MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Педиатрия (ординатура, ПП)

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 06:22 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Педиатрия (ординатура, ПП) · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Вызов участкового педиатра на дом к мальчику 12 лет.

1.2. Жалобы

На приступообразный кашель, приступ удушья, свистящее дыхание.

1.3. Анамнез заболевания

Заболел остро после прогулки в городском парке. Мама дала таблетку хлоропирамина, эффекта не последовало, состояние ребенка не улучшилось. По словам матери, ребёнок не мог свободно выдохнуть.

Прошлой осенью (примерно год назад) был аналогичный приступ удушья на даче, который был купирован внутримышечным введение преднизолона и ингаляцией бронхолитика бригадой скорой помощи. После того этого к врачу семья не обращалась, плановая терапия не проводилась.

В течение этого года периодически беспокоит сухой кашель при вдыхании резких запахов (парфюмерия, бытовая химия), несколько раз просыпался из-за кашля по ночам. Физическая активность (теннис) переносилась удовлетворительно, явных приступов во время игры не было.

1.4. Анамнез жизни

- Мальчик родился доношенным, с массой тела 3650 г, длиной 55 см.
- Рос и развивался по возрасту.
- Операций не было.
- Прививки по календарю.
- Болеет ОРВИ 4-5 раз в год, ангины 2 раза в год.
- Занимается теннисом.
- В 3 года– однократно крапивница после употребления шоколада, других явных пищевых реакций не было, лекарственной аллергии не зафиксировано.
- Наследственный анамнез: по линии матери (поллиноз), у сестры 16 лет – атопический дерматит.
- Жилищные условия: удовлетворительные. В комнате ребёнка много домашних растений. Домашних животных нет.

1.5. Объективный статус

Общее состояние ребенка тяжёлое. Положение во время осмотра сидя на стуле, с наклоном туловища вперёд– поза «наездника». Обращает на себя внимание цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, плечи приподняты. При перкуссии лёгких над всеми полями коробочный звук. Аускультативно -дыхание ослабленное, выслушивается масса свистящих и жужжащих сухих хрипов по всем полям. ЧДД = 38 в мин. SpO_2 = 88%. ЧСС = 132 в мин, тоны сердца ритмичные, без шумов. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, высыпаний нет, влажность нормальная. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены.

После осмотра была вызвана бригада скорой медицинской помощи, ребенок был госпитализирован в стационар.



Объективный статус

1. Диагноз

Вопрос 1

Предварительный диагноз для данного ребенка может быть сформулирован как

1. **Бронхиальная астма, атопическая форма, интермиттирующее течение, обострение тяжелой степени, ДН II ст.**
2. Острый обструктивный бронхит, инфекционно-аллергическая форма, среднетяжелое течение, ДН II ст.
3. Гастроэзофагеальный рефлюкс с бронхообструкцией, рецидивирующее течение, обострение средней тяжести, ДН I ст.
4. Бронхиальная астма, атопическая форма, персистирующее течение средней степени тяжести, легкое обострение, ДН 0-I ст.

Правильный ответ:
1 - Бронхиальная астма, атопическая форма, интермиттирующее течение, обострение тяжелой степени, ДН II ст.

ОБОСНОВАНИЕ

Ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей является наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов свистящего дыхания (обычно более трех). Наличие атопии (аллергический ринит, пищевая аллергия или атопический дерматит) и отягощенный семейный анамнез свидетельствуют, чаще всего, в пользу диагноза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1) (2)

Аллергическая (атопическая) БА: наиболее легко распознаваемый фенотип, при котором БА обычно начинается в детстве, связана с наличием других аллергических болезней (атопический дерматит, аллергический ринит, пищевая аллергия) у пациента или родственников. Для этого фенотипа характерно эозинофильное воспаление дыхательных путей и хороший ответ на терапию ингаляционными глюкокортикостероидами (ИГКС). (3)

Интермиттирующее течение – дневные симптомы реже 1 раза в неделю, ночные симптомы не чаще 2-х раз в месяц, обострения короткие, ОФВ1 или ПСВ ≥ 80% от должного, разброс ПСВ или ОФВ1 < 20%. У данного ребенка редкие симптомы (предыдущий приступ год назад, ночные симптомы редкие). Он не получал базисной терапии и вел обычный образ жизни (теннис). Тяжелое обострение не противоречит интермиттирующему течению астмы. (4)

Ключевые критерии оценки тяжести обострения: SpO_2 88% (<90%), ЧДД 38, ЧСС 132, невозможность говорить фразами, цианоз, положение ортопноэ. Данные показатели соответствует тяжелому обострению и ДН II (5) (6)

Вопрос 2

Дифференциальную диагностику развившегося состояния у данного ребенка следует проводить с

1. **аспирацией инородного тела**
2. бронхо-легочной дисплазией
3. муковисцидозом
4. острым бронхиолитом

Правильный ответ:
1 - аспирацией инородного тела

ОБОСНОВАНИЕ

Дифференциальный диагноз у детей можно проводить с врожденным пороком сердца, аспирацией инородного тела, гастроэзофагеальным рефлюксом и пр.

Аспирация — классическая «маска» БА при внезапном начале. Остальные варианты не подходят из-за острого начала и отсутствия признаков.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

2. План обследования

Вопрос 3

К лабораторным тестам, рекомендованным для установления причинно-следственных факторов данного заболевания, относится

1. посев крови на стерильность
2. анализ крови на АСЛ-О
3. **определение специфических IgE к пыльцевым аллергенам**
4. биохимический анализ крови

Правильный ответ:
3 - определение специфических IgE к пыльцевым аллергенам

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенту может проводиться или определение уровня специфических иммуноглобулинов Е в крови (Исследование уровня антител к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови) или кожные пробы (Накожные исследования реакции на аллергены) в зависимости от индивидуального состояния, переносимости, возраста, аллергенного спектра, получаемой терапии (см. комментарий к тезису-рекомендации о Накожных исследованиях реакции на аллергены.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Определение специфических IgE к пыльцевым аллергенам

Антиген	*Концентрация (kU/l)*	Класс
Смесь плесневых грибов	>100	6 (Предельно высокая сенсибилизация)
Смесь сорных трав	>100	6 (Предельно высокая сенсибилизация)
Смесь деревьев	>100	6 (Предельно высокая сенсибилизация)

5.3. Анализ крови на АСЛ-О

ASL-O 200,5 (МЕд/мл) (норма <250)

3. Лечение

Вопрос 4

Одним из мероприятий неотложной помощи данному больному в связи с тяжелым обострением является

1. **оксигенотерапия (введение кислорода 4-5 л/мин)**
2. введение антигистаминного препарата внутримышечно
3. назначение теофиллина
4. ингаляция кромонами

Правильный ответ:
1 - оксигенотерапия (введение кислорода 4-5 л/мин)

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с обострением БА и SpO_2<90% рекомендуется ингаляторное введение кислорода (4-5 литра в минуту через назальные канюли).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 5

Учитывая тяжесть обострения, для купирования приступа данному ребенку необходимо назначить

1. **преднизолон**
2. монтелукаст
3. хлоропирамин
4. омализумаб

Правильный ответ:
1 - преднизолон

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с тяжелым обострением БА рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки сроком на 5-7 дней.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

8. Дополнительные данные

После купирования тяжёлого обострения данному ребенку была назначена следующая терапия бронхиальной астмы:

- Фиксированная комбинация будесонид/формотерол в низкой дозе (160/4,5 мкг) по 1 ингаляции 2 раза в сутки.

- Тот же ингалятор использовался для купирования возникающих симптомов (режим SMART/MART).

В течение последующих 3 месяцев ребенок наблюдался участковым педиатром по месту жительства. За этот период: симптомы заболевания полностью купированы, потребности в использовании ингалятора «по требованию» практически не было, ребенок вернулся к обычной активности (теннис, школа).

4. План обследования

Вопрос 6

Для оценки эффективности терапии и решения вопроса о возможности снижения ступени лечения данному ребенку необходимо выполнить

1. бронхоскопию
2. электрокардиографию
3. УЗИ брюшной полости
4. **спирометрию**

Правильный ответ:
4 - спирометрию

ОБОСНОВАНИЕ

Оценку функции внешнего дыхания в условиях форсированного выдоха рекомендуется осуществлять у детей с подозрением на БА в возрасте старше 5-6 лет (спирометрия: исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков, исследование дыхательных объемов с применением лекарственных препаратов) и для мониторинга астмы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

10. Результаты обследования

10.1. Спирометрия

ЖЕЛ— 98% от должного +
ОФВ$_1$—96% от должного +
Индекс Тиффно (ОФВ$_1$/ЖЕЛ)—89%

Бронходилатационный тест (сальбутамол 400 мкг): ОФВ$_1$ после пробы —98% от должного, прирост ОФВ$_1$ — +2% (60 мл)—отрицательный тест.

5. Диагноз

Вопрос 7

Окончательный диагноз, учитывая ответ на проведенную терапию, может быть сформулирован, как

1. Бронхиальная астма, атопическая форма, легкое течение
2. Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое течение, неконтролируемая
3. Острая респираторная вирусная инфекция, бронхообструктивный синдром
4. **Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое течение, контролируемая**

Правильный ответ:
4 - Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое течение, контролируемая

ОБОСНОВАНИЕ

Ключевым моментом в диагностике бронхиальной астмы у детей является наличие в анамнезе повторяющихся эпизодов свистящего дыхания (обычно более трех). Наличие атопии (аллергический ринит, пищевая аллергия или атопический дерматит) и отягощенный семейный анамнез свидетельствуют, чаще всего, в пользу диагноза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1) (2)

Среднетяжелая БА: хорошо контролируется на фоне терапии 3 или 4 ступени по GINA. У данного ребенка полный контроль достигнут на 3 ступени. (3)

Контроль БА означает отсутствие клинических проявлений заболевания. Критериями полного контроля являются: отсутствие дневных симптомов чаще 2-х раз в неделю; отсутствие ночных пробуждений из-за БА; отсутствие потребности в препарате для купирования симптомов чаще 2-х раз в неделю отсутствие любого ограничения активности из-за БА У данного пациента наряду с полным отсутствием клинических проявлений нормализовались показатели спирометрии, отрицательный БДТ. (4)

12. Диагноз

12.1. Бронхиальная астма, атопическая форма, среднетяжелое течение, контролируемая

12.4. Бронхиальная астма, атопическая форма, легкое течение

6. Лечение

Вопрос 8

В дальнейшем для купирования симптомов заболевания данному пациенту должна быть рекомендована комбинация

1. сальметерола, будесонида, сальбутамола
2. **низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов с формотеролом**
3. атропина сульфата, кетотифена, недокромила натрия
4. тиотропия бромида, сальметерола, эфедрина

Правильный ответ:
2 - низких доз ингаляционных глюкокортикостероидов с формотеролом

ОБОСНОВАНИЕ

Препарат для купирования симптомов: ИГКС + формотерол.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 9

При сохраняющемся контроле за симптомами бронхиальной астмы на фоне проводимой терапии будесонид/формотерол 160/4,5 мкг 2 ингаляции в сутки + дополнительные ингаляции по потребности в течение следующих месяцев данному ребенку для снижения ступени терапии следует назначить

1. неседативные антигистаминные препараты и сальбутамол по потребности
2. аллергенспецифическую иммунотерапию
3. антилейкотриеновые препараты (монтелукаст)
4. **комбинированную терапию ИГКС + формотрерол по потребности**

Правильный ответ:
4 - комбинированную терапию ИГКС + формотрерол по потребности

ОБОСНОВАНИЕ

Пациент использует низкие дозы ИГКС+формотерол (будесонид/формотерол 160/4,5 мкг) только при возникновении симптомов. Этот режим соответствует ступени 1-2 по GINA и является предпочтительным для снижения терапии у пациентов с контролируемой астмой при достижении контроля на 3 ступени.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 10

У всех пациентов с бронхиальной астмой для снижения риска тяжёлых обострений в качестве основы терапии должны использоваться

1. интраназальные глюкокортикостероиды
2. антигистаминные препараты нового поколения
3. муколитические препараты
4. **ингаляционые глюкокортикостероиды**

Правильный ответ:
4 - ингаляционые глюкокортикостероиды

ОБОСНОВАНИЕ

В настоящее время всем взрослым и подросткам с БА рекомендуется применять противовоспалительную терапию (низкие дозы ИГКС) симптоматически или регулярно для снижения риска тяжелых обострений БА.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

7. Вариатив

Вопрос 11

Одним из факторов риска обострения бронхиальной астмы является

1. атопический дерматит
2. недостаточная физическая активность
3. употребление большого количества сладкого
4. **избыточное использование короткодействующих ß2-агонистов**

Правильный ответ:
4 - избыточное использование короткодействующих ß2-агонистов

ОБОСНОВАНИЕ

К потенциально модифицируемым независимым факторам риска обострения бронхиальной астмы относится чрезмерное использование КДБА (>1 ингалятора 200 доз/месяц).

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)

Вопрос 12

Реабилитация ребенка с бронхиальной астмой предусматривает

1. **тренировки с аэробной нагрузкой, плавание**
2. психотерапию, снижение физической нагрузки, ограничение контактов со сверстниками
3. ограничения физической нагрузки, организацию обучения на дому, диетотерапию
4. диетотерапию, фитотерапию

Правильный ответ:
1 - тренировки с аэробной нагрузкой, плавание

ОБОСНОВАНИЕ

По имеющимся наблюдениям применение тренировки с аэробной нагрузкой, плавание, тренировка инспираторной мускулатуры с пороговой дозированной нагрузкой улучшают течение БА.

Клинические рекомендации Минздрава России. Бронхиальная астма, 2024 г. (1)