. У крові: Hb 38 г/л, КП 0,7. Першочерговатерапія:

A. \* Трансфузія еритроцитарної маси.

B. Трансфузія цільної крові.

C. Ентеральне введення препаратів заліза.

D. Серцеві глікозиди по швидкій схемі насичення.

E. Введення рекормону

*У дитини анемія надтяжкого ступеню (Нb 50 г/л і менше). Гемотрансфузії проводяться тільки по життєвим показанням. Перевага надається еритроцитарній масі або відмитим еритроцитам. Для пацієнтів з рівнем гемоглобіну менше 70 г/л розглядаються питання трансфузії. Так як у дитини вже спостерігається порушення доставки кисню до тканин (акроціаноз) необхідна трансфузія. Абсолютним показанням до трансфузії еритроцитарної маси є різке зниження концентрації гемоглобіну до 50 г/л, відносним – анемія з концентрацією гемоглобіну меншою ніж 100 г/л.*

8.2. На 5-й день лікування гепарином з приводу шкірно-суглобової форми хвороби Шенляйн-Геноха у хлопчика посилилась геморагічна висипка, з‘явились м’язові гематоми, гемоптое, мелена. Активований парціальний тромбопластиновий час – 4 хв. Який препарат доцільно призначити хлопчику:

A. \*Протаміну сульфат

B. Строфантин

C. Активоване вугілля

D. Глюконат кальцію

E. Натрію гідрокарбонат

*Протамін сульфат - антагоніст гепарину. Антидот при передозуванні гепарину. Препарат білкового походження, що володіє специфічною проти геморагічною дією при кровоточивості, що викликана гепарином. Протаміну сульфату є ефективним антагоністом гепарину в еквівалентній дозі (1 мг протаміну сульфату нейтралізує 1 мг гепарину). Дія настає миттєво, а ефект триває близько 2 годин. Протаміну сульфату використовується в якості швидкодіючого і надійного антидоту при всіх кровотечах, викликаних введенням гепарину. При введенні гепарину необхідно завжди мати під рукою протаміну сульфат, щоб в разі необхідності відразу зупинити геморагічні ускладнення*.

8.3. У дівчинки 7 років на фоні t тіла-38,5ОС, нежиті, кашлю з’явилась блювання до 10 разів на добу. Об’єктивно: квола, апатична, запах ацетону з роту, ацетон в сечі (++++). Клінічний синдром?

A. \* Синдром ацетонемічної блювоти

B. Інфекція сечовивіднихшляхів

C. Гіпертермічний синдром

D. Гострий панкреатичний напад

E. Синдром мальабсорбції

*В тих випадках, коли організму потрібна підвищена кількість енергії і запаси глюкози виснажуються, з метою енергозабезпечення починається розпад жирів. В процесі розщеплення жирів утворюються кетонові тіла - ацетон, ацетоуксусная і бета-оксимасляная кислоти. Ці речовини токсичні для шлунково-кишкового тракту і нервової системи дитини. І, як наслідок, з'являється нудота, болі в животі, багаторазова блювота.Таким чином, синдром ацетонемічного блювання - не самостійне захворювання. Він виникає на тлі будь-якого стану, що вимагає підвищеної кількості енергії у дітей з нестабільним обміном речовин. Ацетон міститься у хворої дитини в крові, в повітрі, що видихається і в сечі.*

8.4. У хлопчика 5 міс., що хворіє впродовж тижня, за останню добу різкопо гіршився стан. При огляді: заторможений, пастозність шкірних покривів рівномірно розповсюджена, набряки на обличчі та нижніхкінцівках, шкіра та видимі слизові оболонки сухі, велике тім’ячко запале, t тіла-37,5оС, ЧСС – 154/хв., тони серця глухі, живіт збільшений, добовий діурез – 85 мл. Найбільш ймовірний діагноз?

A. \*Гостра ниркова недостатність

B. Гемолітико-уремічний синдром

C. Гостра наднирникова недостатність

D. Спадковий фосфат-діабет

E. Хронічна ниркованедостатність

*Беручи до уваги те, що тімячко запале, шкіра і слизові оболонки сухі можемо з ймовірністю думати про преренальну ниркову недостатність. На даній стадії порушення функцій нирок стають більш помітними . Загальний діурез знижений не менше ніж на 75 % . Підвищення токсичних речовин в крові викликає збільшення частоти дихальних рухів ( тахіпное ) і серцевих скорочень ( тахікардія ) . Зниження кількості сечі , а значить і збільшення рідини в організмі , приводить до появи набряків і підвищення артеріального тиску. Причини преренальної ГПН: гіповолемія (зневоднення, кровотеча, діуретики, блювота, діарея), низький серцевий викид, вазодилатація.*

8.5. За останню добу стан 4-міс. дитини, що хворієв продовж 5 днів, швидко погіршився. При огляді: дитина заторможена, розповсюджена пастозність шкірних покровів, набряки обличчя та нижніх кінцівок, шкіра та видимі слизові оболонки сухі, велике тім’ячко запале, t тіла-37,5оС, ЧСС – 160/хв., тони серця глухі, живіт збільшений, добовий діурез – 75 мл. Які першочергові заходи?

A. \*Відновлення ОЦК та гемодинаміки

B. Призначення антибактеріальних препаратів

C. Призначення осмотичних діуретиків

D. Корекція кислотно-лужної рівноваги

E. Проведення активної детоксикації

*Виходячи з того, що у дитини преренальна форма гострої ниркової недостатності єдиною правильною відповіддю є відновлення ОЦК та гемодинаміки.*

8.6. У хлопчика 3 років після перенесеного гострого ентероколіту ешеріхіозної етіології виявляються істеричність склер та шкіри, набряки під очима, на нижніх кінцівках, гепатоспленомегалія. В крові: еритроцити – 2,8 Т/л, гемоглобін – 82 г/л, тромбоцити – 140 Г/л, непрямий білірубін – 78 мкмоль/л, прямий білірубін – 5 мкмоль/л, креатинін – 170 мкмоль/л. Сеча темна, добовий діурез 150 мл, еритроцити – 10-12 в п/з, білок – 0,7 г/л. Про який діагноз слід думати?

A. \* Гемолітико-уремічний синдром

B. Синдром Рея

C. Гострий вірусний гепатит

D. Гострий гломерулонефрит

E. Гострий пієлонефрит

*Типовою формою, що зустрічається в основному у дітей, є ГУС, асоційований з шигаподібним токсином. Гемолітіко-уремічний синдром – гострий патологічний стан, що характеризується одночасним розвитком мікроангіопатичної гемолітичної анемії, тромбоцитопенії і азотемії. Гемолітико-уремічний синдром може проявлятися кривавою діареєю, абдомінальними болями, блідістю і пожовтінням шкіри та склер, пастозністю, петехіями на шкірі, анурією, ураженням ЦНС, печінки, підшлункової залози і серця.*

8.7. У дитини 12 років яка пройшла стаціонарне ліквання з приводу гострої ревматичної лихоманки та на даний час продовжує отримувати аспірін з’явилися болі в епігастральній ділянці, темне забарвлення випорожнень. Яка Ваша тактика?

A. \*Негайна госпіталізація

B. Консультація кардіоревматолога

C. Консультація гастроентеролога

D. Зменшити дозу аспіріну

E. Відмінити аспірін та призначити реднізолон

*При частому і тривалому застосуванні аспірину в поодиноких випадках можливий розвито кшлунково-кишкової кровотечі, яка супроводжується запеклими болями в животі, чорним стільцем, загальною слабкістю, анемією. При появі подібних симптомів рекомендується негайна госпіталізація.*

8.8. У дитини 14 років, з гострим гломерулонефритом, на 4 добу лікування загальний стан значно погіршився – виникли слабкість, нудота та блювання, пастозність обличчя, знизився діурез, з’явився запах аміаку із рота. В крові – креатинін 220 мкмоль/л, сечовина 25 ммоль/л, калій – 7,1 ммоль/л. Чим ускладнилося дане захворювання?

A. \*Гострою нирковою недостатністю

B. Гострим токсикозом

C. Гострою наднирковою недостатністю

D. Нефротичним синдромом

E. Нейротоксикозом

*До ознак гострої ниркової недостатності відносяться: зменшений діурез, гіпертонія,гематурія,набряки,підвищений креатинін сироватки крові,відношення азоту сечовини крові до рівня креатиніна менше 20,підвищена фракційна екскреція натрію, гіперкаліємія з аритмією серця,гіпервентиляція через ацидоз,нудота і блювота через уремію.*

8.9. Хлопчик, який страждає на хронічний гломерулонефрит, нефротичну форму, отримує курс преднізолонотерапії. Стан дитини раптово погіршився: з’явилися болі в епігастральній ділянці, темнее забарвлення випорожнень, Hb – 75 г/л. Яке обстеження слід призначити першочергово?

A. \*Езофагогастродуоденоскопія.

B. Біохімія крові.

C. Реносцинтигафія.

D. Сонографія нирок.

E. Рентгенографія нирок.

*Дитина одержує системні глюкокортикостероїди, що підвищують ризик ульцерогенезу. Клінічна картина нагадує шлунково-кишкову кровотечу з виразки шлунку або 12-типалої кишки. Для уточнення або виключення діагнозу найбільш інформативним дослідженням є езофагогастродуоденоскопія, інші запропоновані дослідження не дадуть відповіді на питання, яке ускладнення виникло у дитини.*

8.10. У хлопчика 8 років, хворого на гострий гломерулонефрит, впродовж трьох діб діурез становив 50 мл. Раптово стан значно погіршився: ціаноз, пульс не пальпується, дихання аперіодичне. Проводиться запис ЕКГ. Для виявлення порушення, що безпосередньо могло спричинити такуситуацію, необхідно насамперед:

A. \*Дослідити іонограму крові

B. Зробити рентгенобстеження ОГК

C. Виміряти артеріальний тиск

D. Здійснити бронхоскопію

E. Оглянути очне дно

*У дитини на фоні олігоанурії (гостра ниркова недостатність), найбільш ймовірно, розвилася гіперкаліємія, для підтвердження якої необхідно дослідити іонограму крові.*

8.11. У хлопчика 8 років на 5-й день артралгій та папульозно-геморагічної висипки на нижніх кінцівках та сідницях з’явився інтенсивний переймоподібний біль в навколопупковій ділянці. Яке дослідження для виявлення ймовірного ускладненняз ахворювання у хлопчика слід провести перш за все?

A. \*Реакцію Грегерсена

B. Оглядову рентгенографію

C. Фіброгастродуоденоскопію

D. Час за Лі-Вайтом

E. Кількість тромбоцитів

*Дитина хворіє на геморагічний васкуліт, змішана форма (шкірно-суглобова, абдомінальна), важкий перебіг (бо змішана форма), гострий період (бо хворіє 5 день). Одним з ускладнень цього захворювання може бути кровотеча з ШКТ. Для її ранішньої діагностики доцільно провести реакцію Грегерсена – лабораторне біохімічне дослідження, що дозволяє встановити наявність прихованої крові, що не виявляється візуально, в калі. Інші перераховані дослідження в данному випадку не доцільні.*

8.12. Дитина, 15 р. Госпіталізована зі скаргами на порушення ходи, збільшення в об’ємі та больову контрактуру гомілково-ступневого суглобу, міжм’язеві крововиливи за гематомним типом. Аналіз крові: лей. 10 Г/л, ер. 4,1 Т/л, гемогл. 99 г/л, КП 0,72, тр. 314 Г/л. П-8%, С-69%, мон-3%, лімф-16%, еоз-4%, баз-0%; ШОЕ 25 мм/год. Час зсідання крові за Лі-Уайтом понад1 год. Попередній діаноз:

A. \*Гемофілія.

B. Реактивний артрит.

C. Імунна тромбоцитопенічна пурпура.

D. Геморагічний васкуліт.

E. Ревматоїдний артрит.

*Для тромбоцитопенічної пурпури характерне зниження кількості тромбоцитів – у дитини цей показник в нормі. Для реактивного та ревматоїдного артриту нехарактерні між’мязеві крововиливи, підвищення часу зсідання крові. Геморагічний васкуліт характеризується петехіальним типом геморагічних висипань, і для нього, навпаки, характерна гіперкоагуляція. Крововиливи за гематомним типом, у тому числі гемартрози, а також значне підвищення часу зсідання крові за Лі-Уайтом (норма – до 8 хвилин) характерні для гемофілії.*

8.13. У 2,5-річного хлопчика через 3 тижні після перенесеної скарлатини мати помітила не часте сечовиділення невеликими порціями. Дитина стала бліда, сонлива, обличчя набрякло. В крові рівень сечовини 18 мкмоль/л, креатинін 160мкмоль/л, рівень калію 6,0 мкмоль/л. Про яке ускладнення скарлатини слід думати?

A. \*Гостра ниркова недостатність

B. Гострий пієлонефрит

C. Інфекція сечових шляхів

D. Карбункул нирки

E. Паранефрит

*За гостру ниркову недостатність свідчать набряки обличчя, олігурія (щогодинний діурез 0,5 мл/кг/год і нижче), гіперазотемія (сечовина і креатинін виділяються із сечею, а при нирковій недостатності накопичуються в крові) та гіперкаліємія, яка пов’язана з порушенням роботи калій-натрієвої помпи і виходом калію із клітин. При рівні калію вище 7 ммоль/л показано проведення гемодіалізу.*

8.14. 7-річний хлопчик знаходиться у відділенні інтенсивної терапії з приводу гострої ниркової недостатності, яка ускладнила перебіг хронічного гломерулонефриту. Дитина сонлива, апатична, виражена анасарка, АТ 165/120 мм рт.ст., анурія. У крові: кальцій – 1,8 ммоль/л, калій – 6,1 ммоль/л, натрій – 122 ммоль/л, глюкоза – 2,3 ммоль/л. Призначена підтримуюча терапія. Вкажіть основні вимоги до дієти такого хворого:

A. \*Висококалорійна за рахуноквуглеводів та жирів

B. Низькокалорійна та збагаченакалієм

C. Висококалорійна за рахунокбілку та жиру

D. Висококалорійна за рахуноквуглеводів та білків

E. Нормокалорійна та збагаченакалієм і кальцієм

*У зв’язку з тим, що у дитини анурія, гіпергідратація і гіперкаліємія, показано проведення гемодіалізу, слід обмежити добовий раціон у їжі і виключати продукти, багатими на білки і калій, тому що азотисті сполуки, які утворюються в процесі катаболізму білків (мочевина, креатинін) накопичуються, а рівень калію, що підвищується в крові, пов’язаний з виходом його із клітин за рахунок зниження роботи калій-натрієвої помпи. При рівні гіперкаліємії більше 7,0 ммоль/л виникає загроза порушень серцевого ритму від брадіаритмій до асистолії.*

8.15. У дівчинки в періоді рецидиву гострого мієлолейкозу оцінено ЗАК: Hb- 78 г/л, лейкоцити 21 Г/л, бласти 2%, про-, мієло-, метамієлоцити – 24%, с/я 46%, лімф.- 18%, моноц.- 10%, тромбоцити 12 Г/л. Найімовірнішим ускладненням, щ опідлягає медикаментозному контролю, у дитини є:

A. \*Геморагічний синдром

B. Серцева недостатність внаслідок анемії

C. Синдром цитолізу

D. Бактеріємія при агранулоцитозі

E. Ризик критичних ускладнень низький

*Серед усіх показників крові критичним є лише рівень тромбоцитів – 12х103 /л при нормі 180-300. Такий низький рівень є ризиком розвитку геморагічного синдрому.*

8.16. У дитини 9 років з гострим мієлолейкозом почалась носова кровотеча, впродовж годин з’явились множинні петехії та екхімози на шкірі й слизових. Селезінка + 4 см. Протромбіновий час 16 с, тромбіновий час 14 с, парціальний тромбопластиновий час 55 с, фібріноген 1,8 г/л, продукти деградації фібрину +++, тромбоцити 30 Г/л. Найімовірніша причина геморагічного синдрому:

A. \*Дисеміноване внутрішньосудинне зсідання

B. Гіперспленізм

C. Вазопатія

D. Пригнічення тромбоцитопоезу у кістковому мозку

E. Гіпофібриногенемія

*Клінічні прояви і зміни у коагулограмі, характерні для ДВЗ-синдрому, який ускладнив основне захворювання – стадії гіпокоагуляції: збільшення тромбопластинового часу приблизно у 1,5 рази, зниження фібриногену, наявність продуктів деградації фібрину, тромбоцитопенія.*

8.17. В дитяче відділення була доставлена дівчинка 7 років з гострою гематурією. Тиждень назад перенесла ГРВІ. На розгинальних поверхнях кінцівок – дрібнопапульозна геморагічна висипка. Помірно виражені болі в животі. Сеча темно-бурого кольору. Який найбільш вірогідний діагноз?

A.\*Геморагічний васкуліт.

B. Гострий гломерулонефріт.

C. Запалення сечового міхура.

D. Синдром Альпорта.

E. Дизметаболічна нефропатія.

*Клінічні прояви геморагічного васкуліту – це висип у характерних місцях, що пов’язано з ураженням дрібних судин, капілярів (у тому рахунку і капілярів нирок), тому наявність у дитини сечі темно-бурого кольору і симптомів гострого гломерулонефріту. Якщо у клініці не було би висипу, то найбільш вірогідний діагноз був би гострий гломерулонефріт.*

8.18. Дівчинка 13 років скаржиться на сильний, нападоподібний біль у животі, який виник уночі, стійку нудоту, відригування, печію. Нічний біль турбує протягом 4-х місяців. Хвора відзначає зменшення болю після прийому їжі. Має місце дратівливість, розлад сну, зниження апетиту. Об’єктивно: більл окалізується в епігастральній та пілоробульбарній зоні, з позитивним молоточковим симптомом. Який діагноз є найбільш вірогідним?

A. \* Виразкова хвороба шлунка.

B. Хронічний гастрит.

C. Хронічний дуоденіт.

D. Хронічний панкреатит.

E. Хронічний холецистит.

*Нічний «голодний біль» локалізований в епігастральній та пілоробульбарній зоні, який зменшується після прийому їжі, характерний для виразкової хвороби шлунку. Для уточнення діагнозу потрібно проведення фіброгастродуоденоскопії (ФГДС).*

8.19. Дівчинка 14 років звернулася на прийом до лікаря зі скаргами на "бурий" колір сечі протягом останньої доби. АТ - 110/70 мм рт. ст. Два тижні тому планово вакцинована АДС анатоксином. Спадковий анамнез з боку органів сечової системи не обтяжений. Аллергоанамнез позитивний - поліноз. З боку внутрішніх органів патологічних проявів не виявлено. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання вільне, безболісне. Діурез збережений. Яке захворювання слід запідозрити в першучергу:

A. \*Гострий гломерулонефрит, ізольований сечовий синдром

B. Спадковий нефрит

C. Гострий тубулоінтерстиційний нефрит

D. Гранулярний цистит

E. Обструктивна уропатія

*Обструктивна уропатія передбачає утруднення або болісність сечовипускання. Для циститу характерний не бурий колір сечі (змінені еритроцити), а поява невеликої кількості свіжої крові. Гострий тубуло-інтерстиційний нефрит викликає погіршення загального стану аж до розвитку ниркової недостатності, до того ж, для цього захворювання є більш характерною протеїнурія, а не макрогематурія. Відсутність сімейного анамнезу дає можливість виключити спадковий нефрит. Отже, діагноз гострого гломерулонефриту з ізольований сечовим синдромом є найбільш ймовірним.*

8.20. В приймальне відділення районної лікарні поступив хлопчик 3 років із різким збільшенням правого колінного суглобу та гематомою 10\*12 см м'яких тканин правого стегна після падіння. Із анамнезу відомо, що дитина хворіє на гемофілію А. Яке трансфузійне забезпечення буде оптимальним для надання невідкладної допомоги в данному випадку за умовиві дсутності препарату VIII фактору?

A. \*Кріопреципітат

B. Свіжозаморожена плазма

C. Розчин альбуміну

D. Відмиті еритроцити

E. Цільна кров

*Препаратом вибору для зупинки кровотечі при гемофілії А (дефіцит VIII фактору згортання крові) є кріоперципітат – заморожений розчин для інфузії, що містить VIII фактору. При його відсутності та неможливості отримати у слушний час, припустиме використання свіжозамороженої плазми. Інші перераховані препарати у даній ситуації не показані.*

8.21. Дівчина-підліток звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на випадки непритомності, слабкість, нудоту, нерегулярні рясні місячні. У загальному аналізі крові: гіпохромна нормоцитарна анемія, ретикулоцитоз. Який препарат слід призначити для лікування?

A. \* Препарат заліза.

B. Великі дози вітаміну В12.

C. Фолієву кислоту.

D. Аскорбінову кислоту.

E. Полівітаміни.

*Гіпохромна анемія найчастіше виникає при дефіциті заліза. Ретикулоцитоз для залізодефіцитної анемії також характерний. Перед призначенням препаратів заліза дитині слід також визначити рівень сироваткового заліза та здатність сироватки до зв’язування заліза, бажано – рівень феритину та трансферину.*

8.22. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). При визначенні показників гемостазу збільшено міжнародне нормалізаційне відношення, АЧТЧ, рівень D-дімеру, знижений фібриноген, тромбоцити 30\*109/л. Діагностовано ДВЗ-синдром. Що у першу чергу треба призначити хворому для корекції факторів гемостазу?

A. \*Тромбоцитарну масу

B. Вітамін К

C. Хлорид кальцію

D. Етамзилат

E. Дезагреганти

*Враховуючи виражену тромбоцитопенію, серед перерахованих препаратів найбільш доцільним є введення тромбоцитарної маси. Також при ДВЗ-синдромі вводиться свіжозаморожена плазма як донатор факторів згортання крові. Введення хлориду кальцію, вітаміну К та етамзилату не є патогенетичним при ДВЗ-синдромі і не призведе до покращення стану, дезагреганти при геморагічному синдромі протипоказані.*

8.22. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). Запідозрений розвиток ДВЗ-синдрому. Яке дослідження гемостазу вичерпно підтвердить цей діагноз?

A. \*Визначення продуктів паракоагуляції (D-дімер, розчинні фібрин-мономерні комплекси)

B. Фібриноген В

C. Тромбіновий час

D. Протромбіновий час

E. Час згортаннякрові

*При ДВЗ-синдромі 2-ї стадії (про що свідчить розгорнута клінічна картина кровотечі) відбувається споживання факторів згортання крові. Усі показники гемокоагуляції можуть змінюватись при цьому стані, але найбільш патогномонічним вважається зростання рівня розчинних комплексів фібрин-мономерів (РФМК), тобто ниток фібрину, що утворюються після дії тромбіну на фібриноген, з різними компонентами плазми. Утворення таких комплексів завжди супроводжує процес внутрішньо судинного мікрозгортання крові. D-димер - продукт фібринолізу, що залишається в крові після розпаду тромба, його рівень значно зростає при гіпокоагуляційній фазі ДВЗ-синдрому.*

8.23. У дитини 2 місяців із сепсисом розвинувся геморагічний синдром (кровотеча з місць ін’єкцій, по шлунковому зонду надходить “кавова гущина”). При визначенні показників гемостазу збільшено міжнародне нормалізаційне відношення, АЧТЧ,рівень D-дімеру, знижений фібриноген, тромбоцити. Який синдром виник у хворого?

A. \*Синдром ДВЗ

B. Дефіцит вітаміну К

C. Тромботична тромбоцитопенічна пурпура

D. Ідопатичнат ромбоцитопенічна пурпура

E. Хвороба Вілебранда

*Дефіцит вітаміну К характеризується зниженням протромбінового часу, протромбіну та деяких факторів згортанні крові, і не призводить до зниження рівня тромбоцитів. Хвороба Віллебранда також не викликає тромбоцитопенії. Навпаки, тромбоцитопенічна пурпура не супроводжується зниженням фібриногену, підвищенням АЧТЧ та рівня D-димеру. Змінення усих цих показників в комплексі, особливо зростання рівня D-димеру, з великою ймовірністю вказує на розвиток ДВЗ-синдрому.*

8.24. У підлітка, хворого на виразку 12-палої кишки, раптово виникло рясне блювання кров’ю. Він зблід. Скаржиться на різкус лабкість. АТ знизився до 70/30 мм рт.ст. ЧСС 130 за хвилину, тахіпное 30 за хвилину. Ваш діагноз?

A. \*Гіповолемічний шок

B. Колапс

C. Септичний шок

D. Кардіогенний шок

E. Больовий шок

*Блювання кров’ю призводить перш за все до крововтрати. Анамнестичні дані у сполученні з клінічною картиною (блідість, зниження АТ, тахікардія та тахіпное) дають змогу думати про гіповолемічний шок внаслідок крововтрати (геморагічний шок).*

8.25. Дитину 16-ти років турбують сильні болі в епігастральній ділянці, печія, відмічалась блювота “кавовою гущею”. При огляді дитина збудлива, емоційно неврівноважена, зниженого відживлення, шкіра бліда, язик обкладений білим налетом, при пальпації живота різкий біль і напруженість м’язів в епігастрії. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Виразкова хвороба шлунку, ускладнена шлунковою кровотечею.

B. Дискінезія жовчовивідних шляхів

C. Синдром подразненого кишківника

D. Виразково-некротичний коліт

E. Холецистопанкреатит.

*Блювання «кавовою гущею» свідчить про наявність крові у порожнині шлунку – такий колір має солянокислий гематин, що утворююється при контакті гемоглобіну з соляною кислотою. Шлункова кровотеча може бути при виразковій хворобі шлунку, для якої також характерний різкий біль в епігастрії.*

8.26. Дитину 12-ти років турбують сильні болі в епігастральній ділянці, печія, відмічалась блювота “кавовою гущею”. При огляді дитина збудлива, емоційно неврівноважена, зниженого відживлення, шкіра бліда, язик обкладений білим налетом, при пальпації живота різкий біль і напруженість м’язів в епігастрії. Яке обстеження слід призначити для уточнення діагнозу?

A. \*Фіброгастродуоденоскопія.

B. УЗД органів черевної порожнини.

C. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

D. Контрастна колонографія

E. Контрастна іригографія

*Блювання «кавовою гущею» свідчить про наявність крові у порожнині шлунку – такий колір має солянокислий гематин, що утворююється при контакті гемоглобіну з соляною кислотою. Шлункова кровотеча може бути при виразковій хворобі шлунку, для якої також характерний різкий біль в епігастрії. Для підтвердження діагнозу оптимаьним методом дослідження є фіброгастродуоденоскопія, яка діє можливість візуально побачити виразку, оцінити її розміри та морфологію, а також зробити біопсію.*

8.27. Підлітку 16 років, була зроблена ендоскопія стравоходу, виявлені поодинокі поздовжні дефекти слизової оболонки стравоходу. Заключення ендоскопіста - синдром Мелорі-Вейса. Які з наведених клінічних проявів притаманні для синдрому Мелорі-Вейса?

A. \* Блювота з домішкою свіжої крові

B. Пневмомедіастинум

C. Пневмоторакс

D. Гостре розширення шлунку

E. Фебрильний стан

*Синдром Мелорі-Вейса - це поздовжній розрив слизової оболонки стравоходу, що відбувається під час блювоти або при сильних позивах до блювоти. Він виникає при підвищенні тиску у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту. Якщо сильне та раптове підвищення тиску відбувається в області шлунково-стравохідного переходу, то це у свою чергу призводить до лінійного розриву слизової оболонки.*

7.28. Дівчина-підліток звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на випадки непритомності, слабкість, нудоту, нерегулярні рясні місячні. У загальному аналізі крові: гіпохромна нормоцитарна анемія, ретикулоцитоз. Який препарат слід призначити для лікування?

A. \* Препарат заліза.

B. Великі дози вітаміну В12.

C. Фолієву кислоту.

D. Аскорбінову кислоту.

E. Полівітаміни.

*Гіпохромна анемія найчастіше виникає при дефіциті заліза. Ретикулоцитоз для залізодефіцитної анемії також характерний. Перед призначенням препаратів заліза дитині слід також визначити рівень сироваткового заліза та здатність сироватки до зв’язування заліза, бажано – рівень феритину та трансферину.*

7.29. Під час проведення гемотрансфузії у дівчинки 9 років із геморагічним шоком виникли біль у грудях, попереку, з’явилась задишка, сеча набула червоного забарвлення. Плазма крові після центрифугування рожева. Оберіть оптимальну лікувальну тактику.

A. \*Припинити трансфузію, розпочати інфузію плазмозамінювачів

B. Розпочати інфузію плазмозамінювачів

C. Припинити трансфузію, ввести фуросемід

D. Припинити трансфузію, ввести еуфілін

E. Припинити трансфузію, ввести кордіамін

*До ускладнень гемотрансфузії відноситься гострий гемоліз, що виникає внаслідок взаємодії антитіл реципієнта з антигенами донора. Початковими ознаками гемолізу є біль у грудях та в області нирок, відчуття жару, збудження, в подальшому з’являються циркуляторні порушення та гемоглобінурія. При гемоглобінурії сеча буде червоного кольору, при появі вільного гемоглобіну в плазмі остання набуває рожевого відтінку. Перш за все слід негайно припинити трансфузію.*

7.30. Під час проведення гемотрансфузії у хлопчика 11 років із геморагічним шоком виникли біль у грудях, попереку, з’явилась задишка, сеча набула червоного забарвлення. Плазма крові після центрифугування рожева. Ваш діагноз?

A. \*Гострий гемоліз

B. Синдром масивних трансфузій

C. Негемолітична трансфузійна реакція

D. Алергічна реакція

E. Пірогенна реакція.

*До ускладнень гемотрансфузії відноситься гострий гемоліз, що виникає внаслідок взаємодії антитіл реципієнта з антигенами донора. Початковими ознаками гемолізу є біль у грудях та в області нирок, відчуття жару, збудження, в подальшому з’являються циркуляторні порушення та гемоглобінурія. При гемоглобінурії сеча буде червоного кольору, при появі вільного гемоглобіну в плазмі остання набуває рожевого відтінку.*

7.31. Під час проведення гемотрансфузії у хлопчика 10 років із геморагічним шоком з’явились біль у грудях, попереку, задишка, сеча набула червоного забарвлення. Яке дослідження необхідно провести для підтвердження гострого гемолізу?

A. \*Центрифугування крові і оцінка кольору плазми

B. Клінічний аналіз крові

C. Визначення осмотичної резистентності еритроцитів

D. Визначення ретикулоцитів

E. Визначення вмісту глюкозо-6-фосфатдегідрогенази

*Клінічний аналіз крові не дасть вичерпної інформації про гемоліз, позаяк анемія може бути пов’язана з іншими причинами, зокрема з крововтратою. Ретикулоцити є більш пізньою ознакою анемії, і також не специфічною для гемолізу. Зниження осмотичної резистентності еритроцитів відбувається при цілому ряді спадкових та набутих гемолітичних анеміях, не пов’язаних з реакцією на гемотрансфузію. Дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази також є ознакою спадкової гемолітичної анемії. Водночас, при гемолізі у плазмі виявляється вільний гемоглобін, що призводить до зміни її кольору, що дасть можливість швидко встановити діагноз гострого гемолізу при переливання несумісної крові.*

7.32. Під час проведення гемотрансфузії у дівчинки 13 років із геморагічним шоком з’явились біль у грудях, попереку, задишка. Якого кольору сечу Ви очікуєте отримати при встановленні сечового катетеру?

A. \*Червоного

B. Чорного

C. Жовтого

D. Кольору пива

E. Солом’яно-жовтого

*До ускладнень гемотрансфузії відноситься гострий гемоліз, що виникає внаслідок взаємодії антитіл реципієнта з антигенами донора. Початковими ознаками гемолізу є біль у грудях та в області нирок, відчуття жару, збудження, в подальшому з’являються циркуляторні порушення та гемоглобінурія. Ймовірно, що при гемоглобінурії сеча буде червоного кольору.*

9. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ В НЕОНАТОЛОГІЇ

9.1. У новонародженого з перших годин життя відмічені задишка та ціаноз. Ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання, міжреберні проміжки розширені. Перкуторно середостіння зміщене вправо. Живіт лад’єподібної форми, м’який. На рентгенограмі: множинні просвітлення у лівій плевральній порожнині у вигляді «ячеїстої сітки). Який діагноз є найбільш вірогідним?

A. \*Вроджена діафрагмальна кила.

B. Вроджена напружена киста легені.

C. Спонтанний пневмоторакс.

D. Ателектаз легені.

E. Вродженалобарна емфізема.

*Характерними ознаками вродженої діафрагмальної кили є: на рентгенограмі «ячеистаясеть» (візуалізуєтьсякишківник), живіт ладь´євидної форми за рахунок відсутності частини кишківника у брюшній порожнині. При ателектазі легені зміщення середостіння спостерігається в сторону ураження (тобто у завданні-вліво), а не в протилежну як описано у тестовому питанні.*

9.2. У новонародженої дитини клініка атрезії стравоходу. Назвіть найбільш вірне положення хворого атрезією стравоходу з нижньою трахеостравохідною норицею при транспортуванні?

A. \*Вертикальне

B. На правому боці

C. Звозвишенимтазовимкінцем

D. Горизонтальне

E. Положення не маєзначення

*Найбільш вірним положенням новонародженого з атрезією стравоходу і нижньою трахеостравохідною норицею є вертикальне, щоб мінімізувати закид шлункового вмісту у дихальні шляхи і таким чином запобігти розвитку аспіраційної пневмонії.*

9.3. У недоношеної новонародженої дитини, що народилася від матері з ознаками ендометриту, сірий відтінок шкіри, млявість, гіперестезія, менінгеальні ознаки, блювота, гіпотермія. Запідозрений гнійний менінгіт. Яке дослідження допоможе підтвердити діагноз?

A. \*Дослідження ліквору

B. Дослідження сечі

C. Дослідження крові

D. Дослідження калу

E. Дослідження слини

*Щоб підтвердити гнійний менінгіт необхідно зробити люмбальную пункцію, в ході якої виявляється підвищений тиск ліквору, його помутніння або опалесчуючого забарвлення. Подальше дослідження цереброспинальной рідини визначає збільшений вміст білка і клітинних елементів (в основному за рахунок нейтрофілів). Виявлення збудника проводиться в ході мікроскопії мазків цереброспинальной рідини і при її посіві на живильні середовища.*

9.4. Дівчинка народилася з оцінкою за шкалою Апгар 1/1 бал. Реанімаційні заходи впродовж 10 хвилин. Після проведення реанімації стан дитини вкрай тяжкий. Кома – ІІІ-ІУ. При постійному ЕЕГ моніторингу - ізолінія. Проводиться ШВЛ. Яка подальша тактика ведення даної дитини

A. \*Забезпечити діяльність життєво важливих органів

B. За вимогою батьків припинити лікування

C. Продовжити лікування в повному обсязі з застосуванням ноотропів

D. Антибактеріальна терапія

E. Припинити лікування після заключення консиліума

*Відмова від реанімації або її припинення не означають ненадання медичної допомоги пацієнту, а визначають перехід до, так званої, паліативної або «комфортної» допомоги, якщо дитина залишається живоюПД новонародженій дитині показана у 3 ситуаціях: 1) народження дитини з летальними аномаліями розвитку; 2) коли в пологовому приміщенні вирішується, що реанімація не відповідає найкращим інтересам дитини; 3) коли інтенсивна терапія стає марною, що визначає доцільність її припинення. ПД новонародженій дитині має бути цілісною й екстенсивною, фокусуючись не лише безпосередньо на її проблемах, а і на потребах сім’ї. Це повний комплекс заходів, які запобігають додатковим стражданням або полегшують їх, а також покращують умови останнього періоду життя дитини.*

9.5. Недіагностована чи несвоєчасно пролікована гіпоглікемія у новонароджених і дітей раннього віку призводить до:

A. \*Розлади функціонування ЦНС, епілептичні напади, зниження розумового розвитку

B. ураження міокарду

C. ураження печінки

D. ураження нирок

E. ураження підшлункової залози

*Для розвитку головного мозку, особливо на першому році життя дитини, необхідні великі кількості глюкози. Тому нерозпізнані або нелікована гіпоглікемія у новонароджених і грудних дітей призводить до тяжких незворотних ушкоджень ЦНС, епілептичних припадків і розумової відсталості. Чим важче і триваліше гіпоглікемія і чим молодша дитина, тим вище ризик стійких неврологічних порушень.*

9.6. При обстеженні дитини, яка народилася 6 годин тому, Ви помітили у його випорожненнях домішки крові. Яким чином Ви можете відрізнити кров у випорожнені, що належить новонародженому, від крові матері, яку він міг проковтнути під час пологів?

A. \*Тест Апта

B. Тест Вебера

C. Тест Грегерсена

D. Такого тесту не існує

E. Тест подвійної плями

*Апта - Даунера проба (L. Apt, р. 1922 р американський педіатр; Downer) - метод визначення походження крові, виявленої в стільці немовляти, заснований на тому, що при додаванні лугу материнська кров, яку проковтнули дитиною, стає коричневою, а кров самого новонародженого не змінює кольору.кров'янисті блювотні маси або кал розводять водою і отримують рожевий розчин, що містить гемоглобін. Після центрифугування 4 мл надосадової рідини змішують з 1 мл 1% розчину натрію оксиду. Зміна кольору рідини (оцінка через 2 хв) на коричневий свідчить про наявність в ній гемоглобіну А (властивого материнської крові), а збереження рожевого кольору - про наявність гемоглобіну дитини (лужно-резистентний HbF).*

9.7. При огляді у новонародженої дитини шкіра ціанотична, неритмічне дихання, ЧСС– 80/хв., зниження м’язевого тонусу, виражене ослаблення рефлексів. Перший етап реанімації слід розпочати з:

A. \* Відновлення прохідності дихальних шляхів

B. Введення розчину адреналіну

C. Закритого масажу серця

D. Оксигенотерапії

E. Штучної вентиляції легень

*Необхідні дії: обов’язкові 1. Забезпечити прохідність дихальних шляхів. При проведенні реанімаційних заходів завжди потрібно дотримуватись алгоритму ABCDE, де A (airways) – звільнення дихальних шляхів.*

9.8. Дитина від ІІІ вагітності, через 12 годин після народження загальний стан погіршився, з’явилося іктеричне забарвлення шкірних покривів та склер. Печінка +3,5см, селезінка +3см. В крові: загальний білірубін – 96 мкмоль/л, прямий – 17 мкмоль/л, непрямий – 79 мкмоль/л. Через 4 години вміст загального білірубіну – 128 мкмоль/л, прямого – 24 мкмоль/л, непрямого – 104 мкмоль/л. Які Ваші подальші дії?

A. \*Замінне переливання крові

B. Призначення глюкокортикоїдів

C. Противірусні препарати

D. Призначення ентеросорбентів

E. Дезінтоксикаційна терапія

*При визначенні погодинного приросту використовувати показники лише загального білірубіну сироватки крові Погодинний приріст білірубіну (за умови фототерапії, що проводиться): - несумісність за Rh-фактором - несумісність ≥ 7 мкмоль/л,за системою АВО ≥ 10 мкмоль/л*

*У нашому випадку погодинний приріст 8 мкМоль/л(розрахунок: 128-96=32; ) 32/4=8.)Тобто є показання до проведення замінного переливання крові при несумісності за Rh-фактором.*

9.9. Пологи у 38 тижнів. Вагітність перебігала на тлі анемії І ступеня, хронічного бронхіту, гострого гаймориту у 32 тижня гестації. Навколоплідні води світлі. Новонароджена дівчинка з масою 3100 г, довжиною 53 см. При народженні самостійне дихання відсутнє, м’язевий тонус знижений. Після проведення первинної реанімаційної допомоги через 30 секунд з’явилося самостійне дихання, частота серцевих скорочень складає 110 ударов за хвилину, але зберігається ціаноз тулуба та слизових оболонок. Яка подальша дія лікаря?

A. \*Додаткова оксигенація вільним потоком.

B. Інтубація трахеї.

C. Штучний масаж серця.

D. Відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів.

E. Допоміжна вентиляція легенів

*У дітей, які після надання початкової допомоги адекватно дихають самостійно і мають ЧСС ≥ 100/хв., але зберегається ціаноз – показана додаткова оксигенація вільним потоком.( НАКАЗ 28.03.2014 N 225 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної і післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні»)*

9.10. Пологи у 39 тижнів шляхом ургентного кесарського розтину у зв’язку з клінічно вузьким тазом. Вагітність перебігала на тлі анемії ІІ ступеня, загрози переривання в ранніх термінах гестації, хронічного аднекситу. Навколоплідні води світлі. Новонароджена дівчинка з масою 3600 г, довжиною 52 см. При народженні самостійне дихання відсутнє, м’язевий тонус знижений. Після забезпечення правильного положення, обсушування та тактильної стимуляції самостійне ефективне дихання не відновилося, частота серцевих скорочень склала 110 ударів за хвилину на фоні ціанозу тулуба та слизових. Яка подальша тактика лікаря?

A. \*Штучна вентиляція легень за допомогою маски та мішка 100% киснем

B. Санація верхніх дихальних шляхів.

C. Штучний масаж серця.

D. Киснева допомога вільним потоком.

E. Корекція гіповолемії

*Показання до ШВЛ маскою або наповнення легень (НЛ) Відсутнє або неадекватне самостійне дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30 с після народження дитини. ЧСС < 100 за 1 хв. незалежно від наявності і адекватності самостійного дихання після початкових кроків допомоги, проведених протягом 30 с після народження дитини. Недостатній рівень оксигенації, незважаючи на наявність адекватного самостійного дихання, ЧСС > 100 за 1 хв. і подавання вільного потоку 100 % кисню протягом щонайменше 10 хв. (у цій ситуації показана стандартна ШВЛ).*

9.11. Пологи у 36 тижнів. Вагітність перебігала на тлі загрози переривання у 28 тижнів, гострої респіраторної вірусної інфекції у 24 тижня. Навколоплідні води світлі. Новонароджена дівчинка з масою 2400 г, довжиною 45 см. При народженні самостійне дихання відсутнє, м’язевий тонус значно знижений. Після проведення штучної вентиляції легенів за допомогою маски та мішка 100\% киснем впродовж 30 секунд самостійне дихання не відновилося, частота серцевих скорочень складає 50 ударів за хвилину, зберігається акроціаноз. Яка подальша тактика лікаря?

A. \*Непрямий масаж серця.

B. Киснева допомога вільним потоком.

C. Санація верхніх дихальних шляхів.

D. Введення адреналіну.

E. Корекція гіповолемії.

*Непрямий масаж серця (НМС) Показання - ЧСС менше 60 за 1 хв. після 30 с ефективної ШВЛ.*

9.12. Пологи у 40 тижнів. Вагітність перебігала на тлі анемії ІІ ступеня, загрози переривання, ускладнена дистресом плода у пологах. Навколоплідні води світлі. Новонароджений хлопчик з масою 3850 г, довжиною 52 см. При народженні самостійне дихання відсутнє, м’язевий тонус знижений. Після проведення штучної вентиляції легенів 100% киснем за допомогою маски та мішка та непрямого масажу серця впродовж 30 секунд самостійне дихання не відновилося, частота серцевих скорочень складає 40 ударів за хвилину, зберігається акроціаноз. Яка подальша тактика лікаря?

A. \*Введення адреналіну.

B. Санація верхніх дихальних шляхів.

C. Введення налоксону.

D. Киснева допомога вільним потоком.

E. Введення натрію гідрокарбонату

*Адреналін: показання до застосування - ЧСС менше 60 за 1 хв. після щонайменше 30 с проведення непрямого масажу серця і штучної вентиляції легень 100 % киснем.*

9.13. У новонародженого хлопчика з терміном гестації 30 тиж в перші години життя розвинулись дихальні розлади: ЧД -75/хв., ціаноз при диханні кімнатним повітрям, незначні ретракції, під аускультації – гранти, ослаблене дихання. Яка оцінка дихальних розладів за шкалою J. Downes?

A. \*5 балів

B. 4 бали

C. 6 балів

D. 7 балів

E. 3 бали

*За шкалою J. Downes оцінки дихальних розладів наявність тахіпное оцінюють – 1 бал, ціаноз при диханні кімнатним повітрям – 1 бал, незначні ретракції - 1 бал, під аускультації – гранти – 1 бал, ослаблене дихання – 1 бал. Всього 5 балів.*

9.14. У новонародженого хлопчика з терміном гестації 30 тиж в перші години життя розвинулись дихальні розлади: ЧД -75/хв., ціаноз при диханні кімнатним повітрям, незначні ретракції, під аускультації – гранти, ослаблене дихання. Оцінка дихальних розладів за шкалою J. Downes відповідає 5 балам. Який добовий об’єм ентерального харчування повинна отримувати дитина?

A. \*Не годувати ентерально

B. 20 мл.

C. 40 мл.

D. 60 мл.

E. 80 мл.

*«Не годувати ентерально» - згідно Наказу МОЗ № 484 від 21.08.2008 «Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами» розпочати ентеральне харчування дитині 30 тижнів з дихальними розладами середнього ступеню (4-7балів) слід після стабілізації стану і появи ознак поліпшення на фоні лікування незалежно від віку дитини (зменшення важкості дихальних розладів, зменшення кисневої залежності, збільшення діурезу, зростання рухової активності тощо). Лише у випадках легких дихальних розладів (1-3 бали) доцільно розпочати годування зцідженим грудним молоком.*

9.15. У новонародженого хлопчика з терміном гестації 30 тиж (маса тіла 1250 г) в перші години життя розвинулись дихальні розлади: ЧД -75/хв., ціаноз при диханні кімнатним повітрям, незначні ретракції, під аускультації – гранти, ослаблене дихання. Оцінка дихальних розладів за шкалою J. Downes відповідає 5 балам. Яка добова потреба рідини (мл/кг) у дитини?

A. \*60-80

B. 80-100

C. 100-110

D. 100-120

E. 90-120

*Згідно Наказу МОЗ № 484 від 21.08.2008 «Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами» у дитини 30 тиж. (маса тіла 1250 г) добова потреба рідини в перші доби життя – 60-100 мл/кг, мінімізація енергетичних/теплових витрат та витрат рідини (пластиковий пакет, джерело теплового випромінювання, підігріта та зволожена газова суміш) при наявності функціонування внутрішньоутробних комунікацій, обумовить мінімізацію вибору об‘єма рідини -60-80 мл/кг.*

9.16. У новонародженого хлопчика з терміном гестації 30 тиж (маса тіла 1250 г) в перші години життя розвинулись дихальні розлади: ЧД -75/хв., ціаноз при диханні кімнатним повітрям, незначні ретракції, під аускультації – гранти, ослаблене дихання. Оцінка дихальних розладів за шкалою J. Downes та співав. (1970) відповідає 5 балам. Що з переліченого нижче не буде складником інфузійної терапії?

A. \*7,5% розчин калію хлориду

B. 10% розчин амінокислот

C. 10% розчин глюкози

D. 10% розчин кальцію глюконату

E. 25% розчин магнію сульфату

*Згідно Наказу МОЗ № 484 від 21.08.2008 «Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами» корекцію іонів К розпочинають 7,5% розчином калію хлориду на 3 добу.*

9.17. У хлопчика 3-тижневого віку раптово почались блювоти фонтаном через 1-2 години після годування (дитина на грудному вигодовуванні). В блювотних масах в основному зтворожене молоко. Найвірогідніший діагноз:

A. \*Пілоростеноз

B. Пілороспазм

C. Галактоземія

D. Синдром Лєда

E. Хвороба Гіршпрунга

*Ключові слова – «хлопчик», вік дитини – «3 тижні», «блювота фонтаном через 1 годину» – класично відповідають діагнозу «пілоростеноз». Відсутність анамнестичних даних, щодо ушкоджень під час пологів дозволяють виключити пілороспазм. Раптовість проявів та вік дитини - виключають галактоземію. Вік дитини, відсутність домішок жовчі у рвотних масах, відсутність інших вроджених вад розвитку виключають синдром Лєда (незавершений поворот кишківника). При хворобі Гіршпрунга (порушення іннервація нижніх відділів товстого кишечника, що призводить до значного зниження/відсутності перистальтики агангліарного сегмента) у пошкоджених відділах кишечнику починає скупчуватися кишковий вміст та з‘являються хронічні запори.*

9.18. Дитина від першої доношеної вагітності. Група крові матері 0(І)Rh(+), дитини А(ІІ)Rh(-). Білірубін пуповинної крові-90 мкмоль/л, Нb-98 г/л, Нt-33%. Діагноз:

A. \* Гемолітична хвороба новонароджених, АВО-конфлікт, жовтянично-анемічна форма

B. Гемолітична хвороба новонароджених, АВО-конфлікт,анемічна форм

C. Гемолітична хвороба новонароджених, Rh-конфлікт, жовтянично-анемічна форма

D. Гемолітична хвороба новонароджених, Rh-конфлікт, анемічна форма

E. Неонатальна жовтяниця

*Ключові слова - перша група крові матері та клінічні симптоми, які наявні одночасно – пуповинний білірубін (вище за 80 мкмоль/л) та анемія (нижче за 100 г/л) визначають діагноз - Гемолітична хвороба новонароджених, АВО-конфлікт, жовтянично-анемічна форма. Rh-конфлікт не можливий при наявності позитивного резусу у матері. НАКАЗ МОЗ України від 27.04.2006 N 255 «Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям "жовтяниця новонароджених”».*

9.19. Дитина від першої доношеної вагітності. Група крові матері 0(І)Rh(+),дитини А(ІІ)Rh(-). Білірубін пуповинної крові-90 мкмоль/л, Нb-98 г/л, Нt-33%. Необхідно:

A. \*Провести операцію замінного переливання крові

B. Проводити інфузійну терапію

C. Провести гемотрансфузію одногрупної з дитиною еритроцитарної маси

D. Проводити інфузійну і фототерапію

E. Провести гемотрансфузію одногрупної з матір ю крові

*Ключові слова - пуповинний білірубін (вище за 80 мкмоль/л) та анемія (нижче за 100 г/л) визначають тактику - провести операцію замінного переливання крові. НАКАЗ МОЗ України від 27.04.2006 N 255 Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям "жовтяниця новонароджених".*

9.20. У недоношеної дитини з масою тіла 1450 г на 1 добу рівень глюкози складає 2,3 ммоль/л. Відмічаються клінічні прояви гіпоглікемії. Лікарська тактика.

A. \* Розпочати довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв

B. Розпочати або продовжити ентеральне годування дитини, збільшивши його частоту і провести контроль рівня глюкози в крові глюкотестом через 30 хв після годування

C. Розпочати довенне введення 20% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв.

D. Розпочати довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 4 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв

E. Провести контроль рівня глюкози в крові глюкотестом через 30 хв

*Визначення рівня глюкози крові проводиться обов'язково новонародженим з масою тіла при народженні 1500 г і менше при наявності клінічних ознак гіпоглікемії. Згідно Наказу МОЗ України від 29.08.2006 N 584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні» Нормальним слід вважати рівень глюкози крові 2,6 ммоль/л - 5,5 ммоль/л. Новонародженим, які мають при першому вимірюванні рівень глюкози <= 2,6 ммоль/л і клінічні прояви гіпоглікемії або <= 2,2 ммоль/л незалежно від наявності клінічних ознак гіпоглікемії, треба негайно розпочати корекцію гіпоглікемії: довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хвилин, потім перевести на інфузію 10% розчину глюкози із швидкістю 6-8 мг/кг/хвилину та продовжити годування дитини.*

9.21. У доношеної дитини на 2 день життя діагностовано гемолітичну хворобу новонародженого по Rh-фактору, жовтянична форма. Через 10 год. після народження з’явилась субіктеричність шкірних покровів. Розпочато фототерапію, рівень білірубіну сироватки крові - 160 мкмоль/л., через 4 год.– 200 мкмоль/л. Яку тактику слід обрати?

A. \*Операція замінного переливання крові

B. Інфузійна терапія.

C. Продовжити фототерапію.

D. Медикаментозна терапія

E. Спостереження.

*Згідно Наказу МОЗ України від 27.04.2006 N 255 Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям "жовтяниця новонароджених" почасовий приріст 10 мкмоль/л за 4 години при наявності гемолітичної хвороби новонародженого по Rh-фактору є показанням для операції замінного переливання крові.*

9.22. У доношеної здорової дитини через 8 годин після пологів з’явилась субіктеричність шкірних покровів. Дитина від третьої вагітності, других термінових пологів. Перша вагітність закінчилась абортом. Група крові матері ІІ(А), резус “-”, дитини А (ІІ), резус “+”. Пуповинний білірубін 56 мкмоль/л. Через 4 годин 84 мкмоль/л. Дитина на грудному вигодовуванні..

A. \* Гемолітична хвороба новонародженого

B. Фізіологічна жовтяниця

C. Атрезія жовчних протоків

D. Гепатит

E. Жовтяниця, пов’язана з грудним молоком

*Ключові слова - резус “-” кров матері, третя вагітність, клінічні симптоми – підвищений пуповинний білірубін (вище за 50 мкмоль/л) та темп його зростання - визначають діагноз - Гемолітична хвороба новонародженого. НАКАЗ МОЗ України від 27.04.2006 N 255 Про затвердження клінічного протоколу надання неонатологічної допомоги дітям "жовтяниця новонароджених". Перша доба клінічних проявів виключає діагноз «Фізіологічна жовтяниця» та «Жовтяницю, пов’язану з грудним молоком». Гепатит супроводжується цитолізом гепатотоцитів та підвищенням ферментів (АЛТ, АСТ). Атрезія жовчних протоків маніфестує з симптомів холестазу – безкольоровий кал, оливковий колір шкіри, пряма гіпербілірубінемія к 2-3тижню або пізніше та інше.*

9.23. При народженні у недоношені дитини (35 тижнів гестації) відзначається апное, знижений м’язевий тонус, ціаноз. Після проведення відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів, забезпечення тепла, тактильної стимуляції самостійне дихання не відновилось. Що слід негайно розпочати .

A. \* Вентиляцію під позитивним тиском 100% киснем за допомогою маски та мішка

B. Продовжити тактильну стимуляцію

C. Дати кисень

D. Розпочати інтубацію трахеї

E. Розпочати непрямий масаж серця

*Згідно Наказу МОЗ України від28.03.2014 № 225 «Уніфікований клінічний протокол «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні» при наявності апное у дитини гестаційного віку 32 та більше тижнів після проведення відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів, забезпечення тепла та тактильної стимуляції розпочинають вентиляцію за допомогою маски та мішка під позитивним тиском повітрям. Дітям менше 32 тижнів використовують кисень.*

*Варіант відповіді за попереднім протоколом – А.*

*Тест повинен бути відредагованим або вилученим з бази!*

9.24. Через два тижні після народження у дитини з’явилася блювота „фонтаном” без домішок жовчі, неспокій, тенденція до зниження маси тіла. При огляді живота - симптом „пісочних годинників”. На рентгенограмі збільшення шлунка, уповільнення евакуації контрастної речовини із шлунка, звуження воротаря шлунка - „симптом дзьоба”. Який діагноз є найбільш імовірний?

A. \*Пілоростеноз

B. Пілороспазм

C. Гастроезофагеальнийрефлюкс

D. Халазієя кардії

E. Ураженнями ЦНС

*Ключові слова – «блювота фонтаном без домішок жовчі», симптом „пісочних годинників”, рентгенологічна характеристика – класично відповідають діагнозу «пілоростеноз». Відсутність анамнестичних даних, щодо ушкоджень під час пологів дозволяють виключити пілороспазм та ураження ЦНС. Наявність на рентгенограмі збільшення шлунка, уповільнення евакуації контрастної речовини із шлунка, звуження воротаря шлунка - „симптом дзьоба” виключають гастроезофагеальнийрефлюкс та халазію кардії.*

9.25. У доношеної дитини через 2 години від народження після годування розпочалась сильна блювота неперетравленим молоком з домішками жовчі. Відійшла меконіальна пробка, після чого випорожнень не спостерігалось. Живіт здутий у верхніх відділах і запавши у нижніх. На оглядовій рентгенограммі – два рівні рідини. Який найбільш імовірний діагноз.

A. \* Висока кишкова непрохідність

B. Низька кишкова непрохідність

C. Пілоростеноз

D. Пілороспазм

E. Кишкова інфекція

*В тесті описана класична висока кишкова непрохідність. При низькій кишковій непрохідності симптоми захворювання розвиваються повільніше: спочатку з'являється здуття живота, відходження меконію відсутнє. Блювання починається з 2 —3-го дня від народження. Блювотні маси забарвлені жовчю, потім набувають меконієвого характеру і неприємного запаху — "калове блювання". Стан поступово погіршується, наростають явища інтоксикації, живіт збільшений, перистальтика кишок посилюється, стає видимою через передню черевну стінку. Порушення водно-електролітного обміну й явища токсикозу розвиваються повільно, якщо немає некрозу й перфорації перерозтягненого сліпого кінця кишки з розвитком меконіального перитоніту. При їх наявності стан дитини різко погіршується: безперервне блювання, підвищення температури тіла, передня черевна стінка напружена, пастозна; виражений венозний малюнок, м'які тканини промежини та пахвинної ділянки набряклі та гіперемовані. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини видно роздуті петлі кишок з множинними рівнями. Перфорація розширеного відділу кишок вище від місця непрохідності рентгенологічно характеризується наявністю вільного газу в піддіафрагмальному просторі черевної порожнини. За підозри на низьку кишкову непрохідність доцільним є введення водорозчинної контрастної речовини в пряму кишку, при цьому рентгенологічно визначається різко звужена товста кишка. Клінічні прояви пілоростенозу та пілороспазму мають відстрочення на 2-6 тижнів життя дитини.*

9.26. У недоношеної дитини з масою тіла 1450 г на 1 добу рівень глюкози складає 1,8 ммоль/л. Клінічні прояви гіпоглікемії відсутні. Лікарська тактика.

A. \*Розпочати довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв.

B. Розпочати або продовжити ентеральне годування дитини, збільшивши його частоту і провести контроль рівня глюкози в крові глюкотестом через 30 хв після годування

C. Розпочати довенне введення 20% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв.

D. Розпочати довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 4 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хв

E. Провести контроль рівня глюкози в крові глюкотестом через 30 хв

*Визначення рівня глюкози крові проводиться обов'язково новонародженим з масою тіла при народженні 1500 г і менше. Згідно Наказу МОЗ України від 29.08.2006 N 584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні» нормальним слід вважати рівень глюкози крові 2,6 ммоль/л - 5,5 ммоль/л. Новонародженим, які мають при першому вимірюванні рівень глюкози <= 2,2 ммоль/л незалежно від наявності клінічних ознак гіпоглікемії треба негайно розпочати корекцію гіпоглікемії: довенне введення 10% розчину глюкози із розрахунку 2 мл/кг струминно у периферичну вену протягом 5-10 хвилин, потім перевести на інфузію 10% розчину глюкози із швидкістю 6-8 мг/кг/хвилину та продовжити годування дитини.*

9.27. У хлопчика на 3 тижні життя з’явилось блювання фонтаном після кожного годування, без вмісту жовчі. Дитина неспокійна, втратила у вазі, рідке сечовипускання. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу?

A. \*Гастрофіброскопія

B. Копрологічне дослідження

C. Біохімічний аналіз крові

D. Ультразвукове дослідження

E. Загальний аналіз сечі

*У дитини першого місяця життя описана клініка високої кишкової непрохідності (блювання фонтаном після кожного годування, ознаки ексикозу та гіпотрофії). Відсутність жовчі у блювотних масах свідчить про те, що непрохідність у пілоричному відділі шлунку, вище місця впадіння жовчного протоку у 12-палу кишку, тому найкращим інструментальним методом для уточнення діагнозу буде гастрофіброскопія.*

9.28. У новонародженого після народження відзначаються наступні симптоми: задишка змішаного типу, гіподинамія, що наростає, сірий колорит шкіряних покривів, пригнічення рефлексів. Прогресують симптоми гіповолемії. Який з симптомів свідчить про необхідність призначення інфузійної терапії новонародженому?

A. \*Гіповолемія

B. Сірий колорит шкіряних покривів

C. Наростаюча гіподинамія

D. Задишка змішаного типу

E. Пригнічення рефлексів

*Показанням для інфузійної терапії є гіповолемія. Всі інші симптоми можуть бути вторинними.*

9.29. У новонародженої дитини, якій проводилася первинна реанімація, включаючи ШВЛ- 100% киснем під позитивним тиском і НМС, з'явився самостійний подих. Але потім наросла задишка за участю допоміжної мускулатури, ціаноз. Перкуторні границі серця зліва в аксилярній області. Аускультативно: відсутність подиху праворуч. Що є причиною погіршення стану дитини?

A. \*З розвитком пневмотораксу

B. Наявністю діафрагмальної грижі

C. Переломом ребер

D. Вродженою вадою серця

E. Асфіксією

*Враховуючи, що у дитини було самостійне дихання, а потім відбулося погіршення, ймовірно, що мова йде не про асфіксію у пологах і не про діафрагмальну килу. Перелом ребер сам по собі не є причиною дихальної недостатності. Відсутність дихальних шумів при аускультації з однієї сторони не є ознакою вродженої вади серця, а вказує на ймовірний розвиток правостороннього пневмотораксу.*

9.30. У недоношеної дитини з перших годин життя відзначається рясне блювання з домішкою жовчі. Стілець – слизова пробка, відійшла наприкінці 1 доби, одноразово. Запідозрена кишкова непрохідність. Який додатковий метод обстеження необхідний?

A. \*Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини

B. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

C. Езофагодуоденоскопія

D. Пневмоіригоскопія

E. Рентгенограма органів черевної порожними з барієм

*Ультразвукове дослідження є малоінформативним у діагностиці кишкової непрохідності. Езофагогастродуоденоскопія дасть можливість дослідити лише 12-типалу кишку, пневмоіригоскопія –лише товстий кишечник.Оглядова рентгенограма черевної порожнини э інформативною для діагностики кишкової непрохідності та її локалізації. Прийом барію перорально може бути небезпечним при невиключеній повній кишковій непрохідності.*

9.31. Дитина народилася з такими показниками крові : Hb – 100 г/л, эр – 2,3Т/л, Ht -0,25. Із анамнезу відомо: що у матері дитини в пологах виникло передчасне відшарування нормально розташованої плаценти з крововтратою до 1,5 л. Новонародженій дитині показана гемотрансфузія з замісною метою. Який компонент крові, на вашу думку, потрібно використати у даній ситуації для зменшення ризику ускладнень?

A. \*Відмиті еритроцити

B. Еритроцитарну масу

C. Цільну кров

D. Делейкоцитовану еритроцитарну масу

E. Плазму свіжозаморожену

*Найбільш безпечним компонентом для заміщення еритроцитів є відмиті еритроцити. При їх відсутності припустим є трансфузія еритроцитарної маси та делейкоцитованої еритроцитарної маси. Цільну кров переливати вкрай небажано саме із-за високого ризику ускладнень, а переливання плазми у даному випадку не має сенсу.*

9.32. У новонародженої дитини на 3 добу життя виникла масивна шлункова кровотеча і, як наслідок цього, - гостра постгеморагічна анемія. Який з перелічених нижче симптомів малоймовірний для даної ситуації?

A. \*Гепатоспленомегалія

B. Зниження ЦВТ

C. Зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів

D. Артеріальна гіпотензія

E. Олігурія

*Для гостої постгеморагічної анемії не характерна гепатоспленомегалія. Зниження рівню гемоглобіну та еритроцитів, безумовно, буде мати місце. При крововтраті дуже ймовірний розвиток гиповолемії, що призведе до зниження ЦВТ, артеріальної гіпотензії та олігурії*.

9.33. Мати поскаржилася педіатрові, що у дитини тритижневого віку протягом останнього тижня відрижки поступово перейшли в блювоту фонтаном. Блювота виникає під час або відразу після їжі, обсяг блювотних мас перевищує обсяг годування. Дитина постійно неспокійна, з жадібністю смокче груди, став рідше мочитися, обсяг фекалій мізерний. При огляді: шкірні покриви бліді, сухі, тургор знижений, дефіцит маси 200 гр., Відзначається невелике здуття в епігастрії і западання в нижньому відділі живота. Який найбільш ймовірний діагноз?

A. \*Пілоростеноз

B. Пілороспазм

C. Кардиоспазм

D. Кардиостеноз

E. Езофагоспазм

*Блювання фонтаном в обсязі, що перевищує обсяг годування, не може бути повязане зі спазмом. Це свідчить про тривалий застій їжі у шлунку. Такий стан характерний для вродженого гіпертрофічного пілоростенозу (звуження пілоричного відділу шлунку), клінічна картина якого маніфестує зазвичай саме у цьому віці. Внаслідок багаторазового блювання виникають симптоми зневоднення, затримка наботу маси тіла, а також електролітні порушення.*

9.34. У новонародженого 7 днів міхури в нижній половині живота, на кінцівках, в складках на різних стадіях розвитку (розміри від 0,5 до 1,5 см в діаметрі, наповнені серозно-гнійним вмістом, основа міхурів дещо інфільтрована на тлі еритематозних плям). Симптом Нікольського негативний. Після розтину міхурів залишаються ерозії. Корки на місці колишніх бульбашок не утворюються. Загальний стан дитини не порушено. Температура тіла субфебрильна. Ваш діагноз:

A. \*Пемфігус (пухирчатка новонародженого)

B. Вроджений бульозний епідермоліз

C. Вроджений сифіліс

D. Синдром Лайєла

E. Ексфоліативний дерматит Ріттера

*Для синдрому Лайєла характерний позитивний симптом Нікольського. Сифілітична пухирчатка локалізується переважно на долонях та підошвах, а після розтину міхурів залишаються корки. Крім того, для вродженого сифілісу характерна наявність інших симптомів. Вроджений бульозний епідермоліз, як правило, проявляється відразу після народження (тому що пологи самі по собі викликають травмування шкіри), до того ж це захворювання аутосомно-домінантне, а в умові відсутні дані про випадки захворювання у сім’ї дитини. Екфоліативний дерматит Ріттера викликається викликає порушення загального стану, також для нього характерний позитивний симптом Нікольського. Отже, у дитини має місце пухирчатка новонародженого – пемфігус.*

9.35. Який лабораторний тест слід використовувати в першу чергу при клінічних проявах жовтяниці новонароджених з метою проведення замінного переливання крові?

A. \*Вимірювання білірубіну.

B. . Реакція Кумбса.

C. . Прямий білірубін.

D. . Гематокрітне число.

E. . Кількість ретікулоцитів.

*Показник концентрації білірубіну є вирішальним для прийняття рішення про необхідність проведення операції замінного переливання крові. Усі інші тести є допоміжними і принципово не впливають на показання до гемотрансфузії.*

9.36. В акушерському відділенні після кесарева розтину пацієнтці Б., 21 року, група крові ІІІ (В), резус-фактор позитивний, внаслідок недбалості медичного персоналу проведено трансфузію 250 мл еритроцитарної маси ІІ (А) Rh+ групи. Вираженість якого з наведених симптомів буде корелювати з тяжкістю ускладнення та свідчити про прогноз?

A. \*Рівень гемолізу та ниркової недостатності.

B. Інтенсивність болю в попереку та запаморочення.

C. Вираженість дзвону у вухах та тахікардія.

D. Концентрація метгемоглобіну в плазмі крові та натрію.

E. Показники центрального венозного тиску та шкіряні висипання.

*Найбільш частим та тяжким ускладненням переливання несумісної крові є гемотрансфузійний шок, гемоліз еритроцитів та викликана ними ниркова недостатність.В оліго-ануричному періоді прогресування ниркової недостатності може призвести до летального кінця. Отже, прогностично показники гемолізу та ниркової недостатності є провідними.*

9.37. У новонародженої дитини, якій попередньо проводилась інфузійна терапія, виявлено гіпонатріємію. Приріст маси за попередню добу складає 130 г, відмічаються набряки. Як досягти нормального рівня натрію у крові?

A. \* Обмеженням рідини

B. Довенним введенням 0,9% розчину натрію хлориду

C. Довенним введенням 5% розчину натрію хлориду

D. Довенним введенням 4,2% розчину натрію гідрокарбонату

E. Введенням 3 г солі на добу per os

*Приріст маси тіла та набряки диктують необхідність значного обмеження рідини та рішення питання про застосування діуретиків. При виведенні зайвої рідини концентрація натрію буде вищою. До того ж, для корекції натрію за допомогою 0,9% розчину його об’єм буде занадто великим; 5% розчин у новонароджених не використовується у зв’язку з високою осмолярністю (максимально 3%), а розчин натрію гідрокарбонату використовується лише для корекції метаболічного ацидозу. Пероральне введення солі не є коректором натріємії ні за якими критеріями.*

9.38. Дитина від першої доношеної вагітності. Група крові матері 0(І)Rh(+), дитини А(ІІ)Rh(-). Білірубін пуповинної крові - 86 мкмоль/л, Нb-99 г/л, Нt-33%. Діагноз:

A. \* Гемолітична хвороба новонароджених, за системою АВ0, жовтянично-анемічна форма

B. Гемолітична хвороба новонароджених, за системою АВ0, анемічна форма

C. Гемолітична хвороба новонароджених, Rh-конфлікт, жовтянично-анемічна форма

D. Гемолітична хвороба новонароджених, Rh-конфлікт, анемічна форма

E. Неонатальна жовтяниця

*Неонатальна жовтяниця розвивається на 2-3-ю добу після пологів, для неї нехарактерні зміни у пуповинній крові, а також анемія. У дитини має місце як високий білірубін, так і низький гемоглобін, отже форма гемолітичної хвороби – жовтянично-анемічна. Оскільки у матері резус-фактор позитивний, а у дитини – негативний, а не навпаки, резус-конфлікт можна виключити: дитина не має резус-антигену, отже, у матері не вироблялись антитіла, що могли б спричинити гемолітичну хворобу. Отже, має місце конфлікт за АВО: дитина має 2-гу групу, а мати – першу, отже А-антиген дитини міг спричинити продукцію антитіл.*

9.39. У хлопчика 3-тижневого віку раптово почалось блювання фонтаном через 1-2 години після годування (дитина на грудному вигодовуванні). В блювотних масах в основному звурджене молоко. В яке відділення слід госпіталізувати дитину?

A. \* Відділення інтенсивної терапії новонароджених

B. Відділення дитячої хірургії

C. Інфекційне відділення

D. Гастроентерологічне відділення

E. Лікувати амбулаторно

*Початок блювання «фонтаном» зміненим молоком на 3-му тижні життя більш за все характерний для пілоростенозу. Це захворювання потребує оперативного лікування, але насамперед потрібна передопераційна підготовка, що полягає в корекції ексикозу, кислотно-лужних та водно-електролітних порушень (найчастіше – гіпохлоремічний алкалоз). Така корекція проводиться внутрішньовенно у відділенні інтенсивної терапії, а не хірургії, і тим паче не в соматичних відділеннях.*

9.40. Хлопчик народився від матері з цукровим діабетом. Навколоплодні води були меконіальними. Дихання у дитини відсутнє, гіпотонія м’язів. Хлопчик поміщений під лампу променевого тепла, забезпечене правильне положення голови, проведено відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів, дитина заінтубована. Які подальші дії реаніматолога?

A. \*Відсмоктування меконію трубкою, обсушування, ШВЛ

B. ШВЛ через інтубаційну трубку

C. Непрямий масаж серця

D. Введення адреналіну ендотрахеально

E. Оксигенотерапія вільним потоком.

*Протокол надання допомоги дитині у пологовій залі наголошує, що при відсутності дихання у сполученні з меконіальними навколоплодними водами слід перш за все провести інтубацію трахеї з негайним відсмоктуванням меконію з легенів та наступною ШВЛ.*

9.41. Новонародженому хлопчику у пологовому залі проведенні реанімаційні заходи за алгоритмом, у тому числі медикаментозна реанімація – адреналін тричі, фізіологічний розчин, гідрокарбонат натрію. Дихання відсутнє, продовжена ШВЛ. ЧСС – 110/хв, шкіра рожева, симптом “білої плями” 3 сек. За 4 години до народження дитини матері ввели наркотичні анальгетики. Що необхідно робити далі?

A. \*Ввести налоксону гідрохлорид

B. Ввести 10% розчин глюконату кальція

C. Ввести адреналін

D. Ввести 10% розчин глюкози

E. Ввести 0.9% фізіологічний розчин

*Оскільки матері вводилися наркотичні анальгетики, можна запідозрити апное, пов’язане з їх депресивною дією на дихальний центр. Отже, слід ввести антидот, яким є антагоніст опіатних рецепторів налоксон. При наркотичній депресії дихання ефект після введення налоксону буде помітний негайно. Інші перераховані препарати не вчинять в даному випадку ніякого ефекту.*

9.42. У новонародженої дитини констатовано гемолітичну анемію. В венозній крові показник гематокриту становить 28%, показник гемоглобіну – 95 г/л. Для корекції анемії слід обрати:

A. \*Еритроцитарну масу

B. Цільну кров

C. Актиферин

D. Гемофер

E. Фероплекс

*У новонародженої дитини показник гемоглобіну нижче 100 г/л потребує термінової корекції за допомогою гемотрансфузії. Найбільш безпечним є переливання еритроцитарної маси або відмитих еритроцитів.*

9.43. У жінки 35 років відбулись пологи в термін 42 тижні. Під час пологів в навколоплідних водах - густий меконій. Новонародженийхлопчик народився з ціанозом, низьким тонусом, без дихання, з брадикардією. Які дії слід провести терміново?

A. \* Інтубувати трахею і провести санацію за допомогою відсмоктувача.

B. Стимулювати дихання дитини.

C. Увести адреналін.

D. Провести вентиляцію мішком і маскою.

E. Інтубувати трахею і розпочати вентиляцію.

*Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності ознак асфіксії (у даному випадку – відсутність дихання, ціаноз, брадикардія)після аспірації слизу з верхніх дихальних шляхів, яка в цьому випадку проводиться відразу після появи голівки, необхідно провести інтубацію трахеї для відсмоктування слизу та меконію з трахеї та бронхів.*

9.44. У матері із важким маловоддям на 36 тижні гестації народилася дитина із масою 1700г. При народженні оцінка за Апгар 3-5 балів. Проведена інтубація трахеї немовля, розпочата ШВЛ. Через годину відмічено різке погіршення стану, ціаноз, брадикардія, артеріальна гіпотензія. Яка найбільш вірогідна причина цього стану?

A. \* Пневмоторакс.

B. Відкрита артеріальна протока.

C. Внутрішньошлуночковий крововилив.

D. Гіпоглікемія.

E. Респіраторний дистрес-синдром.

*При проведенні ШВЛ виникли респіраторні порушення. Перш за все слід думати про механічну травму легенів, що призвела до пневмотораксу*.

9.45. У жінки 35 років народилася дитина вагою 4300г. У пологах визначалась слабкість пологової діяльності, оповиття пуповиною навкруги шиї. Дитина закричала відразу, крик гучний, роздратований. Через 30 хв. після народження дитина стогне, через годину з’явилися тонічні судоми. Який попередній діагноз?

A. \*Пологова травма.

B. Вроджена пневмонія.

C. Вроджена вада серця.

D. Синдром дихальних розладів.

E. Асфіксія.

*Оскільки після пологів дитина відразу закричала, асфіксію в пологах можна виключити. Для синдрому дихальних розладів, пневмонії та вродженої вади серця не характерні судоми. Дитина досить велика при народженні, отже, ймовірно, мала місце пологова травма.*

9.46. У новонародженого віком 32 тижні гестації через 1 годину після народження розвинулись дихальні розлади. На рентгенографії грудної клітини відмічається затемнення легень і повітряні бронхограми. Розпочата ШВЛ з 50% киснем. Яке лікування найбільш доцільне?

A. \*Сурфактант ендотрахеально.

B. Індометацин внутрішньо.

C. Дексаметазон внутрішньовенно.

D. Вітамін Е внутрішньом’язово.

E. Натрія гідрокарбонат внутрішньовенно.

*Дитина недоношена. Дихальні розлади та вищевказані рентгенологічні зміни вказують на розвиток у дитини синдрому дихальних розладів 1-го типу, що пов'язаний з нестачею сурфактанту. Лише екзогенне введення сурфактанту та респіраторна терапія з підвищеним тиском на видиху призведуть до покращення стану немовля.*

9.47. У хлопчика 3-тижневого віку раптово почалось блювання фонтаном через 1-2 години після годування (дитина на грудному вигодовуванні). В блювотних масах в основному звурджене молоко. Ймовірний діагноз:

A. \* Пілоростеноз

B. Адреногенітальний синдром

C. Висока кишкова непрохідність

D. Інвагінація кишок

E. Хвороба Гіршпрунга

*Висока кишкова непрохідність та інвагінація кишок мало ймовірні у дитини 3-х місяців, що знаходиться виключно на штучному вигодовуванні. При хворобі Гіршпрунга перш за все мають бути дані про порушення стулу, затримку дефекації. При адреногенітальному синдромі може бути блювання фонтаном, але також характерний рідкий стул, та й клінічні прояви повинні були проявитися відразу після пологів. Початок блювання «фонтаном» зміненим молоком на 3-му тижні життя більш за все характерний для пілоростенозу, який слід виключити в першу чергу.*

10. НЕЩАСНІ ВИПАДКИ, ОТРУЄННЯ ТА ІНШІ СТАНИ ЕКЗОГЕННОГО ХАРАКТЕРУ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

10.1. До лікарні надійшла дівчинка 14 р., яка 2 год. тому із суіцидальними намірами випила 100 мл оцту. Дитина в свідомості, емоційно лабільна. Скарги: біль у роті та епігастрії, спрага, слинотеча. При огляді – слизова оболонка рота гіперемована. Пальпаторно – напруга передньої черевної стінки. Для наданнядопомоги треба:

A. \*Промити шлунок холодною кип’яченою водою через зонд

B. Промити шлунок розчином соди через зонд

C. Викликати штучне блювання

D. Промити шлунок розчином калію перманганату

E. Не промивати шлунок. Ввести активоване вугілля

*З наведених даних ясно, що у дівчинки отруєння оцтовою кислотою з опіком слизових оболонок шлунково-кишкового тракту. При цьому виді отруєння перша допомога повинна бути спрямована на видалення кислоти з травного тракту потерпілого - почніть промивати шлунок холодною (не теплою) водою через зонд, тому що викликати штучне блювання протипоказано (при повторному проходженні по стравоходу виникнуть ще опіки). Перед промиванням шлунка проводять знеболення препаратами з групи анальгетиків, а зонд перед введенням змащується вазеліновим маслом. Промивати шлунок розчином соди також не треба – тому що утвориться при взаємодії лугу і кислоти вуглекислий газ, що призведе до гострого розтягнення шлунку і посилення тяжкості стану. Перманганат калію також не треба використовувати, тому що він є сильним окисником і при взаємодії з кислотою утворюється окислювальна суміш, що дуже їдка.*

10.2. У дитини 3-х років після укуса бджоли в щоку розвився набряк язика, шиї, обличчя. Різка інспіраторна задишка з частотою 60 за хвилину. Пульс 144/хв. АТ 70/40 мм рт.ст. При аускультації легень дихання різко ослаблене в нижніх відділах. Дитина різко збуджена. Який терапевтичний захід є першочерговим?

A. \*Інтубація трахеї

B. Інгаляція кисню

C. Преднізолон внутрішньовенно

D. Лазикс внутрішньвенно

E. Обколоти місце укуса адреналіном

*Виходячи з описаної клініки – у дитини розвився набряк Квінке зі стенозом гортані (декомпенсований):дитиназбуджена, тахікардія з гіпотензією, різка інспіраторна задишка з майже «німими» легенями в нижніх відділах. При ГДНIII ступеню показана інкубація трахеї, ШВЛ, при неможливості - ургентна крико-конiкотомiя.*

10.3. Мати викликала лікаря до дитини 1 рік 7 міс зі скаргами на раптовий кашель, задишку, які з’явились під час прийому їжі. При огляді: температура тіла нормальна, дитина активна, при аускультації легень: ліворуч свистячі хрипи на видиху, перкуторно коробковий звук. Можливий діагноз:

A. \*Стороннє тіло бронху.

B. Бронхіальна астма.

C. Бронхіоліт.

D. Кашлюк.

E. Обструктивний бронхіт.

*Одним з найголовніших діагностичних критеріїв в завданні є дані анамнезу (раптове виникнення респіраторних порушень під час годування) і однобічність ураження (зліва). Свистячі хрипи на видиху, перкуторно -коробковий звук характерні для бронхіальної астми або обструктивного бронхіту, але при цих захворюваннях вони є двосторонніми. Тому у дитини можемо діагностувати обструкцію стороннім тілом (їжею).*

10.4. Юнак 15 років через 6 годин після перебування на пляжі скаржиться на загальну слабкість, головний біль, запаморочення, нудоту й блювання. Об’єктивно: Гіперемія шкіри лиця та голови, одутлість обличчя. Шкіра волога. ЧД - 19/хв. АТ- 125/80 мм рт. ст. ЧСС=Р=104/хв. Ваш діагноз?

A. \* Сонячний удар

B. Тепловий удар легкого ступеня

C. Тепловий удар середнього ступеня

D. Тепловий удар важкого ступеня

E. Нейро-циркуляторна дистонія

*Сонячний удар - тяжкий хворобливий стан організму, що наступає в результаті прямого впливу сонячних променів на непокриту голову.На відміну від теплового при сонячному ударі в першу чергу з'являються ознаки ураження головного мозку: сильний головний біль, запаморочення, почастішання або уповільнення пульсу, тимчасове порушення орієнтування в навколишньому середовищі. Потім може послідувати помутніння і втрата свідомості. Тепловий удар - гостро хворобливий стан, обумовлений гіпертермією (загальним перегріванням організму) і виникає через вплив зовнішніх теплових факторов.Ознаками теплової перевтоми є:сильна спрага, задишка, серцебиття, запаморочення, шум у вухах, прискорені пульс та дихання, сильне почервоніння шкірних покривів, підвищена температура тіла, м'язова слабкість, блювання, іноді марення, галюцинації.Сонячний удар найчастіше характеризується почервонінням особи, відчуттям раптового припливу крові до голови і пульсацією в великих судинах, при цьому можуть виникати нудоти, шум у вухах, запаморочення, сильні головні болі, слабкість, розбитість, тремтіння в руках і ногах, позіхання, сльозотеча, носові кровотечі, непевну ходу, а можливо, і втрата свідомості.Відмінність теплового удару від сонячного полягає в тому, що він може виникати і в приміщенні, де підвищена температура, не вистачає свіжого повітря і відзначається підвищена вологість. Симптоми теплового і сонячного ударів багато в чому схожі, але у першого вони зазвичай розвиваються повільніше, при цьому у людини найчастіше знижується температура, з'являється липкий піт, частішають дихання і пульс.*

10.5. У дитини 12 років, що потрапила в автомобільну аварію, при огляді лікарями швидкої допомоги виявлені ознаки порушеної перфузії: мармуровість шкірних покривів, уповільнена перфузія нігтьових лож, ціаноз носогубного трикутника, ЧСС – 140 уд/хв, систолічний тиск 40 мм рт. ст. Який метод є найбільш оптимальним для корекції гемодинамічних розладів?

A. \* Інфузія сольових розчинів.

B. Інфузія добутаміну.

C. Призначення атропіну.

D. Синхронізована кардіоверсія.

E. Призначення спазмолітичних препаратів.

*Виходячи з даних анамнезу (ДТП) і клініки гіповолемічного шоку- у дитини має місце геморагічний шок, невідкладна корекція гемодінамічніх порушень якого здійснюється iнфузiєю колоїдних розчинів у дозі 5-6 мл/кг зі швидкістю 0.75-1.2 мл/кг/хв до відносної стабілізації АТ , потім - 0.1-0.5 мл/кг/хв. При неефективністі – в/венно 7-7.5% розчин NaCl у дозі 2-4 мл/кг зі швидкістю 60-80 кап/хв або сольові розчини в дозі 20 мл/кг. З перелічених вiдповiдей вибираємо інфузію сольових розчинів.*

10.6. До дитини 3-х років, яка була виявлена у задовільному стані матір’ю у кухні з кристалами перманганату калію у руках і роті, викликали лікаря. Які першочергові його дії?

A. \*Обробка слизової рота 3% пероксид водню і 3% оцтовою кислотою та негайна гостпіталізація

B. 0,5-1% аскорбінова кислота та негайна госпіталізація

C. Промивання фізрозчином та негайна госпіталізація

D. Промивання водою та негайна гостпіталізація

E. Промивання слизової оболонки рота міцним чаєм та негайна гостпіталізація

*Промивання шлунка (з одночасним полосканням порожнини рота і горла) 2 л води, що містить 100 г 3% розчину перекису водню і 200 г 3% розчину оцтової кислоти. Діючи як відновник при наявності кислоти, перекис водню знешкоджує перманганат калію, попереджаючи утворення їдкого лугу і атомарного кисню. Всю процедуру слід повторювати доти, поки промивні води повністю не знебарвляться. Слизові оболонки порожнини рота, ясен, мови додатково протирають серветкою, змоченою тими ж розчинами в співвідношенні 1: 1.видалити отруту з ротової порожнини, шкіри та шлунку. Для цього шкіру і порожнину рота слід обробити тампоном, змоченим 1% розчином аскорбінової кислоти, яка для калію перманганату є антидотом. Вона взаємодіє з цієї з утворенням нетоксичного 2,3-дікето-1-гулоновой кислоти. Це з'єднання в організмі розпадаються на кілька теж нетоксичних метаболітів, що вільно виводяться з організму.*

10.7. Дитину 8 років доставлено на берег через 2 хвилини після втоплення. Пульс на периферичних артеріях не визначається. Зіниці помірно розширені, слабо реагують на світло. Шкірні покриви бліді з ціанотичним відтінком. Дихання різко ослаблене. Які першочергові заходи надання невідкладної допомоги

A. \*Забезпечення вільної прохідності дихальних шляхів

B. Введення преднізолону

C. Інгаляція 100% кисню

D. Проведення тактильної стимуляції

E. Введення фуросеміду

*З самого початку треба брати до уваги те, що вiдсутнiсть пульсу на периферичних артерiях, не є ознакою клiнiчної смертi, однiєю з ознак КС є вiдсутнiсть пульсу на МАГIСТРАЛЬНИХ артерiях. Але зважаючи на те, що дихання рiзко ослаблене, першочергово треба забезпечити вiльну прохiднiсть дихальних шляхiв. (згiдно алгоритму ABCDE, де A (airways) – звільнення дихальних шляхів).*

10.8. Дитину 11 років після втоплення в річці вдалося оживити через 3 хвилини. Назвіть найбільш часте ускладнення після реанімаційного періоду в даному випадку.

A. \*Обтураційні ателектази легень, пневмонії

B. Набряк легень

C. Пневмоторакс

D. Піопневмоторакс

E. Ларінгоспазм

*При істинному утопленні в прісній воді вже в кінці першої години (іноді пізніше) розвивається гематурія. Пневмонія і ателектази легенів можуть розвиватися дуже швидко, в кінці першої доби після утоплення. При вираженому гемолізі можуть наступити гемоглобінурійний нефроз і гостра ниркова недостатність.*

10.9. З пляжу в відділення інтенсивної терапії доставлена дитина 12 років, яку вдалося оживити через 3 хвилини після втоплення в морській воді. Назвіть найбільш часте ускладнення після реанімаційного періоду при втопленні в даному випадку.

A. \*Набряк легень

B. Ателектази легень

C. Пневмоторакс

D. Піопневмоторакс

E. Ларінгоспазм

*Для істинного утоплення в морській воді характерний швидкий розвиток набряку легенів з виділенням з дихальних шляхів білої, стійкої, «пухнастої» піни.Внаслідок того, що концентрація розчинених речовин у морській воді вище, ніж в крові, при попаданні морської води в легені рідка частина крові разом з білками проникає з кровоносних судин в альвеоли. Це призводить до згущення крові, збільшення в ній концентрації іонів калію, натрію, кальцію, магнію і хлору. В альвеолах накопичується велику кількість рідини, що веде до їх розтягування аж до розриву. Як правило, при утопленні в морській воді розвивається набряк легенів. Та невелика кількість повітря, яке знаходиться в альвеолах, сприяє під час дихальних рухів збивання рідини з утворенням стійкої білкової піни.*

10.10. В приймальне відділення доставлена дитина 6 років після тривалого перебуванні на вулиці при температурі –30оС. Свідомість загальмована. Дитина адинамічна. Відмічається м’язова гіпотонія, гіпорефлексія, розширення зіниць, брадикардія, глухість серцевих тонів. Ректальна температура 340С. Що є причиною даного стану?

A. \*Переохолодження

B. Гостре респіраторне захворювання

C. Перевтомлення

D. Кардит

E. Гіпоглікемія

*Судячи з анамнезу (тривале перебуванні на вулиці при температурі –30оС) Iклінічнїо картини:переохолодження до 34С,свiдомiсть порушена, гіпорефлексія, брадикардiя- у дитини загальне переохолодження 3 ступеню.*

10.11. У дитини 5 років після удару блискавки спостерігається задишка, виражена тахікардія, артеріальна гіпертензія, порушення зору і слуху. Можливість порушення функції якого життєво важливого органу треба контролювати у першу чергу?

A. \*Серце

B. Нирки

C. Печінка

D. Щитоподібна залоза

E. Підшлункова залоза

*При ураженнi електричним струмом в першу чергу треба контролювати серцеву дiяльнiсть – дiя струму на мiокаорд призводить до розвитку фiбриляцiї шлуночкiв.*

10.12. Хлопчику 10-ти років надана перша допомога з приводу утоплення у морській воді. Стан задовільний на протязі 1години післяпоновлення самостійного дихання. Яке ускладнення, пов’язане з пошкодженням легень може різко погіршити стан хворого на протязі двох діб?

A. \*Набряк легень

B. Інородне тіло у дихальних шляхах

C. Бронхообструктивний синдром

D. Гіпоксемія

E. Респіраторний дістресс-синдром

*Для утоплення в морській воді характерний розвиток набряку легенів з виділенням.Внаслідок того, що концентрація розчинених речовин у морській воді вище, ніж в крові, при попаданні морської води в легені рідка частина крові разом з білками проникає з кровоносних судин в альвеоли.*

10.13. Хлопчику 10-ти років надана допомога при утопленні у морській воді. Через 10 годин після поновлення самостійного дихання раптово значно збільшилась частота дихання, з’явився ціаноз, притуплення перкуторного тону над легенями, ослаблення дихання, дрібно-пузирчасти хрипи. Яке обстеження є першочерговим?

A. \*Рівень гіпоксемії з визначенням толерантності до оксигенотерапії, рентгенографія

B. Рентгенографія

C. Напруга кисню в артеріальній крові

D. Спірометрія

E. Спірографія

*При утопленні у морській воді найчастішим ускладненням є набряк легень, який ми можемо запідозрити з клініки, описаної у даному питанні. Для підтвердження набряку легень доцільно провести рентгенографію грудної клітини, а для вирішення подальшої тактики респіраторної терапії – рівень гіпоксемії з визначення толерантності до оксигенотерапії.*

10.14. Дитині 5-ти років надана допомога при утопленні у прісній воді. Через 8 годин після поновлення самостійного дихання раптово значно збільшилась частота дихання, з’явився ціаноз, притуплення перкуторного тону над легенями, ослаблення дихання, дрібно-міхурчатіі хрипи. Яке ускладнення розвинулося?

A. \* Пневмонія

B. Інородне тіло у дихальних шляхах

C. Бронхообструктивний синдром

D. Гіпоксемія

E. Набряк легень

*При істинному утопленні в прісній воді пневмонія і ателектази легенів можуть розвиватися дуже швидко.*

10.15. Дівчинка 5 років після прогулянки більш 4 годин при зовнішній температурі (- 8°С) із скаргами на появу на шкірі рук пухирів, заповнених кров’янистим складовим. Шкіра бліда, набряк в області кінцівок, шкіра кінцівок синюшна, пухирі до 10-15 мм. у діаметрі з кров’янистим складовим. Встановити попередній діагноз:

A. \* Обмороження м’яких тканин кінцівок III ступеню.

B. Обмороження м’яких тканин кінцівок I ступеню

C. Обмороження м’яких тканин кінцівок II ступеню

D. Холодова кропив'янка

E. Обмороження м’яких тканин кінцівок IV ступеню

*По тяжкості ураження розрізняють чотири ступені відмороження. При відмороженні 1, найбільш легкої, ступеня відзначаються синюшність забарвлення шкіри і її набряк. Відмороження 2 ступеня супроводжується загибеллю поверхневих шарів шкіри. Для цього ступеня характерна поява бульбашок, наповнених прозорим вмістом. В результаті спостерігається відновлення нормальної будови шкіри, рубці не утворюються. При відмороженні 3 ступеня настає некроз шкіри і підшкірної клітковини. Утворені бульбашки містять кров'янистий ексудат. В результаті омертвілі ділянки шкіри відторгаються, розвиваються грануляції і після загоєння залишаються рубці. Відмороження 4 ступеня характеризується загибеллю шкіри, м'яких тканин, суглобів і кісток кінцівки, хряща вушної раковини і ін. Омертвілі тканини муміфікуються, залишаючись в такому стані тривалий час (2-3 міс. і більше).*

10.16. У дівчинки у віці 1 року 8 місяців, яка була здорова та бавилась з іграшками, раптово з’явилась задишка, осиплість голосу. При огляді: шкіра ціанотична, дихання стенотичне, інспіраторна задуха з втягування поступливих ділянок грудної клітини. При аускультації дихання у легенях дифузно послаблене. Ваш діагноз?

A. \* Стороннє тіло дихальних шляхів.

B. Обструктивний бронхіт.

C. Вірусний круп.

D. Пневмонія.

E. Діфтерійний круп.

*Беручи до уваги данні анамнезу (здорова дитина бавилась з іграшками, раптове погіршення стану за рахунок респіраторних порушень)і клініки (задуха на вдиху, дифузно послаблене дихання), що свідчить про обтурацію дихальних шляхів стороннім тілом (іграшкою).*

10.17. Який прийом необхідно використати для видалення стороннього тіла дихальних шляхів у дитини 6 місяців?

A. \* Розташувати дитину у позиції “вершника” на передпліччі лицем додолу з головою, що опущена нижче тулуба, та нанести по спині удари проксимальною частиною долоні

B. Взяти дитину за ноги та потрусити

C. Натиснути на живіт

D. Завести дитині пальця до ротогорла та намагатись зачепити стороннє тіло

E. Використати прийом Геймліха

*1Видалення стороннього тіла в грудних дітей (молодше 1 року): 1.Укласти дитину на своє передпліччя животом униз, голова повинна бути нижче тулуба і нанести 5 ударів по спині між лопатками основою долоні. 2.Перевернути дитину на спину і зробити 5 поштовхів у грудну клітку на 1 палець нижче міжсоскової лінії по подовжній осі грудини. 3.Якщо стороннє тіло видне в ротоглотці і немає небезпеки проштовхнути його - роблять спробу видалення. Видалення стороннього тіла наосліп у маленьких дітей протипоказано через небезпеку збільшити обструкцію. 4.Забезпечити прохідність дихальних шляхів і провести ШВЛ. 5.У випадку неефективності ШВЛ - змінити положення голови і повторити спробу ШВЛ. 6.У випадку безуспішності заходів - повторити весь цикл спочатку.*

10.18. У реанімаційне відділення доставлений хлопчик 10 р. з гострим отруєнням свинцем. Млявий, шкіра бліда, АТ – 110/55 мм рт.ст., ендогенний креатинін – 1,098 ммоль/л, сечовина – 20,8ммоль/л, калій плазми – 7,9 ммоль/л, діурез – 200 мл/добу. Що слід призначити першочергово?

A. \*Хелатоутворювачі.

B. Активоване вугілля.

C. Ентеросгель.

D. Лазикс.

E. Плазмаферез.

*Хелатоутворювачі (ЕДТА, тетацин-кальцій) – це антидоти, що здійснюють специфічну фізико-хімічну взаємодію зі сполуками важких металів для утворення в організмі нетоксичних сполук. При гострому отруєнні у токсигенній фазі антидотна терапія є найважливішою і найбільш ефективною!*

10.19. У реанімаційне відділення доставлений хлопчик 10 р. з гострим отруєнням свинцем. Стан дитини важкий: млявий, шкіра бліда, АТ – 110/55 мм рт.ст., ендогенний креатинін – 1,098 ммоль/л, сечовина – 20,8 ммоль/л, калій плазми – 7,9 ммоль/л, діурез – 200 мл/добу. Яку дозу антидоту – кальцію динатрієвої солі етилендиамінтетраацетату слід призначити?

A. \*1,0-1,5 г на м2 0,5% р-ну.

B. 1,5-2,0 г на м2 0,5% р-ну.

C. 2,0-2,5 г на м2 0,5% р-ну.

D. 0,5-1,0 г на м2 0,5% р-ну.

E. 2,5-3,0 г на м2 0,5% р-ну.

*Етилендиамінтетраацетат (ЕДТА) в якості антидоту при отруєнні важкими металами призначається у початковій дозі 1,0-1,5 г/м2 поверхні тіла. Це треба запам’ятати.*

10.20. Мати залишила здорового сина 2,5 р. із старшою дочкою, хворою на ГРВІ. Через 3 год. Повернення додому, вона помітила у сина частий кашель. На другий день стан його погіршився, температура тіла - 38°С, ЧД – 42/хв., ЧСС – 132/хв., ціаноз шкіри. Перкуторно справа нижче кута лопатки вкорочення звуку, аускультативно – в цьому місці різке ослаблення дихання. На RОГК ателектаз правих сегментів S4 і S5, тінь органів середостіння зміщена вправо. Яка ймовірна причина такого стану дитини?

A. \*Стороннє тіло бронхів.

B. ГРВІ

C. Гострий обструктивний бронхіт

D. Гострапневмонія

E. Напружений пневмоторакс

*Локальне вкорочення звуку, різко ослаблене дихання, наявність ателектазу та зміщення органів середостіння у бік ураження свідчить про ймовірне порушення прохідності дольового бронху справа. Враховуючи підвищення температури, слід диференціювати цей стан з гострою пневмонією, але для неї характерні ознаки інфільтрації, а не ателектазування, та й лише добу тому дитина була цілком здоровою.*

10.21. Спекотним літнім днем дівчинка 6 місяців доставлена в клініку зі скаргами матері на підвищення температури тіла у дитини до 39°С, почервоніння шкіри, відмову від вживання їжі та пиття. ЧСС – 180/хв., ЧД – 60/хв. Шкірні покриви червоні, сухі, тим’ячко незначно запавше. У легенях – пуерільне дихання. Тони серця прискорені, звучні. Діурез знижений.Який стан виник у дитини?

A. \* Теплова гіпертермія.

B. Пароксизмальна тахікардія.

C. Ексикоз.

D. Гостра ниркова недостатність.

E. Гіпоглікемічний стан.

*Пароксизмальна тахікардія не пояснюя наявності підвищеної температури тіла та тахіпное. Також гіпертермія не характерна дляізольованого ексикозу, гострої ниркової недостатності та гіпоглікемії. Увесь комплекс симптомів можна пояснити перегріванням з порушенням тепловіддачі, що й спричинило теплову гіпертермію.*

10.22. У дитини 10 років після дорожньо-транспортної пригоди тривала кровотеча, відкритий перелом плеча, тупа травма живота, перелом стегна. ЧСС - 120/хв., АТ - 60/40 мм рт.ст. У крові: Нв - 80 г/л, ерит. - 2,4·1012/л, Ht -0,24. З яких кровозамісників необхідно починати терапію?

A. \* Кристалоїди.

B. Еритроцитарна масса.

C. Свіжозаморожена плазма.

D. Альбумін.

E. Цільна кров.

*При важкому геморагічному та травматичному шоці (дефіцит ОЦК більше 30%) компонентне кровопоповнення досягають шляхом послідовної швидкоїінфузії ізотонічних розчинів кристалоїдів (0,9% розчин натрію хлориду, р-н Рингера або лактасол). Це призводить до повернення рідини в інтерстіцій і клітини, далі колоїди, для утримання рідини у судинному секторі і для збільшення серцевого викиду, далі еритромасу*.

10.23. У приймальне відділення доставлена дитина 5 років з нападоподібним кашлем, задишкою, захриплістю голосу. Зі слів матері, кашель у дитини розпочався раптово під час їжі, супроводжувався підвищеним слиновиділенням. Епідеміологічний анамнез відсутній. Катаральних явищ немає. Об'єктивно: помірно виражена задишка, гучний подих, кашель малопродуктивний. Який найбільш імовірний діагноз?

A. \*Стороннє тіло бронхів.

B. Грип.

C. Бронхіальна астма.

D. Респіраторно-синцитіальна інфекція.

E. Кашлюк.

*Раптова поява кашлю під час прийому їжі, як і під час гри з дрібними предметами, завжди має навести на думку про стороннє тіло дихальних шляхів!*

10.24. Батьки звернулися до лікарні зі скаргами на утруднений подих у дитини 3-х років, який розпочався раптово ввечері після гри з мозаїкою. Об'єктивно: дитина занепокоєна, перелякана, нападоподібний малопродуктивний кашель, експіраторна задишка. Лікарем запідозрене стороннє тіло бронхів. Яка подальша тактика ведення дитини?

A. \* Екстрена бронхоскопія.

B. Пальцеве видалення стороннього тіла наосліп.

C. Призначити муколітики.

D. Призначити протикашльові препарати.

E. Спостереження..

*Раптова поява кашлю під час гри з дрібними предметами, як і під час прийому їжі, завжди має навести на думку про стороннє тіло дихальних шляхів. Видалення сторонього тіла можливе лише при бронхоскопії, інші заходи будуть неефективні.*

10.25. Дитині 5 років випадково випила рідину для прочищання труб, що містить їдкий луг. Скарги на біль у ротовій порожнині та за грудиною, гіперсалівацію, порушення ковтання. Діагностовано хімічний опік ротової порожнини, глотки та стравоходу. Яке основне лікування в першу добу після травми:

A. \*Протишокова терапія

B. Очікувальна тактика.

C. Промивання шлунку

D. Накладання гастростоми

E. Парентеральне харчування

*У дитини хімічний опік верхніх відділів ШКТ. Перш за все слід запобігати розвитку опікового та рефлекторного шоку. Небезпечно промивання шлунку при отруєнні корозивними речовинами. Накладання гастростоми не показане, як і парентеральне харчування - у більшості випадків дитина в змозі приймати щадну їжу*. *У будь-якому випадку, ці заходи не є першочерговими.*

10.26. Батьки доставили 7-ми річного хлопчика в стаціонар власним транспортом, повідомивши, що його занесли друзі в дім наруках. Зібравши анамнез, стало відомо, що на протязі 6-ти годин дитина гралась у дворі в сніжки. При огляді хлопчик загальмований, блідий. Виражений озноб, тахікардія до 150/хв., АТ-75/30 мм рт.ст. Температура тіла 34,5оС. Ваша тактика? A. \*Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії. B. Госпіталізація не обов’язкова. Вдома напоїти гарячим чаєм та добре окутати.

C. Скерувати на консультацію до невролога.

D. Вимагає спостереження комбустіолога.

E. Необхідно визначити основний обмін.

*У дитини має місце загальне переохолодження 2-го ступеня (температура тіла 34 – 35 оС). Ускладненням цього стану є можливе виникнення серцевих аритмій, у тому числі фібриляції шлуночків. Цей стан є заргозливим для життя. Отже, лікування має проводитись у відділенні інтенсивної терапії.*

10.27. В стаціонар доставлена дитина 3-х років в дуже тяжкому стані. Свідомість затьмарена, виражений руховий неспокій, тотальний ціаноз. Дихання з участю допоміжної мускулатури, права половина грудної клітки відстає в акті дихання. З анамнезу – погіршення стану виникло на тлі повного здоров’я, коли дитина гралась з іншими дітьми у дворі. Що стало найбільш імовірною причиною даної ситуації?

A. \*Стороннє тіло правого головного бронху.

B. Гострий стенозуючий ларингіт.

C. Дифтерія гортані.

D. Приступ бронхіальної астми.

E. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

*Оскільки дихальна недостатність виникла на фоні повного здоров’я, раптово, під час гри, перш за все слід подумати про аспірацію стороннього тіла. Відставання правої половини грудної клітки в акті дихання підтверджує, що, ймовірно, стороннє тіло викликало повну обструкцію правого головного бронха.*

10.28. Граючи на будівництві, хлопчик 10 років впав з висоти на бетонне покриття. При огляді дитина без свідомості, дихальна екскурсія грудної клітки відсутня, пульс на сонній артерії не визначається, зіниці різко розширені, у дитини є відкритий перелом кісток гомілки, множинні садна на видимих ділянках шкіри, на губах сліди свіжої крові. Які заходи невідкладної допомоги необхідні потерпілому в першу чергу:

A. \*Відновлення прохідності дихальних шляхів та проведення серцево-легеневої реанімації;

B. Транспортування постраждалого до найближчого лікувального закладу;

C. Накладення пов’язки та первинна іммобілізація нижньої кінцівки;

D. Загальний огляд постраждалого з пальпацією з метою визначення провідного ураження;

E. Введення протишокових засобів.

*Відсутність свідомості, екскурсії грудної клітини (дихання) та пульсу на магістральних судинах, а також розширення зіниць є ознаками клінічної смерті. У цьому разі слід негайно розпочати реанімаційні заходи за принципом АВС (САВ у дорослих) – відновлення прохідності дихальних шляхів, штучне дихання та непрямий масаж серця.*

10.29. Дитині 1 рік 7 місяців. Скарги на раптовий кашель, задишку, яка зникла через 15 хв. При огляді: температура тіла нормальна, дитина активна, при аускультації легень зліва у верхній частці свистячі хрипи на видиху, перкуторно коробковий звук. Можливий діагноз:

A. \*Стороннє тіло бронха

B. Бронхіальна астма

C. Обструктивний бронхіт

D. Бронхіоліт

E. Коклюш

*Раптовий характер захворювання та нормотермія не характерні для обструктивного бронхіту, бронхіоліту та коклюшу. Для цих захворювань, як і для бронхіальної астми, не характерний також локальний характер фізикальних змін – свистячі хрипи у проекції однієї долі. Отже, ймовірно, що має місце стороннє тіло лівого верхнього дольового бронху.*

10.30. Дитина 5-ти років отримала опік окропом 15% поверхні тіла. При огляді: ураження шкіри поверхневе, місце опіку яскраво гіперемійоване, набряклість. Дитина збуджена, відчуває сильний біль і печіння в місцях опіку. Частота серцевих скорочень 115 / хв. АТ в межах норми. Дихання не змінено. Погодинний діурез збережений. Яка тактика лікаря при наданні первинної допомоги потерпілому?

A. \*Усунення больового синдрому

B. Накладення пов’язок на обпалену поверхню

C. Катетеризація сечового міхура

D. Призначення транквілізаторів

E. Призначення серцевих глікозидів

*Враховуючи виражений больовий синдром і печію, перш за все слід провести адекватне знеболювання. Після цього показане накладенні асептичних пов’язок та транспортування дитини до лікарні. Оскільки діурез збережений, катетеризація сечового міхура на момент огляду не показана, як і призначення серцевих глікозидів (відсутні порушення з боку серцево-судинної системи),призначення транквілізаторів також не має сенсу – дитина заспокоїться після усуненні больового синдрому.*

10.31. У реанімаційне відділення доставлено хворого 15-ти років в результаті термічного ураження 50% шкірних покривів і темоінгаляційного ураження дихальних шляхів. Стан потерпілого вкрай важкий, загальмований, відзначається сплутаність свідомості. Пульс ниткоподібний, АТ 80/40 мм рт.ст., дихання поверхневе. Спостерігалася одноразова блювота кольору "кавової гущі", сеча темно-коричневого кольору. Обсяг первинних маніпуляцій повинен бути наступним:

A. \*Усе перераховане

B. Забезпечення прохідності дихальних шляхів та ШВЛ з позитивним тиском на видиху

C. Катетеризація центральних вен і початок інфузії

D. Катетеризація сечового міхура

E. Введення зонду у шлунок

*У дитини має місце опіковий шок. Цей діагноз диктує необхідність, окрім адекватного знеболювання, проведення катетеризації центральних вен з подальшою інфузійною терапією, катетеризацію сечового міхура для підрахунку погодинного діурезу; опік дихальних шляхів потребує інтубації трахеї та ШВЛ (позитивний тиск на видиху профілактує спадання альвеол), а наявність блювання «кавовою гущею» - введення шлункового зонду з забезпеченням стоку та промивання шлунку холодними розчинами, введення амінокапронової кислоти тощо. Отже, усі перераховані заходи є доцільними.*

10.32. У 13-річної дитини після ДТП лікарем швидкої допомоги був діагностований травматичний шок у зв'язку з відкритим переломом правої великогомілкової кістки і масивна кровотеча з рани. Який обсяг допомоги необхідно здійснити лікарю на місці аварії?

A. \*Введення знеболювачів,накладення джгута, транспортна іммобілізація

B. Первинна хірургічна обробка рани

C. Введення антибіотиків

D. Введення допаміну

E. Накладення асептичної пов’язки

*Наявність травматичного шоку диктує необхідність адекватного знеболювання, масивна кровотеча (ймовірно, артеріальна) – накладення джгута, а наявність перелому – транспортної імобілізації та транспортування дитини до травматологічної клініки, де в подальшому буде проведена первинна хірургічна обробка рани, накладення асептичної пов’язки, введення антибіотиків та репозиція кісткових відламків – це повинен робити спеціаліст у стаціонарі. Під час транспортування слід забезпечити протишокову інфузійну терапію. Введення допаміну без інфузії буде неефективним!*

10.33. Хлопчик 10-ти років надійшов у відділення інтенсивної терапії і реанімації з діагнозом: Політравма, геморрагічний шок 3-й ступеня. Який із судинних доступів є найбільш показаним для здійснення наступних задач: 1.Масивна інфузіонна та гемотрансфузіонна терапія, 2.Тривале парентеральне харчування, 3.Вимір ЦВТ?

A. \* Черезшкірна катетеризація центральної вени.

B. Венепункція.

C. Пункція і катетеризація периферичної вени.

D. Пункція променевої артерії.

*Вказані задачі є чіткими показаннями для катетеризації центральної вени. Інші доступи не дадуть можливості проводити всі необхідні заходи.*

10.34. Дівчинку 12 років щойно знайшли у віддаленому куточку парку. Дитина збентежена, на запитання відповідати відмовляється.Одяг зіпсований. На лиці та шиї подряпини. Свідки бачили чоловіка, що тікав з цієї частини парку. Лікар, який опинився на місці подій, має перш за все:

A. \*Виключити травми піхви та внутрішніх органів

B. Опитати свідків

C. Обробити подряпини на лиці та шиї

D. Спробувати знайти родичів дитини

E. Провести профілактику вагітності та венеричних хвороб

*Анамнез дає змогу запідозрити згвалтування. Перш за все треба оглянути дитину на предмет травм піхви та внутрішніх органів, оскільки вони можуть призвести до кровотечі та розвитку ускладнень. Після цього можна опитати свідків та обробити подряпини, а також спробувати знайти родичів дитини – це не є першочерговими заходами. Профілактика вагітності та венеричних хвороб до першочергової допомоги не відноситься.*

10.35. Вас терміново викликали сусіди до своєї дитини 2-річного віку, яка задихалась та посиніла. Ви застали дитину серед розсипаних дрібних іграшок. Стан дитини мало відрізняється від звичайного, вона продовжує грати. Ознак дихальної недостатності немає. Ваші дії:

A. \*Провести аускультацію органів грудної порожнини. Викликати машину швидкої допомоги та направити дитину до стаціонару.

B. Оглянути дитині ротову порожнину, не дивлячись на її опір.

C. Постукати по спині та стимулювати кашель

D. Пояснити, що дитині ніщо не загрожує, та залишити під своїм спостереженням

E. Не вживати ніяких заходів.

*Виходячи з анамнезу, мала місце аспірація стороннього тіла; подальше покращення стану дитини викликано міграцією стороннього тіла до одного з дольових бронхів. При аускультації можна виявити асиметрію дихальних шумів, можливо – свистячі хрипи з боку ураження. У будь-якому разі необхідно госпіталізувати дитину для ретельного спостереження, рентгенографії та подальшого проведення бронхоскопії. Огляд ротової порожнини не має сенсу. Викликання кашлю у домашніх умовах неприпустиме, тому що може викликати міграцію стороннього тіла; з цієї ж причини дитину не можна залишати вдома.*

10.36. Бригадою рятівників з палаючого будинку врятований хлопчик 10-ти років. Присутні опіки лиця, тіла, осиплість голосу. Які дії є першочерговими:

A. \*Оцінка стану дихальних шляхів, кисень через маку, при необхідності інтубація трахеї

B. Клінічний аналіз кровіз Нt

C. Визначення ЧСС, АТ

D. Оцінка площі опіків

E. Катетеризація вени

*У дитини має місце термоінгаляційне ураження верхніх дихальних шляхів, що може призвести до дихальної недостатності за рахунок набряку та/або ураження слизової оболонки. Тому перш за все потрібно забезпечити оксигенотерапію та оцінити необхідність протезування дихальних шляхів. Наступним кроком є оцінка розповсюдженості опіків, знеболювання, боротьба з опіковим шоком тощо.*

10.37. Дівчинка 9 років зірвалася з дерева і натрапила областю промежини на суху колоду, що лежала на землі. Батьки відразу звернулися на фельдшерський пункт зі скаргами на гострий біль в області промежини, де була виявлена рана. Які дії з боку медичних працівників будуть оптимальні на ранньому етапі:

A. \*Туалет промежини з накладенням асептичної пов’язки та моніторинг стану в умовах стаціонару

B. Провести туалет промежини з накладенням асептичної пов’язки та відпустити додому

C. Діагностична лапароскопія

D. Діагностична лапаротомія

E. УЗД органів малого тазу

*На фельдшерському пункті повинна бути надана первинна медична допомога у вигляді накладення асептичної пов’язки та при необхідності – знеболювання. Для подальшої діагностики та спостереження дитина має бути доставлена до хірургічного стаціонару, де за показаннями можуть бути проведені ультразвукові дослідження, лапароскопія тощо*.

10.38. Дитина 5 років пролила на руку промисловий відбілювач, що містить кислоту. Ваші першочергові дії:

A. \*Рясно промити водою усю поверхню ураження, госпіталізувати

B. Накласти стерильну пов’язку

C. Нейтралізувати кислоту лугом

D. Викликати швидку допомогу

E. Ввести антибіотик з профілактичною метою

*Перш за все при будь-якому опіці хімікатами слід механічно видалити їх з поверхні шкіри, найбільш безпечно це робити водою, адже нейтралізація кислоти лугами на поверхні шкіри може призвести до її додаткового ураження! Після надання першої допомоги дитина має бути госпіталізована до хірургічного стаціонару.*

10.39. Дитина 3 р. їла кавун. Під час їжі раптово виникли напади кашлю. Шкіра стала синюшною, дихання утруднене. Батьки змінили положення дитини, нахилили голову вниз, кашель зменшився. Швидка допомога привезла дитину у реанімаційне відділення з підозрою на стороннє тіло дихальних шляхів. Які призначення необхідно зробити дитині в першу чергу?

A. \* Бронхоскопія

B. Рентгенографія органів грудної порожнини

C. Довенно ввести 2,4% розчин еуфіліну

D. Скерувати в поліклініку до отоляринголога

E. Провести пряму ларингоскопію

*Діагноз стороннього тіла у даному випадку не викликає сумнівів, а тяжкість стану дитини диктує необхідність проведення бронхоскопії не витрачаючи часу на додаткові діагностичні дослідження (рентгенографія). Оскільки, виходячи з анамнезу, стороннє тіло знаходиться у трахеї або ж мігрувало до головного бронху, проведення ларингоскопіє сенсу не має.*

10.40. До приймального відділення доставлено двох підлітків у важкому стані. Скарги на інтенсивний біль голови, кількаразове блювання, порушення зору. Дані скарги виникли після вживання сумнівного алкоголю. Діагностоване отруєння метанолом. Який антидот необхідно використати в даному випадку:

A. \*Етиловий спирт

B. Унітіол

C. Тіосульфат натрію

D. Метиленовий синій

E. Атропіну сульфат

*Антидотом при отруєнні метиловим спиртом є етиловий спирт. Це треба запам’ятати!*

10.41. Дитину 12 років укусила отруйна змія. В ділянці укусу з’явився біль, відчуття оніміння, втрата рухливості в ділянці враження з швидким розповсюдженням на всю кінцівку. Яку негайну медичну допомогу слід надати після укусу отруйної змії?

A \*Відсмоктування отрути з рани, госпіталізація в реанімацію, введення специфічної сироватки

B. Ретельне промивання місця укусу антисептиком, накладення пов’язки

C. Госпіталізація в травматологічне відділення, профілактика правця

D. Накладення венозного джгута, госпіталізація в хірургічне відділення

E. Місцеве застосування холоду, амбулаторне спостереження

*Клінічна картина отруєння має місце. Для попередження подальшого розповсюдження яду доцільним (та досить безпечним для того, хто надає допомогу) є відсмоктування яду, з подальшою імобілізацією кінцівки. Єдиним ефективним методом нейтралізації яду, що вже всмоктався у кров, є введення специфічної сироватки, яке повинно проводитися у відділенні реанімації під ретельним контролем.*

10.42. Лікар швидкої допомоги оглядає дитину вдома. Дитина 1,5 років, зробила ковток оцетової есенції 30 хвилин тому. Які невідкладні заходи необхідно провести?

A. \* Промивання шлунку через зонд. Ввести знеболюючі і антигістамінні препарати, глюкокортикоіди, оксигенотерапія, інфузійна терапія.

B. Дегідратація, глюкокортикоїди.

C. Промивання шлунку через зонд, введення натрію, гідрокарбонату в/в 4% розчин.

D. Оксигенотерапія, інфузійна терапія, введення преднізолону.

E. Промивання шлунку через зонд, оксигенотерапія, бужування стравоходу.

*Промивання шлунку через зонд необхідне при гострому отруєнні. Анигістамінні засоби та кортикостероїди попередять можливий розвиток алергічної реакції та знизять місцевий набряк. Оцтова есенція викликає опік ротової порожнини, стравоходу та шлунку, отже, знеболювання доцільне. Інфузійна терапія дозволить вивести ту частину отрути, що всмокталася. Можливе проведення форсованого діурезу, але ізольоване введення діуретиків (дегідратація) недоцільне. Натрію гідрокарбонат вводять при метаболічному ацидозі з рН нижче 7,2, про що в умові не сказано. Бужування стравоходу проводиться при розвитку шварт стравоходу через 2-3 тижні пілся його опіку.*

10.43. У хлопчика 10 років, після помилкового перорального потрапляння концентрованого оцету, виникла блювота з багряною кров’ю, різко розвинулося запаморочення. При огляді: кінцівки холодні, блідість шкіри, холодний піт, акроціаноз. Визначається тахікардія, АТ 60/30 мм рт.ст.. Розвиток якого стану потрібно попереджати в першу чергу?

A. \* Геморагічний шок.

B. Гастроезофагеальний рефлюкс.

C. Гострий гастрит.

D. Функціональна диспепсія.

E. Гостра виразка шлунку.

*Після потрапляння оцту виник тяжкий опік слизової оболонки, що призвів до кровотечі. Наявність шлунково-кишкової кровотечі досить часто призводить до геморагічного шоку, а у сполучення з такими симптомами як запаморочення, холодний піт, такікардія та зниження артеріального тиску цей діагноз не викликає сумнівів.*

10.44. Дитина 10 років потрапила у автомобільну аварію та отримала удар у живіт. При огляді зовнішніх пошкоджень немає, свідомість збережена, слизові оболонки бліді, кінцівки холодні. Які життєві параметри обов’язково потрібно одразу контролювати в даному випадку?

A. \* Пульс, частота дихання, артеріальний тиск.

B. Стан діурезу.

C. Сухожильні рефлекси.

D. Температура тіла.

E. Відходження кишечникових газів та стулу.

*Після закритої травми животу слід перш за все виключити розриви внутрішніх органів і внутрішню кровотечу, яка може призвести до геморагічного шоку. Він проявлятиметься тахікардією, тахіпное та зниженням артеріального тиску, отже ці параметри слід перевірити в першу чергу.*

10.45. До приймального покою лікарні доставлено дитину, врятовану з пожежі. При огляді виявлені незначні опіки кінцівок та опалення волосся на передньому боці голові. Які симптоми доможуть запідозрити наявність термо-інгаляціонного ураження органів дихання в даному випадку?

A. \* Осиплість голосу, стридорозне дихання, дзвінкий кашель, тахіпное.

B. Наявність ознак отруєння продуктами горіння.

C. Лихоманка, судоми, нападоподібний кашель з репризами.

D. Покращення дихальної симптоматики після прийому бронхолітиків.

E. Відсутність кашлю, головний біль, нудота.

*Термо-інгаляційне ураження дихальних шляхів проявляється їх набряком, перш за все гортані. Набряк гортані призведе до осиплості голоса, утруднення вдиху та появи кашлю. Ознаки отруєння продуктами горіння зовсім не обов’язково вказують на можливість супутнього ураження дихальних шляхів. Лихоманка може з’явитися, але значно пізніше. Прийом бронхолітиків не призведе до покращення дихальної симптоматики при термічному ураженні верхніх дихальних шляхів.*

10.46. Хлопець 16 років знайдений під бетонною плитою через 2 доби після обрушення житлового 3-поверхового будинку. Ліва нижняя кінцівка придавлена плитою. Свідомість відсутня. Стан важкий. При катетеризації сечового міхура отримано 150 мл сечі бурого кольору. У хворого спостерігається міоглобінурія, пігментні циліндри, гіперкаліємія. Яка причина міоглобінурії?

A. \*Синдром тривалого здавлювання.

B. Гостра печінкова недостатність

C. Сечокам`яна хвороба

D. Токсична нефропатія

E. Гострий гломерулонефрит

*Анамнез дитини, а також клінічна картина (олігоанурія, міоглобінурія, гіперкаліємія) свідчать про ниркову недостатність, що є проявом синдрому тривалого здавлювання. Він виникає при масивному ураженні нирок міоглобіном при тривалому здавлюванні м’язів.*

10.47. Дитина віком 8 місяців, повзаючи по підлозі, взяла у рот оголений електропровід, в результаті чого отримала електротравму слизової порожнини губ і язика. Дихання стридорозне, дитина збуджена. Які першочергові заходи необхідно провести дитині.

A. \*Госпіталізація, знеболювання та обробка ураженої поверхні протиопіковим аерозолем.

B. Обробити уражену поверхню розчином фурациліну, ввести свічку з парацетамолом та залишити дитину дома.

C. Накласти на уражену поверхню пов’язку з маззю, ввести свічку з парацетамолом та залишити дитину.

D. Накласти на уражену поверхню пов’язку з маззю, ввести свічку з парацетамолом та госпіталізувати дитину.

E. Обробити уражену поверхню розчином фурациліну, ввести свічку з парацетамолом та не госпіталізовувати дитину

*Дитина після електротравми обов’язково має бути госпіталізована, адже можливі наслідки у вигляді порушень серцевого ритму. Оскільки має місце болючий опік, слід, звичайно, провести знеболювання та обробку ураженої поверхні протиопіковим засобом.*

10.48. Дитина віком 11 місяців поступила у дитячу лікарню. При огляді на тулубі, правій гомілці та сідницях спостерігаються крововиливи. Відмічається патологічна деформація гомілки та її набряк. На пальпацію ураженої гомілки дитина реагує гучним криком. Мати знаходиться в нетверезому стані, причину появи у дитини вище названих змін вказати не може. Чим, скоріше за все, обумовлений даний стан дитини.

A. \*Результатом насильства над дитиною

B. Переломом гомілки

C. Геморагічним діатезом.

D. Остеомієлітом

E. Лейкозом

*Патологічна деформація гомілки, біль при пальпації та її набряк є непрямими ознаками перелому гомілки. Але оскільки у дитини є також інші травми, ймовірно, слід запідозрити насильство над дитиною.*

10.49. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі, Вам необхідно визначити площу невеликої опікової поверхні. Яким методом ви маєте скористатись?

A. \*Правило долоні

B. Правило дев’ятки

C. Правило десятки

D. Правило обличчя

E. Зробити відбиток з опікової поверхні

*Для визначення площі невеликих опіків використовують «Правило долоні» - долоня людини складає 1% поверхні її тіла. Для визначення простору великої опікової поразки, навпаки, застосовується діаграма Lund і Browder («правило дев’ятки»): голова та шия складають 9% поверхні тіла, кожна рука – 9%, кожна нога – 18%, передня та задня поверхні тулуба – по 18% кожна, ще 1% - промежина.*

10.50. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі, Вам необхідно визначити площу великої опікової поверхні, яка охоплює частину тулуба та верхні кінцівки. Яким методом ви маєте скористатись?

A. \*Правило дев’ятки

B. Правило долоні

C. Правило десятки

D. Правило обличчя

E. Зробити відбиток з опікової поверхні

*Для визначення простору великої опікової поразки в педіатричній практиці застосовується діаграма Lund і Browder: голова та шия складають 9% поверхні тіла, кожна рука – 9%, кожна нога – 18%, передня та задня поверхні тулуба – по 18% кожна, ще 1% - промежина.Оскільки більшість показників кратні 9, ця діаграма набула назви «Правило дев’ятки». Для невеликих опіків, навпаки, використовують «Правило долоні» - долоня людини складає 1% поверхні її тіла.*

10.51. При наданні невідкладної допомоги дитині 12 років, яка постраждала при пожежі Вам діагностовано опіки тяжкого ступеню, опіковий шок. Оберіть адекватний засіб та темп інфузійної терапії під час транспортування постраждалого до лікарні.

A. 0,9% розчин NaCl 20-30 мл/кг/год

B. 0,9% розчин NaCl 5-10 мл/кг/год

C. 0,9% розчин NaCl 40-60 мл/кг/год

D. 5% розчин глюкози 20-30 мл/кг/год

E. 10% розчин глюкози 20-30 мл/кг/год

*Наказ МОЗ України №437 від 31.08.2004 «Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапі», розділ «Опіковий шок»:«При важких опікових ушкодженнях, під час транспортування більше 30 хвилин, необхідна катетеризація магістральних судин і iнфузiя сольових розчинів або 0.9% NaCl в обсязі 20-30 мл/кг/годину».Такий об’єм інфузії рекомендується також для надання невідкладної допомоги при інших видах шоку, окрім кардиогенного.*

10.52. У зимовому лісі знайшли заблукалу дитину 5 років. Хлопчик загальмований, не може дати відповіді на прості запитання. При огляді усе тіло тремтить, шкіра бліда, кінцівки синюшні, холодні на дотик, температура тіла – 320С, ЧСС – 142 удари, ЧД – 34 удари. Надайте допомогу постраждалому?

A. \* Передягнути, зігріти, госпіталізувати

B. Розтерти кінцівки снігом, зігріти, госпіталізувати

C. Зігріваючі компреси до кінцівок, кордіамін підшкірно

D. Розтерти кінцівки спиртом, госпіталізувати

E. Термінова госпіталізація в реанімаційне відділення

*Перша допомога при переохолодженні починається з припинення дії холоду на організм потерпілого. Якщо є можливість, людини заносять в тепле приміщення. Спочатку необхідно зняти з людини мокрий одяг і загорнути його в сухе ковдру. Потім потерпілому, який знаходиться в свідомості, необхідно дати випити гарячий чай, молоко, воду, морс. У разі загального переохолодження рекомендується прийняти теплу ванну. Температуру води у ванні необхідно постійно піднімати, але не вище 40ºС.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобринская И.Г., Тишков Е.А., Саранюк А.И. Сердечно-легочная и мозговая реанимация. – МГМСУ, 2002. – 22 с.
2. Богданов А.В. Интубация трахеи. – СпбМИ, 2004. – 217 с.
3. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская отолагингология. – «ГЭОТАР-МЕД», 2002. – 432 с.
4. Бутылин Ю.П. Интенсивная терапия неотложных состояний. – «Новий друк», 2003. – 524 с.
5. Костюченко С.С. Кислотно-щелочной баланс в интенсивной терапии. – Минск, 2008. – 176 с.
6. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина», 2000. – 520 с.
7. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2008. – 461 с.
8. Наказ  МОЗ України "Про затвердження клінічного Протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами" № 484 від 21.08.2008.
9. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з початкової, реанімаційної і післяреанімаційної допомоги новонародженим в Україні» № 225 від 28.03.2014.
10. «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні». Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах № 225 від 28.03.201
11. Наказ МОЗ України від 09.07.04 № 354 "Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей" (зі змінами і доповненнями, внесеними наказами МОЗ України від 10 грудня 2007 року № 803, від 12 жовтня 2009 року № 737).
12. Наказ МОЗ України від 31.08.2004 № 437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах».
13. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги".
14. Наказ МОЗ України від 8.10.2013 №868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма у дітей».
15. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А. Неотложные состояния у детей. – «Медкнига», 2002. – 90 с.
16. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу», 2004. – 188 с.
17. Романенко В.А. Интенсивная терапия в неонатологии (в таблицах и схемах). – Челябинск, 1997. – 169 с.
18. Романенко В.А. Технические приемы в интенсивной терапии в педиатрии. – Челябинск, 1998. – 33 с.
19. Руководство по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным детям. – Библиотека Инфосети «Здоровье Евразии». – Москва, 2005. – 199 с.
20. Скакун М.П. Невідкладна допомога при гострих отруєннях. – «Укрмедкнига», 2005. – 247 с.
21. Тарасенко С.В., Дмитриева Н.В. Шок. Патогенез. Диагностика. – РГМУ, 2005. – 66 с.
22. Усенко Л.В. Интенсивная терапия при кровопотере. – «Новая идеология», 2007. – 293 с.
23. Усенко Л.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. – Дніпропетровськ, 2007. – 50 с.
24. Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа», 2005. – 251 с.
25. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – «ГЭОТАР-Медиа», 2002. – 809 с.
26. Фомичев М.В. Респираторная терапия у новорожденных. - «Спецлит», 2000. – 80с.
27. Хоффман Дж. Детская кардиология. – «Практика», 2006. – 538 с.
28. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 5-е изд., «Питер», 2002. – Том 1. – 822 с.
29. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 5-е изд., «Питер», 2002. – Том 2. – 725 с.
30. Шабалов Н.П. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков. – «МЕДпресс», 2002. – 450 с.
31. Шабалов Н.П. Неонатология. – «МЕДпресс-информ», 2004. – Т.1. – 608 с.
32. Шабалов Н.П. Неонатология. – «МЕДпресс-информ», 2004. – Т.2. – 640 с.
33. Brenner M. Critical Care and Cardiac Medicine. Current Clinical Strategies. – California, 2006. – 108 p.
34. Chan P.D. Pediatrics. - California, 2005. – 81 p.
35. Chan P.D., Winkle P.J. History and Physical Examination. – California, 2005. – 73 p.
36. Gennrich J.L., Chan P.D. Pediatric Drug Reference. Dosage, Side effects and Drug Interactions. – 2007. – 54 p.
37. Polin R.A., Ditmar M.F. Pediatric secrets. – Elsevier, 2007. – 623 p.
38. Roger’s Textbook of Pediatric Intensive Care. - Lippincott Williams & Wilkins, 2007. – 1886 p.
39. Scruggs K., Johnson M.T. Pediatric Treatment Guidelines. – California, 2007. – 154 p.