федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ПЕДИАТРИЯ

по направлению подготовки «Лечебное дело»

31.05.01

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки («Лечебное дело»)

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 9 от «30» апреля 2021

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена для студентов 5 курса и зачета для студентов 6 курса.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-5 способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.

Индикаторы: ОПК5.3. способность применять знания о патологических процессах в организме человека для решения профессиональных задач; ОПК5.2. способность оценить физиологические состояния организма человека в рамках профессиональной деятельности; ОПК5.1. способность оценить морфофункциональные особенности, физиологических состояниях организма человека в рамках профессиональной деятельности.

ПК-3 способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных.

Индикаторы: ПК3.1. Готовность к сбору жалоб пациента, истории его заболевания и жизни; ПК3.2. готовность к проведению полного физикального обследования пациента; ПК3.3. готовностью к проведению полного лабораторно-инструментального обследования пациента; ПК3.4. готовность анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента.

ПК-6 готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения.

Индикаторы: ПК6.1. готовность к составлению плана лечения заболевания и состояния, к назначению лекарственных препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; ПК6.2. Готовность к назначению немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; ПК6.3. Готовность к оказанию паллиативной медицинской помощи и организации персонализированного лечения пациента.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

**Критерии оценивания клинического случая**

***«10-9 баллов»*** – все разделы полностью представлены и содержат требуемую информацию согласно требованиям к оформлению доклада по клиническому случаю; диагноз обоснован правильно и согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного; четко обосновано медикаментозное и немедикаментозное лечение пациента. Докладчик ориентируется в докладе и четко и аргументированно отвечает на все вопросы.

***«8-7 баллов»*** - имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного), но нет обоснованности для назначения лечения или докладчик плохо ориентируется в проблеме пациента.

***«6-5 баллов»*** - основные разделы согласуются с требованиями оценки хорошо, однако, имеются заблуждения или недоработки в обоснованности назначения лечения и докладчик плохо ориентируется в проблеме пациента.

***«4-3 балла»*** - разделы не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной основных разделов. Докладчик частично ориентируется в проблеме пациента.

***«1-2 балла»*** - разделы не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. Докладчик не ориентируется в проблеме пациента.

***«0 баллов»*** отказался отвечать

**Критерии оценивания самостоятельной работы**

**«10-9 баллов»**– все разделы (словарь, таблицы, рецепты) полностью представлены и содержат требуемую информацию согласно требованиям к оформлению самостоятельной работы, или есть незначительные неточности;

**«8-7 баллов»** - имеются небольшие погрешности в изложении материала: допущены неточности в определениях, понятиях. Информация в таблицах и рецепты написаны правильно.

 **«6-5 баллов»** - основные разделы согласуются с требованиями, однако, имеются недоработки в определениях понятий, таблицах, допущены ошибки в оформлении рецептов.

**«4-3 балла»** - выполнено не более 70%, основные разделы согласуются с требованиями оценки хорошо, однако, имеются недоработки в определениях понятий, таблицах, допущены ошибки в оформлении рецептов.

**«1-2 балла»** - выполнено менее более 30%, разделы не раскрыты по методическим требованиям, либо информация противоречит знаниям педиатрии.

**«0 баллов» -** работа не выполнена.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1«Болезни младшего возраста»**

**Тема 1** «Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения у детей. Естественное вскармливание»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы
2. Оценка нервно-психического развития детей разного возраста с учетом анатомо-физиологических особенностей нервной системы
3. Группы нервно-психического развития и тактика врача при определении группы нервно-психического развития
4. Динамика нарастания массы тела и длины у детей различного возраста
5. Оценка физического развития детей разного возраста, оценка физического развития ребенка по центильным таблицам
6. Оценка лабораторных исследований (клиническая оценка анализ крови, мочи, биохимических анализов крови в детском возрасте)
7. Оценка инструментальных исследований (ЭКГ, ФКГ, основных функциональных проб, функции внешнего дыхания, рентгенологического исследования)
8. Методика обследования основных органов и систем
9. Семиотика нарушений физического и нервно-психического развития ребенка.

**Задания для отработки практических умений**

1. Антропометрия детей в зависимости от возраста
2. Формирование возрастных групп детей
3. Оценка физического развития по центильным таблицам
4. Оценка нервно-психического развития по таблицам оценки НПР
5. Оценка полового развития

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Число дыхательных движений в минуту у новорожденного ребенка
	1. 18 – 20
	2. 20 – 25
	3. 30 – 35
	4. 40 – 60
	5. 60 – 80
2. Анатомо-физиологическими особенностями носа у детей раннего возраста являются:
	1. узкие и короткие носовые ходы
	2. широкие носовые ходы
	3. слабая васкуляризация подслизистой
	4. наличие кавернозного сплетения
	5. хорошее развитие пазух носа
3. При трахеобронхите кашель сопровождается болями
	1. в шее
	2. за грудиной
	3. во всей грудной клетке
	4. под ребрами
4. Анатомо-физиологическими особенностями легких у детей раннего возраста являются
	1. хорошая дренажная функция;
	2. склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции
	3. слабая устойчивость к гипоксии
	4. хорошее развитие мышечных волокон бронхов
5. При увеличении интраторакальных лимфатических узлов отмечается следующий симптом
	1. симптом чаши Философова
	2. симптом Волковича
	3. симптом Кернига
	4. симптом Брудзинского

**Типовые практические задания для проверки умений:**

1. **Оценить физическое развитие ребенка**

Девочка, 5 лет

Масса тела - 18 кг

Длина тела – 100 см

Мальчик, 10 лет

Масса тела – 25 кг

Длина тела – 148 см

1. **Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает

Др – уверенно берёт и занимается игрушками

Ра – произносит отдельные звуки и слоги

Н – ест с ложки полужидкую пищу

**Образец решения**

1. **Оценить физическое развитие ребенка**
2. Девочка, 5 лет

Масса - 18 кг (4 коридор)

Длина – 100 см (2 коридор)

**ФР** с отклонением низкий рост при нормальной массе тела, гармоничная.

1. Мальчик, 10 лет

Масса – 25 кг (2 коридор)

Длина – 148 см (7 коридор)

**ФР** с отклонением низкий масса тела при высоком росте, дисгармоничная.

1. **Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих (N)

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя (N)

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки (N)

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает (N)

Др – уверенно берёт и занимается игрушками (N)

Ра – произносит отдельные звуки и слоги (N)

Н – ест с ложки полужидкую пищу (N)

**НПР – 2 группа 1 степень**

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | A | b | b | a |

**Тема 2** «Диагностика основных синдромов в педиатрии»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

выполнение практических манипуляций по обследованию ребенка

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к практическому занятию:**

1. Синдромы при заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы
2. Синдромы при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта
3. Методика проведения аускультации сердца
4. Методика определения границ сердца
5. Методика проведения пальпации живота
6. Методика проведения перкуссии живота

**Задания для отработки практических умений:**

1. Аускультация сердца
2. Определение перкуторно границ сердца
3. Поверхностная пальпация живота
4. Глубокая пальпация живота

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Типичным симптомом при стенозе митрального клапана у детей является:
	1. центральный цианоз
	2. бледность с лилово-малиновым «румянцем» на щеках
	3. периорбитальные тени
	4. периферический цианоз
	5. ливидо
2. Усиление подкожного венозного рисунка в области грудной клетки свидетельствует о
	1. затруднении притока венозной крови к правым отделам сердца
	2. затруднении оттока артериальной крови из левых отделов сердца
	3. затруднении притока артериальной крови к левым отделам сердца
	4. затруднении оттока венозной крови из правых отделов сердца
3. Усиленная пульсация сонных артерий (кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы) характерна для
	1. недостаточности аортального клапана
	2. стеноза митрального клапана
	3. стеноза трикуспидального клапана
	4. недостаточности трикуспидального клапана
	5. стеноза легочной артерии
4. Болевая точка хвоста поджелудочной железы, находящаяся на границе верхней и средней трети биссектрисы левого квадранта живота, называют точкой
	1. Мейо-Робсона
	2. Кача
	3. Дежардена
	4. Мерфи
	5. Боаса
5. Болевая точка головки поджелудочной железы, находящаяся на границе средней и нижней трети биссектрисы левого верхнего квадранта живота, называют точкой
	1. Дежардена
	2. Мейо-Робсона
	3. Кача
	4. Мерфи
	5. Боаса

**Типовые практические задания для проверки умений: практическая задача**

Показать на манекене точки аускультации сердца, провести аускультацию

**Образец решения**

Техника аускультации сердца.

У детей помимо основных точек аускультации необходимо прослушать всю область сердца, а также сосуды в точках видимой пульсации или пальпации артериального пульса.

Зоны выслушивания клапанов и отделов сердца у детей те же, что и у взрослых.

*Зона левого желудочка* – верхушка сердца, область IVи V межреберья на 2 см кнутри от верхушки и латерально – по передней подмышечной линии; это область выслушивания звуков митрального клапана, IIIи IV тонов левого желудочка, иногда – шумов при аортальных пороках.

*Зона правого желудочка* – нижняя треть грудины, а также область в IVи V межреберьях на 2-4 см влево и 2 см вправо от грудины; это область выслушивания трехстворчатого клапана, IIIи IV тонов правого желудочка, шумов при дефекте межжелудочковой перегородки и при недостаточности клапана легочной артерии.

*Зона левого предсердия* – на спине на уровне нижнего угла левой лопатки и латерально до задней подмышечной линии; это область выслушивания систолического шума при митральной недостаточности.

*Зона правого предсердия* – на уровне IVи V мержреберья на 1-2 см вправо от грудины; это область выслушивания систолического шума недостаточности трехстворчатого клапана.

*Аортальная зона* – в III межреберье слева и во II межреберье справа у края грудины; это область выслушивания звуков аортального клапана.

*Зона легочной артерии* – II межреберье слева у края грудины с распространением вверх до левого грудино-ключичного сочленения (в I межреберье) и вниз к III межреберью вдоль левого края грудины; это область выслушивания звуков клапана легочной артерии.

*Зона нисходящего отдела грудной аорты* – задняя поверхность грудной клетки над II- X грудными позвонками и на 2-3 см влево от задней срединной линии; это область выслушивания шумов при коарктации аорты, аневризмах, аортальном стенозе.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | А | а | а | а |

**Тема 3 «**Анатомо-физиологические особенности системы пищеварения у детей. Естественное вскармливание».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к практическому занятию:**

1. АФО органов пищеварения у детей.
2. Состав женского молока.
3. Преимущества естественного вскармливания.
4. Противопоказания к естественному вскармливанию со стороны матери.
5. Питание беременной и кормящей матери.
6. Техника и режимы грудного вскармливания.
7. Причины гипогалактии
8. Лечение и профилактика гипогалактии
9. Способы определения суточного и разового количества молока.
10. Прикорм: виды, сроки и техника введение.
11. Возрастные особенности потребности в белках, жирах, углеводах.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Естественное вскармливание
2. Молозиво
3. Переходное молоко
4. Зрелое молоко
5. Докорм
6. Прикорм
7. Суточный объем питания
8. Разовый объем питания

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Состав женского молока: молозиво, зрелое молоко.
2. Среднесуточные нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для детей раннего возраста.
3. Режимы вскармливания.
4. Схему введения прикормов детям первого года жизни.
5. Прибавки в массе тела на первом году жизни.

**Задания для отработки практических умений**

1. расчет долженствующей массы тела
2. расчет суточного объема питания
3. расчет суточного объема питания
4. расчет суточного калоража питания ребенку до года
5. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на естественном вскармливании

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Естественное вскармливание это:
	1. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
	2. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
	3. питание смесями – заменителями женского молока даже при наличии однократного прикладывания к груди
2. «Золотой стандарт» в питании детей 1го года жизни это
	1. сцеженное суточное грудное молоко
	2. адаптированные молочные смеси
	3. грудное женское молоко
	4. адаптированные смеси на основе гидролизата белка
3. Выберите безглютеновую кашу
	1. овсяная
	2. манная
	3. гречневая
	4. перловая
4. Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней
	1. 7 раз, через 3 часа
	2. по требованию, но не менее 7 раз
	3. 5 раз, через 4 часа
	4. 6 раз, через 3,5 часов
5. Срок введения овощного пюре в рацион здорового ребенка
	1. 3 месяца
	2. 4-6 месяцев
	3. 7 месяцев
	4. 8 месяцев

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Ребенок 2 месяца, масса тела при рождении 3000 гр., находится на естественном вскармливании.

**Вопросы:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения ситуационной задачи**

1. m (долженствующая) – 3кг+600+800=4400кг,

Vc (суточный объем) – 4400/6=733 ml

Vр (разовый объем) – 733 ml/6=122 ml

600- грудное молоко 122,0

930- грудное молоко 122,0

1300- грудное молоко 122,0

1630- грудное молоко 122,0

2000- грудное молоко 122,0

2330- грудное молоко 122,0

1. Б - 2,2 х 4,400 = 9,680

Ж – 6,5 х 4,400 =28,600

У – 13 х 4,400 = 57,200

Ккал -115 х 4,400 =506,00

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | С | с | b | b |

**Тема 3** «Искусственное и смешанное вскармливание. Питание больного ребенка».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Смешанное вскармливание, определение понятия.
2. Искусственное вскармливание, определение понятия.
3. Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны матери.
4. Противопоказания к грудному вскармливанию со стороны ребенка.
5. Гипогалактия, правила и средства поддержки лактации.
6. Характеристика современных адаптированных молочных смесей.
7. Алгоритм выбора молочной смеси.
8. Введение прикормов детям на искусственном и смешанном вскармливании и при патологии раннего возраста.
9. Способы расчета объема питания детям на смешанном и искусственном вскармливании.
10. Питание детей 1-3 лет.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Смешанное вскармливание
2. Искусственное вскармливание
3. Гипогалактия
4. Адаптированные смеси
5. «Начальные» смеси
6. «Последующие» смеси
7. «Лечебные» смеси
8. Контрольное взвешивание

**Задания для отработки практических умений**

1. расчет объема докорма
2. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на смешенном вскармливании
3. составление схемы питания ребенка первого года жизни находящегося на искусственном вскармливании

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Смешанное вскармливание это:
	1. питание смесями – заменителями женского молока при наличии однократного прикладывания к груди или суммарного объема материнского молока до 50-100 мл
	2. питание, при котором ребенок кроме грудного молока получает докорм (молочные и безмолочные искусственные смеси)
	3. кормление ребенка посредством прикладывания к груди его биологической матери
	4. введение пищевых продуктов, отличных от материнского молока и дополняющих рацион ребенка теми или иными питательными веществами
2. Назовите противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери
	1. Ветряная оспа
	2. Хронический гепатит
	3. Открытая форма туберкулеза с бацилловыделением
	4. Корь
3. Частота кормления ребенка в возрасте 15 дней, находящегося на искусственном вскармливании, составляет
	1. 5 раз, через 4 часа
	2. 6 раз, через 3,5 часов
	3. 7 раз, через 3 часа
	4. по требованию, но не менее 7 раз
4. В какой срок ребенку на искусственном вскармливании можно ввести детский кефир?
	1. 4 месяца
	2. 5 месяцев
	3. 6 месяцев
	4. 8 месяцев
5. Главное свойство галактозы:
	1. способствует росту нормальной микрофлоры кишечника
	2. стимулирует моторику кишечника
	3. повышает иммунную защиту
	4. участвует в синтезе белков, входящих в структуру нейронов

**Решение задач для формирования умений, общих и профессиональных компетенций:**

Ребенок 5 месяцев, масса тела при рождении 3300 гр., в настоящий момент находится на естественном вскармливании. При контрольном кормлении получил 70 мл грудного молока.

**Вопросы:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения**

1. m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

КК – 70 ml

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/6=165 ml

600- грудное молоко 165,0

930- каша 150,0 + сливочное масло 4,0 + грудное молоко 9,0

1300- грудное молоко 165,0

1630- грудное молоко 165,0

2000- грудное молоко 165,0

2330- грудное молоко 165,0

1. Б - 2,6 х 6950 = 18

Ж – 6,5 х 6950 = 42

У – 13 х 13 = 91

Ккал -115 х 6950 = 805,00

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| а | с | d | d | a |

**Тема 5** «Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки у детей. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Формирование и развитие кожи и подкожной клетчатки в пренатальном периоде.
2. Особенности строения кожи и придатков кожи и подкожной клетчатки у ребенка первых лет жизни
3. Функциональные особенности кожи новорожденного и ребенка первых лет жизни.
4. Методы обследования кожи и подкожной клетчатки.
5. Хронические расстройства питания, определение понятия, классификация.
6. Этиология и патогенез клиническая картина гипотрофии
7. Критерии диагностики, дифференциальный диагноз гипотрофии
8. Медикаментозное и диетотерапия, профилактика, диспансерное наблюдение гипотрофии.

**Составьте глоссарий в рабочей тетради:**

1. Нормотрофия
2. Паротрофия
3. Гипостатура
4. Дистрофия
5. Квашиоркор
6. Трехфазное питание при гипотрофии
7. Синдром Барде-Бидля
8. Синдром Альстрема
9. Индекс упитанности Чулитского
10. Пятно
11. Папула
12. Уртикария
13. Везикула
14. Пузырь
15. Пустула
16. Чешуйка
17. Корочка

**Задания для отработки практических умений**

1. Определение симптомов и синдромов у детей с гипотрофией
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление меню
5. Составление плана ведения детей с гипотрофией
6. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Дистрофия это
	1. патологическое состояние, возникающее у детей при хроническом расстройстве питания, характеризующееся отклонениями в развитии и понижением сопротивляемости организма
	2. вариант течения гипотрофии у детей раннего возраста в тропических странах, обусловленный питанием преимущественно растительной пищей при дефиците животных белков
	3. дистрофия с более или менее равномерным отставанием ребенка в росте и массе тела при удовлетворительной упитанности
	4. хроническое расстройство питания без дефицита массы с нарушением обмена веществ
2. Гипотрофия I степени - это дефицит массы:
	1. 8-10%
	2. 11-20%
	3. 21-30%
	4. более 30%
3. К эндогенным причинам гипотрофий у детей раннего возраста относят:
	1. количественный недокорм
	2. качественный недокорм
	3. врожденные пороки развития
	4. недостаточное питание и заболевания матери
4. Диетотерапии гипотрофии включает период:
	1. выяснения толерантности к пище
	2. восстановительный
	3. стимулирующий
	4. укрепляющий
5. Уменьшение толщины подкожного жирового слоя при гипотрофии II степени:
6. не истончен
7. истончен на животе и туловище
8. исчезает на животе, туловище, конечностях
9. отсутствует везде, истончен на лице

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка 5 мес.

**Жалобы** (со слов матери) на беспокойство, снижение аппетита, неустойчивый стул, снижение массы тела.

**Анамнез заболевания**: ребенок с 2,5 месяцев находится на искусственном вскармливании смесью по возрасту, но ест неохотно в связи с чем докармливают разведенным коровьим молоком; первый прикорм – каша с 4 месяцев, получает кашу 2-3 раза в сутки. Условия ухода неудовлетворительные: не гуляют на свежем воздухе, купают нерегулярно. Профилактика рахита не проводится. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 срочных родов, закричала сразу, к груди приложен в родильном зале. Масса тела при рождении 3300 г, рост - 51 см. БЦЖ в роддоме. Из перенесенных заболеваний ОРИ - 2 раза, острый отит (в 1,5 мес.).

**Объективно**: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, масса тела – 6200 г, рост – 65 см, большой родничок 1,5х1,5 см., края податливые. Кожные покровы бледные, эластичность кожи снижена. Подкожно-жировая клетчатка истончена на передней брюшной стенке, тургор тканей удовлетворительный. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД – 30 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 135 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики нет.

НПР: Аз – 5 мес., Ас – 5 мес., Э – 5 мес., До – 5 мес., Др – 4 мес., Н – 4мес.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB– 120 г/л, RBC– 4,1х1012/л, WBC– 8,2х109/л, NEUT – 40%, LYMPH- 49%, MON% –8%, EO%– 3%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: количество 30 мл, уд. вес – 1018, pH – кислая, светло-желтая, прозрачная, лейкоциты – 0-1 в п/з., плоский эпителий – 0-1 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, фосфаты в небольшом количество.

БАК: PRO – 72 г/л, GLU – 4,5 мкмоль/л, BIL – 18,6 мкмоль/л, Са – 2,0 ммоль/л, Р – 1,2 ммоль/л.

Копрограмма: цвет – желтый, кашицеобразный, нейтральный жир – небольшое количество, жирные кислоты – ед., йодофильные бактерии – большое количество, лейкоциты – 10-12 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, слизь - большое количество.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените обследование ребенка

3. Поставьте предварительный диагноз.

4. Составьте план дополнительного обследования.

5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | c | a | c |

**Тема 6** «Синдром мальабсорбции у детей»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Синдром мальабсорбции, определение понятия, классификация.
2. Целиакия, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.
3. Муковисцидоз, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, диспансерное наблюдение.
4. Галактоземия, определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение.
5. Лактазная недостаточность, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Целиакия
2. Муковисцидоз
3. Галактоземия
4. Лактазная недостаточность
5. Стеаторея
6. Глютен
7. Потовый тест
8. Панкреатическая эластаза кала
9. Водородный дыхательный тест
10. Лактозотолерантный тест
11. Антитела к глиадину
12. Неонатальный скрининг
13. Антитела к тканевой трансглутаминазе

**Составите таблицу в рабочей тетради:**

1. Дифференциальная таблица по мальабсорбции включающие следующие показатели:
	1. Возраст манифестации
	2. Этиология
	3. Провоцирующий фактор
	4. Аппетит
	5. Рвота
	6. Характер стула
	7. ФР
	8. Размеры живота
	9. Сочетание с другими заболеваниями
	10. Копрограмма
	11. АТ к глиадину
	12. Проба с Д-ксилозой
	13. Хлориды пота
	14. Биопсия кишечника
	15. Лечение
	16. Профилактика

**Задания для отработки практических умений:**

1. Определение симптомов и синдромов у детей с гипотрофией
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление меню
5. Составление плана ведения детей с гипотрофией
6. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Галактоземия это заболевание, характеризующееся нарушением:
2. углеводного обмена с поражением печени, головного мозга и органов зрения
3. переносимости глютена злаковых культур
4. гидролиза лактозы в тонкой кишке.
5. образования трансмембранного белка экзокринных желез с образование густого секрета
6. Результатом нарушения функции трансмембранного белка муковисцидоза (МВТР) является:
7. выработка аутоантител к тканевой трансглутоминазе (TTG) клеток
8. нарушение обмена ионов Na и Cl между внутри- и внеклеточным пространством
9. атрофия ворсинок кишечника
10. пониженный выход ионов Na и K из энтероцитов
11. Основное в лечение лактазной недостаточности является:
12. безлактозная диета, ноотропы, гепатопротекторы
13. безглютеновая диета, витамины группы В, А, С, Д, кальций, железо, креон
14. низко- или безлактозная диета, препарат бета-галактозидазу
15. высококалорийная диета, дотация соли, креон, холиретики.
16. Длительность периода ремиссии при целиакии зависит от:
17. формы целиакии
18. состава микрофлоры кишечника
19. рациональности диетотерапии
20. физиотерапевтического лечения
21. Для стула при непереносимости лактозы характерно:
22. кашицеобразный, блестящий
23. пенистый характер с кислым запахом
24. водянистый, пенистый, зловонный
25. светло-жёлтый, глинистый, блестящий

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Мальчик 6 мес.

**Жалобы** со слов родителей на плохую прибавку в весе, жидкий стул до 6-8 раз в сутки.

**Анамнез жизни:** ребенок от I срочных родов, беременность протекала с токсикозом I половины, на фоне обострения хронического пиелонефрита в 20 недель; ребёнок родился с массой тела – 3500, длиной 52 см, находился на грудном вскармливании до 1 месяца, затем переведен на искусственное, получает адаптированную смесь «NAN 1» по 150,0 мл 6 раз в день, периодически отмечается гиперемия щёк и ягодиц, шелушение, опрелости в паховых складках. Генеалогический анамнез: у отца – хронический эрозивный гастрит, у бабушки по линии матери – экзема.

**Социальный анамнез**: семья полная, жилищно-бытовые и материальные условия удовлетворительные.

**Антропометрия**: масса – 6000гр., рост – 65 см., окружность головы – 42 см., окружность груди – 43 см.

**Психометрия**: Аз – 5мес., Ас – 5мес., До – 5мес., Др – 5мес., Ра – 5мес., Рп – 5мес., Н – 4мес.

Мед. отвод от АКДС.

**Анамнез заболевания:** с недельного возраста у ребенка отмечаются эпизоды кишечной колики, жидкий стул на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного состояния. При попытке введения овощного пюре у ребенка отмечалось учащение стула до 5-6 раз, беспокойство, метеоризм. Поступил на обследование и лечение.

**Объективно:** Общее состояние у ребенка средней тяжести. Температура тела нормальная. Питание понижено, подкожно – жировой слой истончен на животе и бедрах, толщина кожной складки на уровне пупка 1 см. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, себорейные корочки над бровями, гиперемия щек, шелушение, опрелости в ягодичных складках. Большой родничок 1,0 х 1,0 см, края плотные. Дыхание везикулярное, число дыханий 40 в минуту. Границы относительной сердечной тупости правая – парастернальная линия; верхняя – II межреберье; левая – на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот увеличен в размерах, вздут, урчание при пальпации. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул при приеме в отделение кашеобразный, желтый с примесью слизи.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | c | c | b |

**Тема 7** «Анатомо-физиологические особенности костной, мышечной систем. Рахит. Рахитоподобные заболевания»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Рахит, определение понятия, классификация.
2. Метаболизм витамина D.
3. Патогенез, этиология, факторы риска рахита.
4. Классификация рахита.
5. Основные клинические симптомы и синдромы рахита различных периодов заболевания.
6. Критерии диагностики рахита.
7. Дифференциальная диагностика рахита с рахитоподобными заболеваниями (синдром Фанкони-Дебре-де Тони, фосфат диабет, почечный тубулярный ацидоз).
8. Лечение рахита: диета, основные принципы назначения витамина D.
9. Антенатальная и постнатальная (неспецифическая, специфическая) профилактика рахита.
10. Рахитоподобные заболевания определение, классификация.
11. Интоксикация витамином D (гипервитаминоз D), причины, клиника, диагностика, лечение.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Дефицитные состояния детей раннего возраста
2. Витамин D-дефицитный рахит
3. Витамин D
4. Провитамин D2
5. Провитамин D3
6. Паратгормон
7. Экзогенный рахит
8. Эндогенный рахит
9. Гипокальциемический вариант витамин D-дефицитного рахита
10. Рахитоподобные заболевания.
11. Витамин D-резистентный рахит (фосфат-диабет, синдром Фанкони-Дебре-де Тони, почечно-кальциевый ацидоз).
12. Гипервитаминоз витамина D

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Классификация рахита
2. Рентгенологические признаки рахита
3. Периоды рахита
4. Критерии эффективности лечения рахита
5. Лечение рахита
6. Профилактика рахита

**Написать рецепт**

1. Аквадетрим, водный раствор 10мл, 15000МЕ /1 мл.
2. Вигантол, масляный раствор 10мл, 500мкг /1мл.
3. Компливит кальций Д3 для малышей, порошок для приготовления суспензии 40 мг+10 МЕ/мл

**Задания для отработки практических умений:**

1. Определение симптомов и синдромов при рахите и рахитоподобных заболеваниях
2. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
3. Составление плана обследования
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Тип наследования Фосфат-диабета:
	1. аутосомно-рецессивный
	2. сцепленный с Х-хромосомой рецессивный
	3. сцепленный с Х-хромосомой доминантный
	4. не наследуется
2. Профилактическая доза витамина D составляет:
	1. 200 МЕ в сутки
	2. 500 МЕ в сутки
	3. 100 МЕ в сутки
	4. 2000 МЕ в сутки
3. Рахит может приводить к:
	1. снижению иммунитета и неспецифической резистентности
	2. развитию олигофрении
	3. не влияет на динамику роста и развития
	4. развитию ревматоидного артрита
4. Для начального периода рахита характерны следующие клинические проявления:
	1. беспокойство, плаксивость, нарушение сна, облысение затылка
	2. появление лобных и теменных бугров, «четок», «браслетов»
	3. размягчение краев родничка, уплощением затылка, краниотабесом, деформация грудины
	4. тонические и тонико-клонические судороги, симптом Хвостека, Труссо
5. Для периода разгара рахита характерны следующие биохимические показатели:
	1. гиперфосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
	2. гипофосфатемия, гиперкальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
	3. гипофосфатемия, гипокальцемия, высокая активность щелочной фосфатазы
	4. гипофосфатемия, гипокальцемия, низкая активность щелочной фосфатазы

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка 2 года

**Жалобы** со слов матери на снижение аппетита, отказ от пищи, рвоту, температуру тела до субфебрильных цифр, беспокойство.

**Анамнез заболевания**: больна около 5 месяцев. По мнению матери до 6-месячного возраста была совершенно здорова, ничем не болела. С 6 месяцев отмечается снижение аппетита, частые отказы от еды, ни с чем несвязанные рвоты, подъемы температуры до субфебрильных цифр, беспокойна.

**Анамнез жизни**: от 1 доношенной беременности. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 54 см. Находится на естественном вскармливании, прикормы введены в срок, получала профилактическую дозу витамина Д - 500 МЕ ежедневно. В 8 месяцев перенесла сегментарную пневмонию. С этого времени стали проявляться отставание в физическом и нервно-психическом развитии. Девочка сидит с трудом, на ножки не встает. Лечилась по поводу рахита, гипотрофии, лечение обычными дозами витамином Д в течение 45 дней, что не дало никакого результата.

**Объективно:** состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Правильного телосложения. Масса тела 9600 г, длина - 75 см. Кожные покровы сухие с сероватым оттенком, выражена складчатость кожи, особенно на конечностях. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Резко выраженная гипотония мышц. Имеется деформация черепа в виде отчетливо выдающихся теменных бугров, уплощенного затылка. Грудная клетка развернута. Отчетливая «Гаррисонова борозда». Большой родничок 1х1 см, зубы 0/2. Х-образное искривление костей ног, руки деформированы. Над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 110 в минуту. Живот увеличен, печень пальпируется на 5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание учащено.

НПР: С-1г. 9месяца, Д-1г. 6месяца, И-1г. 6месяца, Н-1г. 6 мес., Ра и Рп-1г. 6 мес.

**Данные лабораторных исследований:**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: остеопороз костей.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдромы поражение нервной системы, костной системы, мышечной системы, полиурия.
2. Отставание ФР очень низкая масса при очень низком росте (1 коридор), НПР – 3 группа, 4 степень, Р костей – остеопороз
3. Синдром Фанкони (де Тони-Дебре)
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови: кальций, фосфор, натрий, хлориды, креатинин, глюкоза; 1,25 (ОН)2D3, паратгормон. Биохимический анализ суточной мочи: экскреция кальция, фосфора и белка, глюкозы, аммония, титруемые кислоты.
5. Регидротация, коррекция ацидоза, гипонатриемии, гипокалимии, гипофосфатемии, бикарбонат натрия, препараты калия, фосфора, витамин Д3 0,02-0,05 мкг/кг/сутки, индометацин 0,5-1,5 мг/кг/сутки при отсутствии эффекта.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | a | c |

**Модуль 2** «Патология системы кроветворения у детей»

**Тема 1 «**Анатомо-физиологические особенности системы кроветворения. Дефицитные анемии. Острые лейкозы у детей»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

 **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности системы кроветворения.
2. Обмен железа в организме.
3. Анемия, определение понятия, классификация.
4. Этиология, группы риска по железодефицитной анемии.
5. Основные клинические симптомы и синдромы анемии.
6. Критерии диагностики железодефицитной анемии, лабораторная диагностика.
7. Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии с мегалобластическими (В12 и фолиево дефицитными), гемолитическими анемиями.
8. Лечение анемий: диета, основные принципы назначения и классификация препаратов железа.
9. Профилактика железодефицитных состояний.
10. Лейкозы определение, классификация.
11. Этиология, патогенез лейкоза.
12. Основные клинические симптомы и синдромы лейкоза
13. Принципы химиотерапии.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Железодефицитная анемия.
2. Мегалобластическая анемия.
3. В12 дефицитная анемия.
4. Фолиево дефицитными анемия.
5. Латентный дефицит железа.
6. Фетальный гемоглобин
7. Астенический синдром
8. Эпителиальный синдром
9. Сердечно-сосудистый синдром
10. Мышечный синдром
11. Синдром снижения резистентности
12. Гемобластозы
13. Острый лейкоз
14. Индукция ремиссии
15. Консолидация
16. Реиндукция

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Группы риска по анемии.
2. Критерии диагностики ЖДА.
3. Нормальные показатели гемоглобина (новорожденные доношенные, недоношенные, дети после года).
4. Общие принципы терапии ЖДА
5. ФАБ-классификация ОЛЛ и ОМЛ

**Написать рецепты**

1. Мальтофер, таблетки, 100мг
2. Актиферрин, 10 мг в 1 мл капель
3. Фенюльс, 10мг в 1 мл сиропа
4. Тотема, 50 мг в 10 мл

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Содержание НВ в крови после рождения здорового ребенка составляет:
	1. 100-130 г/л
	2. 130-160 г/л
	3. 180-240 г/л
	4. 250-280 г/л
2. Какая анемия относится к группе микроцитарных анемий?
	1. фолиево дефицитная
	2. анемия Фанкони
	3. В12-дефицитная
	4. железодефицитная
3. Определите степень тяжести анемии: уровень гемоглобина 91 г/л, эритроциты 3,8х1012/л
	1. легкая степень тяжести
	2. средней степени тяжести
	3. тяжелой степени тяжести
	4. крайне тяжелой степени тяжести
4. Какая анемия по этиологии наиболее вероятная у девочки 14 лет с метроррагией?
	1. дефицитная
	2. апластическая
	3. постгеморрагическая
	4. гемолитическая
5. Специфические изменения костного мозга обнаруживаются при:
	1. В12-дефицитная анемия
	2. лейкозе
	3. постгеморрагической анемии
	4. железодефицитная анемия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 11 лет

**Жалобы** на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита, высыпания.

**Анамнез заболевания**: болен в течение последних 2 месяцев, когда впервые мама заметила появление синяков на теле у ребенка, в последние три дня синяков стало больше, появилась кровоточивость десен, заболевание ни с чем не связывает.

**Анамнез жизни**: родился от I беременности, протекавшей без особенностей, от молодых здоровых родителей. Матери 30 лет, отцу – 32 года. Мать работает библиотекарем, отец строителем. Материальные и бытовые условия в семье удовлетворительные. Масса при рождении 3800 гр., длина 52 см. Вскармливался грудью до 1 г. 2 мес., развивался хорошо, болел мало, все прививки получил своевременно.

**Объективно**: состояние ближе к тяжелому, мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания: масса - 40 кг, рост - 150 см. Кожа бледная с восковидным оттенком. Слизистые бледные. На коже множество экхимозов различного цвета – от фиолетовых до желтых – размером 2-4 см., возникли самопроизвольно. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфоузлы до размера крупной фасоли, плотно-эластичной консистенции, не спаянные друг с другом, безболезненные, подмышечные и паховые лимфоузлы - плотно-эластичные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями, размером до горошины. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Отмечается болезненность при постукивании по большеберцовой кости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС 96 в минуту. Короткий систолический шум на верхушке и в т. Боткина за пределы сердца не проводится. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под ребра на 2 см, край плотный, гладкий б/болезненный. Селезенка пальпируется на 6 см ниже реберной дуги. Дизурических расстройств нет. Стул ежедневно, оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 70g/L, RBC – 2,2х1012/L, WBC – 50x109/L, PLT – 90,0x109/L, NEUT – 57%, MONO – 1%, LYMPH – 11%, бластные клетки – 31%, СОЭ – 30мм/час.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Лимфоаденопатия, геморрагический.
2. Лейкоцитоз, тромбоцитопения, бласты в периферической крови.
3. Острая лейкемия
4. Пункция костного мозга
5. Химиотерапия

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | b  | a | с | b |

**Тема 2 «**Вазопатии у детей: геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн – Геноха). Коагулопатии (гемофилия). Тромбоцитопатии (тромбоцитопеническая пурпура)»

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Вазопатии, определение понятия.
2. Геморрагический васкулит, классификация, этиология и патогенез.
3. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики геморрагического васкулита.
4. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с геморрагическим васкулитом.
5. Понятия тромбоцитопатии, классификация, патогенез, клиника, лечение.
6. Тромбоцитопеническая пурпура, классификация, этиология и патогенез тромбоцитопенической пурпуры.
7. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики тромбоцитопенической пурпуры
8. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с тромбоцитопенической пурпурой.
9. Гемофилия, классификация, этиология и патогенез.
10. Основные клинические симптомы и синдромы, критерии диагностики гемофилии.
11. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение детей с гемофилии.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Гемостаз
2. Коагулопатии
3. Тромбоцитопатии
4. Тромбоцитопении
5. Вазопатии
6. Гемофилия
7. Ингибиторная гемофилия
8. Болезнь Виллебранда
9. Тромбоцитопеническая пурпура
10. Тромбоцитопатии
11. Вазопатии
12. Геморрагический васкулит
13. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
14. Определение симптомов и синдромов
15. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
16. Составление плана обследования
17. Составление рекомендаций при выписки

**Составьте таблицы в рабочей тетради**

1. План обследования для гемофилии
2. Схему лечения гемофилии
3. План диспансерного наблюдения гемофилии
4. План обследования для в геморрагического васкулита
5. Схему лечения геморрагического васкулита
6. План диспансерного наблюдения геморрагического васкулита
7. План обследования для тромбоцитопенической пурпуры
8. Схему лечения тромбоцитопенической пурпуры
9. План диспансерного наблюдения для детей с тромбоцитопенической пурпурой
10. Дифференциальную таблицу гемофилии и болезни Виллебранда, тромбоцитопенической пурпуры и тромбоцитопатии (клиника, диагностика, лечение)

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Гемофилия - это заболевание:
2. с повышенной кровоточивостью и увеличением длительности кровотечения, качественным или количественным недостаточностью фактора Виллебранда, снижением активности VIII фактора и адгезивностью тромбоцитов.
3. с резким замедлением свертывания крови и повышенной кровоточивостью из-за дефицита фактора свертывания.
4. обусловленное количественное и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена.
5. связанное с качественной неполноценностью кровяных пластинок при нормальном их количестве.
6. К тромбоцитопениям относят следующее заболевание:
7. гемофилия
8. болезнь Шенлейна-Геноха
9. болезнь Виллебранда
10. тромбоцитопеническая пурпура
11. Классификация геморрагического васкулита включает следующую форму:
12. легочную
13. сердечную
14. почечную
15. печеночную
16. Кожные проявления гемофилии:
17. гематомы и кровоизлияния
18. петехии и экхимозы
19. эритематозные пятна, макулопапулы
20. геморрагии и петехии
21. Лабораторные показатели характерные для тромбоцитопатии:
22. увеличение длительности кровотечения, нормальное количество тромбоцитов, низкая агрегация тромбоцитов и количество фактора Виллебранда.
23. тромбоцитопения, увеличение длительности кровотечения, снижение ретракции кровяного сгустка.
24. увеличение длительности свертывания крови, активированного АЧТВ и низкий уровень VIII фактора.
25. увеличение длительности кровотечения, низкая агрегация при нормальном количестве тромбоцитов и факторов свертывания.

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 11 лет

Поступил в клинику по направлению участкового педиатра с жалобами на мелкоточечную сыпь на нижних конечностях, боли в суставах, общую слабость.

**Анамнез жизни:** родился доношенным с массой 3500 г, длина - 52 см. Рос­ и развивался соответственно возрасту. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании, до года отмечались проявления аллергического конституционального дерматита. Часто болел простудными заболеваниями.

**Анамнез заболевания:** болен в течение недели. Три недели назад перенес стрептодермию, накануне вечером появились боли в коленных и голеностопных суставах, а с утра в день поступления состояние ухудшилось: усилились боли в суставах в суставах нижних конечностях, появились высыпания на ногах.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести, вялый, отмечалась бледность кожных покровов, наличие симметричных геморрагических высыпаний на коже голеней и вокруг крупных суставов. Суставы по внешнему виду не изменены, объем движений не ограничен. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обе­их сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120г/л, RBC – 3,5х1012/л, WBC – 6,0 х 109/л, PLT – 2,5 х 109/л

ОАМ: относительная плотность - 1012, белок - отрицательный, прозрачная, Л - 1-2, эпителий – 2 - 3 в п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы
2. Определите тип кровоточивости
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте программу лечения

**Образец решения**

1. Геморрагический.
2. Васкулитно-пурпурный.
3. Диагноз: Геморрагический васкулит. Кожная форма.
4. ОАК: тромбоциты, гематокрит, длительность кровотечения

- биохимический анализ крови: об. белок, белковые фракции, СРБ, серомукоид;

- иммунограмма;

- коагулограмма (время свертывания, этаноловый тест и др.);

- вирусологическое обследование (вирусы гепатита, ЦМВ, герпеса);

 - ОАМ, копроцитограмма (по показаниям посев на ЭПКГ);

- осмотр, ЛОР-врача, стоматолога;

1. Программа лечения:
* ограничение двигательной активности;
* энтеросорбенты (полифепан, карболен, энтеросорб, полисорб, смекта);
* антиагрегантные средства (курантил, трентал).

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | d | c | a | d |

**Модуль 3** «Болезни органов кровообращения у детей»

**Тема 1 «**Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Острая ревматическая лихорадка. Неревматические кардиты».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Особенности кровообращения плода.
2. Морфофункциональные особенности органов сердечно-сосудистой системы у детей.
3. Ревматическая лихорадка, определение и классификация.
4. Этиология, патогенез ОРЛ.
5. Основные клинические симптомы и синдромы, диагностика ОРЛ.
6. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение ОРЛ.
7. Миокардит, определение и классификация.
8. Этиология и патогенез, клиника, диагностика миокардитов.
9. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение детей с миокардитами.
10. Инфекционный эндокардит, этиология и патогенез, классификация бактериальных эндокардитов.
11. Клиника, диагностика и лечение и профилактика бактериальных эндокардитов.
12. Перикардит, этиология и патогенез, классификация и клиника перикардитов.
13. Диагностика, лечение, профилактика и диспансерное наблюдение за больными перикардитов.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Фетальные коммуникации.
2. Ударный объем крови.
3. Минутный объем крови.
4. Проба Шалкова.
5. Острый ревматический полиартрит.
6. Острый ревматический кардит.
7. Ревматическая хорея.
8. Анулярная эритема.
9. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.
10. Болезнь Кавасаки
11. Инфекционный эндокардит.
12. Гиподиастолия.

**Задания для отработки практических умений:**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Неревматические кардиты это:
2. острое или подострое системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе, развивающееся у предрасположенных к нему лиц и связанное с фарингеальной инфекцией, обусловленной стрептококком группы А.
3. группа неспецифических инфекционно-воспалительных заболеваний сердца.
4. поражение сердечной мышцы воспалительного характера инфекционной или неинфекционной этиологии.
5. поражение эндокарда (клапанов или стенок сердца) воспалительного характера, вызванное присутствующим в ткани эндокарда инфекционным агентом.
6. Предрасполагающий фактор развития ревматической лихорадки:
7. генетическая предрасположенность
8. особенность строения сердца
9. особенность строения соединительной ткани
10. юный возраст пациента
11. Наиболее частая этиология миокардитов у детей младшего возраста:
12. бактериальная
13. вирусная
14. паразитарная
15. грибковая
16. Изменения на коже при инфекционном эндокардите:
17. пятна Бельского-Филатова-Коплика
18. волчаночная бабочка
19. родинка Беккера
20. пятна Либермана-Лунина
21. Большие критерии Джонса включает:
22. кардит
23. артралгии
24. лихорадка
25. повышение СОЭ, СРБ, лейкоцитоз

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 9 лет

Поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, боли в суставах и мышцах нижних конечностей, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

**Анамнез жизни**: ребёнок от II преждевременных родов на 37-38 неделе беременности. Масса при рождении 2100, длина 46 см. беременность протекала без частые простудные заболевания и ангины (2-3 раз в год). Наследственность по сердечно-сосудистой патологии не отягощена.

**Анамнез заболевания**: считает себя больной на протяжении 2 недель, когда вечером поднялась температура до 38.5, появились катаральные явления, недомогание, слабость. Участковым педиатром был выставлен диагноз ОРВИ, лечилась амбулаторно, получала симптоматическую и макролиды. Состояние улучшилось, однако сохранялись жалобы на недомогание, слабость, боли в нижних конечностях, бледность кожных покровов. После появления геморрагической сыпи была направлена на стационарное лечение.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с землистым оттенком. На обоих предплечьях, локтевых сгибах, боковых поверхностях туловища мелкая геморрагическая сыпь. Дыхание через нос свободное, грудная клетка равномерно участвуют в акте дыхания, ЧД – 26 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II ребро; левая – передняя подмышечная линия; правая – правый край грудины. Аускультативно «дующий» шум в IV-V м/р у левого края грудины и на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Язык чистый, влажный, розовый. Живот распластан. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, ежедневный. Область почек не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 96 г/л, RBC – 3,2х1012/л, WBC – 14,109/л, NEUT – 83%, EO – 1%, LYMPH – 10%, MON – 6%, СОЭ – 46 мм/час.

На ЭКГ нагрузка на миокард левого желудочка.

ЭхоКС: умеренная дилатация полости левого желудочка (на 5мм). Толщина миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки – в пределах возрастной нормы. Створки митрального клапана “разрыхлены”, утолщены, пролабируют в полость левого предсердия во время систолы до 5мм. На передней створке выявляются вегетации диаметром до 4мм. Другие сердечные клапаны не изменены. Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики умеренно снижены.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | a | b | d | a |

**Тема 2** «Врожденные пороки сердца».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. ВПС, этиология и патогенез.
2. Классификация, основные клинические симптомы и принципы лечения ВПС.
3. Открытый артериальный проток, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
4. Дефект межпредсердной перегородки, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
5. Дефект межжелудочковой перегородки, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
6. Тетрада Фалло, определение, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
7. Коарктация аорты, гемодинамика, клиника и диагностика, лечение и прогноз.
8. Сердечная недостаточность, этиология, патогенез и классификация.
9. Острая сердечная недостаточность (синдром малого сердечного выброса), этиопатогенез, клиника и диагностика.
10. Застойная сердечная недостаточность, этиопатогенез, клиника и диагностика.
11. Лечение острой и хронической сердечной недостаточности.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Фетальные коммуникации.
2. Ударный объем крови.
3. Минутный объем крови.
4. Проба Шалкова.
5. Острый ревматический полиартрит.
6. Острый ревматический кардит.
7. Ревматическая хорея.
8. Анулярная эритема.
9. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.
10. Болезнь Кавасаки
11. Инфекционный эндокардит.
12. Гиподиастолия.

**Составить таблицы в рабочих тетрадях:**

1. Средняя частота пульса у детей разного возраста.
2. Границы сердечной тупости при перкуссии.
3. Рабочая классификация неревматических кардитов у детей.
4. Классификация бактериальных эндокардитов.
5. Пересмотренные критерии Джонса по ОРЛ.

**Написать рецепты**

1. Аспирин, таблетки 100 мг.
2. Бициллин-5, порошок для приготовления суспензии для в/м введения 1,2 млн. ЕД, флаконы
3. Азитромицин, таблетки по 500 мг.
4. Преднизолон, таблетки по 5 мг.

**Задания для отработки практических умений:**

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Врожденный порок сердца с цианозом:
2. транспозиция магистральных сосудов
3. коарктация аорты
4. стеноз устьев аорты
5. дефект межпредсердной перегородки
6. Для какого ВПС характерны отдышечно-цианотические приступы:
7. коарктация аорты
8. тетрада Фалло
9. стеноз устьев аорты
10. дефект межпредсердной перегородки
11. Наиболее распространенный ВПС:
12. дефект межжелудочковой перегородки
13. дефект межпредсердной перегородки
14. открытый артериальный проток
15. коарктация аорты
16. Облитерация артериального протока у 95% доношенных детей происходит к:
17. 5-8 минутам жизни
18. 5-8 дням жизни
19. 5-8 неделям жизни
20. 5-8 годам жизни
21. Врожденный порок, для которого характерен шум с punctum maximum во II-III межреберье слева от грудины:
22. дефекте межпредсердной перегородки
23. дефекте межжелудочковой перегородки
24. коарктации аорты
25. открытом артериальном протоке

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 8 месяцев

Поступил в стационар на обследование с жалобами (со слов мамы) на цианоз носогубного треугольника, плохую прибавку в массе тела.

**Анамнез жизни**: ребёнок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту.

**Анамнез заболевания:** с первых дней жизни выслушивался систолический шум, отмечается цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. За последние 6 месяцев отмечалась плохая прибавка в массе. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина – 66 см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Голова округлой формы. Большой родничок 0,5х0,5 см края плотные. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, ЧД - 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС - 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 128 г/л, RBC – 3,96х1012/л, WBC – 8,4х109/л, NEUT – 34%, LYMPH-60% MON – 6%, СОЭ – 4 мм/час.

БАК**:** PRO – 76 г/л, BIL – 18,5 мкмоль/л, Ca – 2,8 ммоль/л, P – 1,75 ммоль/л.

ОАМ**:** светло-желтая, прозрачная, рН – слабокислая, Р – 1014, лейкоциты – 1-3 в п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | c | b |

**Модуль 4** «Болезни органов пищеварения у детей»

**Тема 1** «Заболевания желудка и 12-перстной кишки у детей: язвенная болезнь».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Язвенная болезнь, этиология и патогенез.
2. Классификация язвенной болезни.
3. Основные клинические симптомы и синдромы язвенной болезни у детей.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика язвенной болезни у детей.
5. Лечение язвенной болезни у детей.
6. Профилактика и диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью.

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Классификация язвенной болезни у детей.
2. Эндоскопические стадии язвенной болезни у детей.

**Написать рецепты**

1. Мотилиум, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг.
2. Омепразол, капсулы 20 мг
3. Де-нол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой.
4. Кларитромицин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 500 мг.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Полигенно наследуемое хроническое заболевание с образованием язв в желудке или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений называют:
2. свежая язва
3. острая язва
4. язвенная болезнь
5. вторичная язва
6. Заживление язвы в срок до одного месяца, ремиссия более года согласно классификации язвенной болезни у детей, по тяжести течения оценивается как:
7. легкое
8. средней тяжести
9. тяжелое
10. очень тяжелое
11. Эндоскопическая стадия язвы при язвенной болезни:
12. явная язва
13. фиброзная язва
14. начало эпителизации
15. хроническая язва
16. К средствам, снижающим агрессивные свойства желудочного сока относят:
17. спазмолитики
18. ингибиторы протонной помпы
19. антагонисты дофамина
20. синтетические простагландины
21. К средствам, повышающим защитные свойства слизистой оболочки относят:
22. спазмолитики
23. ингибиторы протонной помпы
24. антагонисты дофамина
25. синтетические простагландины

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 11 лет.

**Жалобы** на интенсивные, ноющие боли в эпигастральной области интенсивные, чаще перед едой или через 1,5-2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам, периодически приступы кашля, редкие боли за грудиной.

**Анамнез заболевания** больна с 10 лет, питается нерегулярно, часто всухомятку. В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, лечилась самостоятельно (ферменты, иногда антацидные препараты). Последнее ухудшение состояния в течение 2 месяцев, на фоне подготовки к концерту (учится в школе искусств) появились резкие боли в животе, отмечалась однократная рвота, нарушение стула.

**Анамнез жизни** ребенок от I срочных родов. Масса при рождении 3800гр. Вскармливание естественное до 3 месяцев, затем адаптированная смесь до 1 года. В весе прибавляла плохо, отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. До 3 лет неоднократно лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. Девочка с 6 лет учится в гимназии, музыкальной школе, художественной студии.

**Генеалогический анамнез** отец девочки страдает хроническим гастритом, ГЭРБ.

**Объективно** общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 30 кг, рост 135 см. Кожные покровы умеренно бледные, периорбитальные тени. Зев спокойный. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, равномерно участвует в дыхании, несколько вздут. Поверхностная пальпация безболезненная, при глубокой пальпации значительная болезненность в эпигастральной области и справа от пупка. Симптомы Мерфи, Керра, Ортнера - отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стула не было в течение 2 суток.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 110 г/л, RBC – 3,0х1012/л, PLT– 250х109 /л, WBC – 9,5х109/л, NEUT – 58%, LYMPH – 39%, MON – 3%, EO – 0%, СОЭ – 10 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU -3,3 мкмоль/л, Fe – 14 мкмоль/л, BIL – 15,4 мкмоль/л,

ФЭГДС: пищевод свободно проходим, стенки эластичные, перистальтика симметричная, активная, слизистая гиперемирована, гладкая, блестящая. Z-линия четкая, кардия расположена типично, сомкнута, проходима, функционирует ритмично. В теле желудка слизистая гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. По задней стенке желудка округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. На дне язвы определяется эрозивные сосуды со сгустком крови, после удаления которого открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12 перстной выраженным отеком и гиперемией. кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой и конвергенции складок. Слизистая луковицы. рН – гиперацидность.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените данные обследования.

3. Поставьте клинический диагноз.

4. Составьте план ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром болевой абдоминальный: боль в животе, диспепсический: отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам; гиперсекреторный: склонность к запорам, боль в животе, густо обложенный язык; синдром мальабсорбции: снижение массы тыла, вздутый живот, плохой аппетит, неустойчивый стул.
2. В ОАК – снижение гемоглобина и эритроцитов, в БАК железо на нижней границе нормы; ФГДС – язва задней стенки желудка, признаки воспаления в желудке и 12 перстной кишки.
3. Впервые выявленная язвенная болезнь желудка, неосложненная, фаза обострения, фаза свежей язвы, с повышенной кислотообразующей функцией Нр позитивная.
4. Госпитализация, стол №1, лечение препаратами 1 линии: ИПП (4 недель) + амоксиклав+кларитромицин 14 дней; спазмолитики, антацидные препараты, контроль ФГДС через 8 недель.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | a | с | b | d |

**Модуль 5** «Болезни почек у детей»

**Тема 1 «**Анатомо-физиологические особенности системы мочевыделения. Пиелонефриты у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
2. Понятие о неосложненной и осложненной инфекции мочевых путей.
3. Этиологические факторы в развитии пиелонефритов.
4. Предрасполагающие факторы (аномалии развития почек и мочевыводящих путей, нарушения метаболизма) в развитии пиелонефритов.
5. Патогенез, классификация, клиника.
6. Зависимость клинических проявлений заболевания от типа пиелонефрита и возраста ребенка.
7. Диагностика, значение УЗИ почек для ранней диагностики. Показания к проведению рентгенологических исследований.
8. Дифференциальный диагноз.
9. Лечение пиелонефрита, длительность антибактериальной терапии.
10. Исходы, осложнения, прогноз, профилактика.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Острый пиелонефрит.
2. Хронический пиелонефрит.
3. Первичный пиелонефрит.
4. Вторичный пиелонефрит.
5. Острый цистит.
6. Инфекция мочевых путей.
7. Проба Зимницкого.
8. Проба Реберга.
9. Вульвовагинит.
10. Обменная нефропатия.
11. Обструктивная нефропатия.
12. Рефлюкс нефропатия.
13. Нейрогенный мочевой пузырь.
14. Инфекция мочевыводящих путей

**Написать рецепты**

1. Канефрон, таблетки.
2. Невиграмон, таблетки.
3. Гентамицин, раствор для инъекций.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и в меньшей мере – интерстициальной ткани паренхимы и канальцев почек, называют:
2. апостоматозный нефрит
3. инфекция мочевыводящих путей
4. интерстициальный нефрит
5. пиелонефрит
6. Характерный рентгенологический признак везикоуретерального рефлюкса III степени при проведении цистографии:
7. контраст заполняет внешние неизмененные мочеточник, лоханку и чашечки.
8. заброс контраста с умеренным расширением или поворотом мочеточника, умеренным расширением лоханки; рисунок чашечек сглаженный.
9. выраженное расширение или поворот мочеточника, лоханок, чашечек, исчезновение острых углов при сохранении папиллярного рисунка большинства чашечек.
10. очень значительное расширение и поворот мочеточника, лоханок, чашечек; утрата сосочкового рисунка чашечек.
11. Хроническим пиелонефрит диагностируют если клинические и (или) лабораторные признаки наблюдаются больше
12. 6 месяцев
13. 9 месяцев
14. 12 месяцев
15. 18 месяцев
16. Если период предшествующей ремиссии составил менее 3 недель профилактическую терапию проводят в течение:
17. 1 месяц
18. 3 месяцев
19. 12 месяцев
20. не проводят
21. Проба для количественной оценки элементов мочевого осадка:
22. проба Зимницкого
23. проба Нечепаренко
24. проба Реберга
25. проба Вельтмана

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка, 4 месяца

**Жалобы** (со слов мамы) на высокую температуру, рвоту, редкое мочеиспускание.

**Анамнез заболевания**: заболела 9 дней назад, отмечались катаральные явления, температура до 37,60С, получила симптоматическое лечение, с положительным эффектом, на 9 сутки состояние резко ухудшилось, вновь повысилась температура, появилась рвота, стала редко мочиться. Сделана рентгенограмма грудной клетки, исключена пневмония, направлен в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, с угрозой прерывания в первом триместре, острого бронхита в третьем триместре, без антибактериальной терапии. Роды в срок, физиологичные, девочка родилась с массой - 3600 г, длиной - 52 см.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, температура 39,60. Масса тела - 5700 г, рост - 62 см. Кожные покровы бледные-розовые, горячие на ощупь. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 60 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС - 180 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации болезненный во всех отделах. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, моча мутная. Стул 3-4 раза в сутки, кашицеобразный, желто-зеленого цвета.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 130 г/л, RBC – 4,3 х 1012/л, WBC – 28х109/л, NEUT – 64%, LYMPH – 20%, MON – 7%, EO – 1%, СОЭ – 25 мм/час.

БАК**:** PRO – 60 г/л, альбумины – 52%, СРБ – 9мг/л, ДФА – 0,32ЕД, CHOL – 4,2ммоль/л, UREA – 5,7 ммоль/л, CREAT – 73 мкмоль/л

Проба Ридберга – СКФ – 56 мл/мин, КР – 98 %.

ОАМ: количество - 150 мл, мутная, белок - 0,066%, лейкоциты 25-30 в п/з, соли-оксалаты сплошь, бактерии в большом количестве.

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – E. Coli 100000 МЕ, чувствительная к амоксициллину, оксациллину, цефтриаксону.

УЗИ почек и мочевого пузыря: положение обычное, контуры четкие ровные, размеры: D - 50 х 23мм, L - 48 х 27мм. Повышена эхогенность паренхимы обеих почек. Лоцируются гипоэхогенные пирамидки. ЧЛС до и после микции не расширена. Мочеточники не расширены. Мочевой пузырь обычной формы, с четким ровным контуром. Наполнен слабо до 24 мл, содержимое однородное. Стенка не утолщена. После микции объем остаточной мочи - 2 мл (9%).

**Вопросы**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; дизурический: редкие мочеиспускания; интоксикационный: гипертермия, бледность; болевой: боли при пальпации живота.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки воспаления; в посеве мочи E. Coli; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, стол 7, обильное питье (морс клюква, брусника, почечный сбор), антибиотикотерапия по результатам посева мочи (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней);
4. Диспансеризация только для детей с хроническим пиелонефритом

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | b | c | c | b |

**Тема 2** «Гломерулонефрит у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Острый гломерулонефрит (ОГН), этиология и патогенез.
2. ОГН, классификация и основные клинические симптомы.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика ОГН.
4. Лечение, профилактика ОГН у детей.
5. Диспансерное наблюдение детей с ОГН.
6. Хронический гломерулонефрит, этиология и патогенез.
7. Классификация ХГН.
8. Основные клинические симптомы и синдромы ХГН у детей.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика ХГН у детей.
10. Лечение, профилактика и диспансерное наблюдение детей с ХГН.
11. Нефротический синдром, определение, основные клинические формы, особенности диагностики и лечения.

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях:**

1. Олигурия.
2. Протеинурия.
3. Макро- и микрогематурия.
4. Цилиндрурия.
5. Эклампсия.
6. Проба Зимницкого.
7. Проба Аддиса-Каковского.
8. Проба Нечипоренко.
9. Проба Реберга.
10. Нефротический синдром.

**Составить таблицу в рабочих тетрадях**

Классификация первичных гломерулонефритов у детей.

**Написать рецепты**

1. Курантил, таблетки, покрытые пленочной оболочкой по 75 мг.
2. Гипотиазид, табл. 100 мг.
3. Преднизолон, табл. 5 мг.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Гломерулонефриты это
2. двухстороннее диффузное воспаление почек с преимущественным поражением клубочков.
3. циклическое иммунокомплексное заболевание почек с относительно быстрым течением, проявляющееся в типичных случаях триадой симптомов гематурией, отеками и гипертензией.
4. группа первичных гломерулопатий, характеризующихся персистирующими прогрессирующими иммуно-воспалительными, склеротическими и деструктивными поражениями нефронов с по следующим тубулоинтерстициальным склерозом и частым развитием ХПН.
5. двухстороннее аутоиммунное поражение клубочков почек со стойкой почечной недостаточностью, быстро развивающейся и стойко держащийся при обычной терапии с развитием терминальной уремии в сроки от нескольких недель до месяцев.
6. Возрастная группа детей наиболее подверженная острому гломерулонефриту:
7. 1-5 лет
8. 5-7 лет
9. 7-12 лет
10. 12-17 лет
11. К ренальным симптомам острого гломерулонефрита относится:
12. азотемия
13. интоксикация
14. отечный синдром
15. гипертензионный синдром
16. Диагноз быстропрогрессирующего гломерулонефрита ставят на основании данных:
17. клиники, специфических АТ к базальной мембране клубочков, результата биопсии.
18. глазное дно, артериального давления, УЗИ почек, анализов мочи, и крови: антистрептококковые АТ, креатинин, мочевина, общий белок.
19. УЗИ почек, анализов мочи, и крови: общий анализ, креатинин, мочевина, общий белок.
20. Морфологические формы хронического гломерулонефрита включает:
21. Типичный
22. Гематурический
23. Смешанный
24. Фибропластический

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 14 лет

**Жалобы** на головную боль, отеки на лице.

**Анамнез заболевания**: Болен неделю. 2 недели назад перенес обострение хронического тонзиллита, лечился амбулаторно – орошение зева раствором мирамистина. Затем родители заметили отеки век по утрам, появились головные боли. Обратились к врачу, и ребенок был направлен в стационар.

**Анамнез жизни**: Рос и развивался соответственно возрасту. С 6 лет страдает хроническим тонзиллитом, обострение 2 раза в год.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Масса тела 58 кг, длина - 164 см. Телосложения правильного. Кожа чистая, бледная, веки отечные. Пастозность голеней. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Зев спокойный. Миндалины увеличены, разрыхлены, с глубокими лакунами. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД - 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; правая - по правому краю грудины; верхняя - III межреберье. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД - 152/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 100 г/л, RBC – 3,3х1012/л, WBC – 6,7х109/л, NEUT – 67%, э – 4%, LYMPH – 25%, MON – 4%, СОЭ – 18 мм/час.

БАК**:** PRO – 68 г/л, альбумины – 40%, GLU – 3,7 ммоль/л, UREA – 5,8 ммоль/л, CREAT – 77 ммоль/л, CHOL – 5,2 ммоль/л, СРБ ++, АСЛ-О – 250 МЕ/мл (N <10 лет – не более 150 МЕ/мл).

Проба Реберга**:** клубочковая фильтрация – 80 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 99%,

ОАМ**:** количество 100 мл, pH - кислая, полупрозрачность, белок – 0,536%0, эритроциты – выщелоченные в большом количестве, лейкоциты - 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые – единичные.

Копрограмма**:** мышечные волокна с исчерченностью – 0-1, жир нейтральный – незначительное количество, эпителий цилиндр. – 1-2.

Окулист**:** глазное дно среда прозрачная, вены расширены, артерии сужены.

Анализ мочи по Зимницкому**:** кол-во – 1200

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № порции | Относительная плотность | Количество мочи в литрах | Дневной диурез – 820 млНочной диурез – 380 млОбщий диурез – 1200 мл |
| 1 | 1010 | 120,0 |
| 2 | 1012 | 150,0 |
| 3 | 1013 | 190,0 |
| 4 | 1009 | 180,0 |
| 5 | 1008 | 180,0 |
| 6 | 1008 | 100,0 |
| 7 | 1010 | 80,0 |
| 8 | 1012 | 100,0 |

**Вопросы**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; отечный: пастозность голеней; гипертензионный: головная боль, повышение АД.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки поражения гломерулярного аппарата почки; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, диета с ограничением потребления соли, вода по предыдущему диурезу, ограничение белка, при снижении функции почек ниже 60 мл/мин постельный режим (АГ, отеки), антибиотикотерапия (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней), ингибиторы АПФ для снижения АД.
4. Диспансеризация в течение 1 года, при наличие хронического тонзиллита – бициллин 5 - 1 раз в 4 недели, анализ мочи через месяц, затем 1 раз в квартал.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | c | a | a | d |

**Модуль 6** «Поликлиническая педиатрия»

**Тема 1** «Организация амбулаторно-поликлинической помощи здоровым детям».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Организация педиатрической службы России
2. Определение групп здоровья детей
3. Профилактическая работа участкового врача
4. Определение групп риска новорожденных
5. Диспансеризация здоровых детей
6. Профилактика дефицитных состояний
7. Определение школьной зрелости
8. Основная документация детской поликлиники

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. Диспансеризация
2. Перинатальные факторы риска
3. Патронаж
4. Группа риска новорожденных
5. 1 группа здоровья
6. 2 группа здоровья
7. 3 группа здоровья
8. 4 группа здоровья
9. 5 группа здоровья
10. профилактика
11. неспецифическая профилактика
12. форма 112/у
13. форма 126/у
14. тест Керна-Йерасика

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Оценка состояния здоровья ребенка
3. Составление плана наблюдения здорового ребенка
4. Составление рекомендаций для здорового ребенка

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Основной принцип оказания педиатрической помощи:
2. традиционность работы
3. динамичность оказание помощи
4. этапность оказания помощи
5. научно-исследовательская направленность
6. Первый дородовый патронаж проводят:
7. при постановке на учет в женской консультации
8. на 20 неделе беременности
9. на 32 неделе беременности
10. на 38 неделе беременности
11. Группы риска новорожденных включают:
12. простудных заболеваний
13. социальный риск
14. хронической патологии
15. неспецифический риск
16. Диспансеризация на третьем году жизни проводится 1 раз в:
17. месяц
18. 3 месяца
19. 6 месяцев
20. год
21. Основной медицинский документ ребенка на педиатрическом участке:
22. форме № 063/у
23. форма №030/у
24. форме № 026/у
25. форме № 112/у

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 7 дней.

**Анамнез жизни**: ребенок от 2 беременности (1-ая – мед аборт), на фоне гестоза (симптоматическое лечение), угрозы прерывания в 32 недели, без вредных привычек. Роды на 37 неделе, стремительные, оценка по Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-е сутки (патология со стороны ЦНС), неонатальная желтуха с 3х суток.

**Вопросы:**

1. Используя таблицу риска по развитию патологии, оцените анамнез и поставьте группу риска.

**Образец решения**

1. Группа риска по патологии ЦНС, врожденным порокам развития (угроза прерывания, роды на 37 неделе, оценка по Апгар 7/8 баллов.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| с | a | b | а |  d |

**Тема 2** «Организация амбулаторно-поликлинической помощи больным детям. Специфическая профилактика инфекционных заболеваний».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Специфическая профилактика
2. Вакцинация
3. Национальный календарь прививок
4. Состав вакцин
5. Противопоказания
6. Группы риска при активной иммунизации
7. Формирование иммунитета: первичный и вторичный иммунный ответ
8. Поствакцинальные реакции и осложнения
9. Противопоказания к вакцинации
10. Вакцинация особых групп
11. Временные противопоказания
12. Лечебно-диагностическая помощь детям
13. Диспансеризация детей, страдающих хроническими заболеваниями

**Составьте глоссарий в рабочих тетрадях**

1. вакцинация
2. форма 063/у
3. сертификат профилактических прививок ф156/у-93
4. живые вакцины
5. убитые вакцины
6. химические вакцины
7. анатоксин
8. первичный иммунный ответ
9. вторичный иммунный ответ
10. поствакцинальная реакция
11. местная прививочная реакция
12. общая прививочная реакция
13. поствакцинальные осложнения
14. первичный вызов
15. повторный вызов
16. активный вызов
17. форма 30/у

**Составить таблицы в рабочих тетрадях**

1. Противопоказаний к прививкам
2. Принципы диспансеризации больных

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Оценка состояния больного ребенка
3. Составление плана наблюдения больного ребенка
4. Составление рекомендаций для больного ребенка

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Вариант вызова врача к больному на дом:
2. первичный
3. вторичный
4. третичный
5. пассивный
6. Больничный лист по уходу за ребенком выдается:
7. маме
8. папе
9. опекуну
10. любому члену семьи, ухаживающему за ребенком
11. В первые сутки здоровым новорожденному проводят вакцинацию против:
12. гепатита В
13. туберкулеза
14. дифтерии
15. столбняка
16. Диспансеризация детей с ревматизмом после 1 атаки проводят:
17. еженедельно в первый месяц
18. ежемесячно в первый квартал
19. один раз в квартал
20. один раз в полгода
21. Основной медицинский документ больного ребенка на диспансерном учете:
22. форме № 063/у
23. форма №030/у
24. форме № 026/у
25. форме № 112/у

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок 10 лет находился на лечении в кардиоревматологическом отделении детской больницы. Диагноз при выписке: Ревматизм, активная фаза, первичный эндомиокардит, полиартрит. Ребенок выписан в состоянии клинико-лабораторной ремиссии.

**Вопросы:**

1. Группа здоровья
2. Составьте план диспансерного наблюдения на ближайший год.

**Образец решения**

1. Группа здоровья III
2. Кардиолог ежеквартально, бициллинопрофилактика 600 000 МЕ ежемесячно, ЭХОКС ч/з 6 месяцев.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | d | a | b | d |

**Модуль N7**«Болезни органов дыхания у детей»**.**

**Тема 1** «Анатомо-физиологические особенности органов дыхания. Диагностика и лечение острых бронхитов у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Бронхиты, определение понятия, классификация.
2. Острый простой бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Острый обструктивный бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Острый бронхиолит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
5. Рецидивирующий бронхит, этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
6. Рецидивирующий обструктивный бронхит, дифференциальная диагностика.
7. Хронический бронхит, классификация, критерии диагностики, лечение.
8. Хронический облитерирующий бронхиолит, клинические проявления, лечение.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Число дыхательных движений в минуту у новорожденного ребенка
	1. 18 – 20
	2. 20 - 25
	3. 30 – 35
	4. 40 – 60
2. Анатомо-физиологическими особенностями носа у детей раннего возраста являются:
	1. узкие и короткие носовые ходы;
	2. небогатая васкуляризация подслизистой;
	3. широкие носовые ходы;
	4. наличие кавернозного сплетения.
3. При трахеобронхите кашель сопровождается болями
	1. за грудиной
	2. в горле
	3. в боку
	4. в животе
4. При аускультации над легкими ослабление дыхания наблюдается при:
	1. значительном бронхоспазме, синдроме обструкции, вызванном отеком и скоплением слизи в просвете легких и экссудативном плеврите;
	2. поражении средних бронхов;
	3. поражении мелких бронхов;
	4. уплотнении легочной ткани;
5. В хронизации воспалительного процесса в бронхах играют роль:
	1. нарушение мукоцилиарного клиренса
	2. нарушение мукоцилиарного клиренса и снижение местного иммунитета
	3. снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран
	4. нарушение мукоцилиарного клиренса, снижение местного иммунитета и дестабилизация клеточных мембран

**Типовые практические задания для проверки умений: проблемно-ситуационная задача**

Девочка, 5 месяцев

**Жалобы** на кашель, одышку.

**Анамнез жизни:** ребёнок от нормально протекавшей беременности, срочных родов, массой при рождении 3500 г., 50 см. длиной, на 7/9 баллов по Апгар. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем искусственное, с этого времени прибавляла в массе больше нормы. Социальный анамнез: семья полная, микроклимат доброжелательный. Материальные условия: удовлетворительные. Бытовые условия: удовлетворительные. Старший ребенок в семье 2 года посещает ДДУ, часто болеет респираторными заболеваниями (ларингитами). У мамы лекарственная и пищевая аллергия.

**Анамнез заболевания:** в 3-х месяца ребенок перенес ОРИ, получал симптоматическое лечение. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. Направлена на лечение в стационар.

**Объективно:** состояние тяжелое. Т 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧДД 64 в мин. Кожа обычной окраски, умеренной влажности, чистая. Дермографизм розовый. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев розовый, десны набухшие, болезненные при надавливании. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха. Границы сердца правая на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Язык розовый. Живот несколько вздут при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза кашицеобразный, желтый без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Масса 7150 кг, рост 63 см.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 118г/л, RBC – 4,3х1012/л, MCV – 80fl, MCH – 27pg, MCHC – 31g/l, RDV – 11,5%, PLT – 247х109/л, MPV – 8,3fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 5,4х109/л, NEUT – 31%, EO – 3%, MON – %, LYMPH – 58%, СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: цвет- желтый, прозрачная, рН-5,5, OП – 1005, белок – отрицательный, уробилин – отрицательный, ацетон – отрицательный, глюкоза – отрицательный, лейкоциты – 0-1-2 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь +

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое состояние диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Оцените данные обследования
4. Определите тактику ведения и лечения пациента.

**Образец решения**

1. Гипертермический: температура; бронхообструктивный: втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха; дыхательной недостаточности: синдром дыхательной недостаточности: периоральный цианоз, ЧД 64, ЧСС – 160 в минуту.
2. Бронхиолит, ДН 1-2 степени, Риск развития БА.
3. ОАК – лейкопения, ОАМ – без патологии.
4. Госпитализация, определение сатурации, респираторная поддержка (кислородотерапия), ПЦР на РС-вирус, антигипертермическая терапия (парацетамол, ибупрофен).

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| d | a | b | b | a |

**Тема 2 «**Диагностика острой пневмонии у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Пневмония, понятие определения.
2. Этиология и классификация острой пневмонии у детей.
3. Патогенез и диагностика острой пневмонии у детей.
4. Клинико-лабораторная характеристика дыхательной недостаточности при острой пневмонии.
5. Клиническая картина, лечение острой пневмонии у детей.
6. Клинические особенности пневмонии разной этиологии и рекомендуемая стартовая терапия.
7. Реабилитация и профилактика при острой пневмонии у детей.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. ЧДД в норме у ребенка 5 лет составляет:

1. 35 в минуту
2. 45 в минуту
3. 25 в минуту
4. 18-20 в минуту

2. Назовите наиболее частого возбудителя внебольничной пневмонии:

1. Mycoplasma pneumoniae
2. Streptococcus pneumonia
3. Chlamydia trachomatis
4. Herpes simplex.

3. Пневмонию, не разрешившуюся в сроки от 1,5 до 6 месяцев, классифицируют как:

1. Острая
2. Хроническая
3. Подострая
4. Затяжная

4. Для клинической картины дыхательной недостаточности 1 ст. характерно:

1. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
2. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
3. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
4. Одышка не характерна.

 5. Что является «золотым стандартом» диагностики пневмонии?

1. Фибробронхоскопия
2. Компьютерная томография
3. Рентгенография
4. Спирометрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Девочка, 9 лет.**

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Объясните патогенез возникновения ведущего клинического синдрома.
2. Поставьте предварительный диагноз согласно классификации.
3. Критерии пневмонии.
4. Составьте план обследования.

**Образец решения**

1. Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный. Далее, при пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол, распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление лёгочной ткани — пневмонию. За счёт нарушения бронхиальной проходимости возникают очаги ателектаза. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность, дыхательная недостаточность, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Диагноз ВП может быть достоверным или вероятным. Достоверный диагноз ВП — выявление на рентгенограмме грудной клетки инфильтрации легочной ткани и наличие не менее 2 из нижеследующих критериев: 1) лихорадка выше 38 °С в течение 3 и более суток; 2) кашель с мокротой; 3) физикальные симптомы пневмонии; 4) лейкоцитоз >15×109 /л и/или число палочкоядерных нейтрофилов 10%. Вероятный диагноз ВП — наличие лихорадки, кашля и локальных физикальных симптомов пневмонии, но не проведена рентгенография грудной клетки.
4. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический, рентгенограмму грудной клетки, общий анализ мочи; по показаниям: исследование физических свойств мокроты, бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, ЭКГ, пульсоксиметрия, томография легких.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | b | d | b | c |

**Тема 3** «Лечение острых пневмоний».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Современные методы лечения острых пневмоний у детей.
2. Этиологическое лечение пневмоний
3. Патогенетическое лечение пневмоний
4. Симптоматическое лечение пневмоний.
5. Профилактика и реабилитация детей с пневмонией.

**Задания для отработки практических умений**

1. Составление плана ведения пациента с пневмонией
2. Составление плана лечения пациентов с пневмонией
3. Составление алгоритма оказание неотложной помощи при пневмонии
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какие антибиотики противопоказаны для детей?

1. Цефалоспорины
2. Аминогликозиды
3. В-лактамы
4. Фторхинолоны

2. Какие препараты устойчивы к пневмококку?

1. Макролиды
2. Аминогликозиды
3. Цефалоспорины
4. Пенициллины

3. Пневмонию, не разрешившуюся в сроки от 1,5 до 6 месяцев, классифицируют как:

1. Острая
2. Хроническая
3. Подострая
4. Затяжная

4. Для клинической картины дыхательной недостаточности 1 ст. характерно:

1. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры с втяжением уступчивых мест грудной клетки
2. Одышка варьирует без участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания
3. Одышка выраженная, апериодическое дыхание, периодически брадипноэ, десинхронизация дыхания, парадоксальное дыхание.
4. Одышка не характерна.

5. Что является «золотым стандартом» диагностики пневмонии?

1. Фибробронхоскопия
2. Компьютерная томография
3. Рентгенография
4. Спирометрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Девочка, 9 лет.**

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 132 г/л, RBC – 4,2х1012/л, WBC – 17,8х109/л, NEUT – 87%, EO – 3%, LYMPH – 8%, MONO – 2%, СОЭ – 34 мм/час.

БАК – PRO – 60 г/л, BIL – 10,4 мкмоль/л.

ОАМ: кол-во 40 мл, реакция кислая, прозрачность - полная, удельный вес – 1018 белок – отрицательный, сахар – отрицательный, лейкоциты – 1-2 в п/зр., плоский эпителий – 3-4 в п/зр.

Копрограмма: оформленный, коричневый, слизи нет, мышечные волокна – 0-1, йодофильные бактерии – 0-1, простейшие – не обнаружены, я/глист – не обнаружены

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается затемнение в нижней доле левого легкого. Усиление легочного рисунка с обеих сторон

**Вопросы:**

1. Оцените лабораторные и инструментальные исследования.
2. Поставьте диагноз согласно классификации.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Прогноз заболевания.

**Образец решения:**

1. ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК – без особенностей. ОАМ - норма. Копрограмма – без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки – левосторонняя пневмония.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Режим больного c ВП — постельный с расширением после нормализации температуры тела. При быстром эффекте лечения перевод на общий режим допустим уже на 6–10 день болезни. Антибиотикотерапия: аминопенициллины, 45-90 мг/кг, 2-3 раза в сутки; длительность АБТ определяют тяжесть и течение заболевания, а также наличие фоновых заболеваний, при ВП, вызванной типичными бактериями длительность терапии обычно составляет 7–10 дней; Применение противовирусных препаратов показано при ВП вирусной этиологии (прежде всего гриппозной), а также на фоне ОРИ; симптоматическая терапия – инфузионная терапия показана пациентам с интоксикацией в объеме не более 40 мл/кг/сут под контролем диуреза, электролитов сыворотки крови, гематокрита, НПВС, муколитики, β-агонисты, антигистаминные препараты показаны только у детей с обострением атопических заболеваний на фоне ВП, назначение пробиотиков рекомендуется у пациентов с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта,
4. План диспансерного наблюдения включает наблюдение в течение 6 месяцев в медицинских организациях I уровня врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) по месту жительства, по показаниям — пульмонологом. Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год. Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3–4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенний период (2–3 недели). Немедикаментозная терапия: а) Физиотерапия (диатермия на область надпочечников, УФО общее и зональное). б) Массаж (грудной клетки, носа, общий массаж, массаж БАТ). в) ЛФК, дыхательная гимнастика (надувание воздушных шаров, выдувание мыльных пузырей, игра на трубе, флейте и др.). Группа закаливания II-III. Закаливающие процедуры разрешают через 1–2 месяца после заболевания. Группа для занятий физкультурой – подготовительная первые 6 месяцев после выписки, далее – основная. Большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель при нетяжелой и 12 недель после осложненной пневмонии. Вакцинация - профилактические прививки разрешаются через 1–2 месяца после выздоровления в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания. Плановая вакцинация проводится после выздоровления. Возобновление закаливания возможно через 2–3 недели после нормализации температуры, занятия спортом допустимы через 6–12 недели после выздоровления (в зависимости от тяжести пневмонии). Специфическая профилактика ВП включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, гриппа, а также против коклюша, кори и РС-инфекции.
5. Благоприятный.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | b | d | b | c |

**Тема 4 «**Диагностика бронхиальной астмы у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Бронхиальная астма, определение понятия.
2. Этиология, внутренние и внешние факторы, предрасполагающие к развитию БА.
3. Факторы, провоцирующие обострение БА или способствующие сохранению симптомов - триггеры.
4. Патогенез бронхиальной астмы у детей.
5. Классификация бронхиальной астмы по тяжести/персистенции, по периодам болезни, по уровню контроля.
6. Оценка тяжести обострения бронхиальной астмы у детей.
7. Диагностика астмы у детей.
8. Дифференциальная диагностика и лечение бронхиальной астмы
9. Особенности клиники бронхиальной астмы в возрастном аспекте.
10. Базисная терапия БА у детей.
11. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии БА у детей.
12. Профилактика и прогноз бронхиальной астмы.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Бронхиальная астма – это заболевание, развивающееся на основе:
	1. хронического аллергического воспаления бронхов
	2. хронического бактериального воспаления бронхов
	3. хронического вирусного воспаления бронхов
	4. гипореактивности бронхов
2. Наиболее частой причиной возникновения бронхиальной астмы у детей от 1 года до 3-х лет является аллергия:
	1. пищевая
	2. бытовая, эпидермальная, грибковая
	3. пыльцевая
	4. лекарственная
3. Возможна следующая этиопатогенетическая форма бронхиальной астмы:
	1. аспириновая
	2. гемолитическая
	3. химическая
	4. бытовая
4. Обструкция воздухоносных путей при бронхиальной астме обусловлена
	1. спазмом гладкой мускулатуры бронхов.
	2. спазмом гладкой мускулатуры бронхов, отеком гладкой мускулатуры бронхов, дискринией, гиперкинией.
	3. отеком слизистой бронхов и дискринией.
	4. механической обструкцией бронхов в результате скопления слизи.
5. Что не нужно включать в план обследования ребенка с бронхиальной астмой?
	1. определение серомукоида, титров АСГ, АСЛО
	2. кожно-аллергические пробы
	3. спирометрия
	4. пневмотахиметрия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок, 12 лет

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребёнок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика средней тяжести, речь, физическая активность сохранена. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, вздута, ригидная. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧД - 30 в минуту. SaO2 - 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выделите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания.
3. Назовите факторы, вызывающие обострение заболевания (триггеры).
4. Поставьте диагноз согласно классификации.
5. Какие изменения лежат в основе проявления болезни.

**Образец решения:**

1. кашель, приступы одышки.

2. отягощенный аллергоанамнез по БА, искусственной вскармливание с 2 мес., «атопический марш» с 3 месяцев.

3. употребления яиц, молока, контакт с домашней пылью, библиотечной пылью, шерстью собаки и кошки.

4. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ легкой степени.

5. отек слизистой, гиперсекреция слизи, бронхоспазм.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | b | a |

**Тема 5** «Лечение бронхиальной астме у детей».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Фармакотерапия острого периода бронхиальной астмы.
2. Лечение сопутствующих заболеваний при бронхиальной астме.
3. Аллергенспецифическая иммунотерапия при бронхиальной астме.
4. Реабилитация и обучение пациентов при бронхиальной астме.
5. Лечение острого приступа бронхиальной астмы у детей.
6. Лечение среднетяжелого и тяжелого приступа при бронхиальной астме у детей.
7. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей
8. Препараты базисной терапии бронхиальной астмы.
9. Ступенчатый подход к базисной противовоспалительной терапии бронхиальной астмы у детей.
10. Выбор устройства для ингаляции у детей.
11. Профилактика бронхиальной астмы у детей. Первичная, вторичная, третичная.

**Задания для отработки практических умений**

1. Составление плана ведения пациента с бронхиальной астмой
2. Составление плана лечения пациентов с обострением бронхиальной астмой
3. Составление алгоритма оказание неотложной помощи при приступе
4. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Для респираторного аллергоза характерны:
	1. упорный, навязчивый, преимущественно ночной кашель
	2. высокая температура
	3. температура нормальная или субфебрильная
	4. стойкость физикальных явлений в легких
	5. варьирующие изо дня в день физикальные данные
2. При обструктивном синдроме применяются:
	1. бронхоспазмолитики
	2. глюкокортикоиды
	3. муколитики
	4. десенсибилизирующие средства
	5. отхаркивающие средства
3. Клинические признаки острого обструкции:
	1. экспираторная одышка
	2. бронхиальное дыхание
	3. коробочный перкуторный звук
	4. сухие хрипы на выдохе
	5. выраженная ДН
4. Назовите адреномиметик длительного действия
	1. сальбутамол
	2. фенотерол
	3. формотерол
	4. беротек
5. Какие препараты следует использовать в лечении тяжелого приступа бронхиальной астмы:
	1. седативные средства
	2. антигистаминные препараты 1 поколения
	3. муколитики
	4. В2-агонисты короткого действия

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Ребенок, 12 лет

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребёнок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика тяжелое, свистящее дыхание слышно на расстояние, экспираторная одышка 36 в минуту, речь отдельными фразами, ребенок в вынужденном положение с наклоненном туловищем. SaO2- 93%. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка вздута, ригидная. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие, свистящие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Каков алгоритм оказания неотложных мероприятий при данном состоянии
3. Перечень исследования для подтверждения диагноза
4. Какова базисная терапия после ликвидации угрожаемого жизни состояния
5. Какова терапия приступа БА

**Образец решения:**

1. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ средней степени тяжести.

2. при приступе средней степени: ингаляция аэрозоля сальбутамола или раствор беродуала через небулайзер, будесонида 1 мг, кислородотерапия.

3. ОАК, БАК: общий JgE; рентгенограмма грудной клетки, ФВД.

4. гипоаллергенный быт, гипоаллергенная диета, базисная терапия 3 ступени: топические ИГКС, курсом 3 месяца, ведение дневника ПСВ.

5. терапия приступа зависит от степени тяжести приступа и включает применение β2-агонистов, топических ИГКС, оксигенотерапию.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | a | a | c | d |

**Тема 6** Сим. курс. Неотложная помощь при аллергических заболеваниях.

**Форма текущего контроля успеваемости:** оценка практического навыка оказания неотложной помощи согласно чек-листа

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Критерии оценки | **Кол-во баллов** |
|  | Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, выполнил жест безопасности) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Оценил сознание | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Надел перчатки | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Обеспечил наличие укладки, позвал помощника | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | А. Правильно оценил проходимость дыхательных путей | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | В. Правильно и полно оценил функции легких (произвел пульсоксиметрию, аускультацию и перкуссию легких, измерил ЧДД, оценил амплитуду экскурсий грудной клетки) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Обеспечил кислородотерапию по показаниям или не обеспечил кислородотерапию при отсутствии показаний, правильно использовал небулайзер. | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | С. Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценил периферический пульс, измерил АД, провел аускультацию сердца, снял ЭКГ, произвел забор крови, оценил симптом белого пятна и цвет кожных покровов, пропальпировал нижнюю границу печени, осмотрел вены шеи) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Верно наложил электроды | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Правильно интерпретировал данные ЭКГ | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | D. Правильно и полно оценил неврологический статус (оценил реакцию зрачков, произвел глюкометрию и правильно интерпретировал ее результат, оценил тонус мышц) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Вызвал специалиста (СМП), назвав: | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Координаты места происшествия | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Количество пострадавших | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Пол | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Примерный возраст | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Состояние пострадавшего | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Предположительная причина состояния (диагноз) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Объём оказанной помощи | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Применил эпинефрин | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Использовал верные дозировки эпинефрина | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Использовал оптимальный способ введения эпинефрина | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Применил инфузионную терапию | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Использовал верный объем и скорость введения инфузии | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Использовал дополнительные препараты | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал последовательность АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Предпринял попытку повторного АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Комментировал свои действия вслух | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |

**Вопросы для подготовки к защите выполнению задания по чек-листу «Алгоритм выполнения навыка для оказания помощи при анафилактическом шоке».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Фраза**/действие****студента** | Текст от преподавателя |
|  | Оценить ситуацию, осмотревшись с поворотами головы |  | Опасности нет |
|  | Оценить наличие сознания:  |  |  |
| * зафиксировав голову ребенка, сжать ладонь его руки (или стимулировать реакцию, растирая фалангами своих пальцев грудину ребенка)
 | Оцениваю сознание**Выполнить действие** | Периодическое моргание,есть экскурсия груднойклетки |
| * громко обратиться
 | Вам нужна помощь? | Отвечает стоном  |
|  | Позвать на помощь | Помогите человеку плохо! |  |
|  | Надеть перчатки | **Выполнить действие** |  |
|  | Обеспечить наличие укладки экстренной медицинской помощи | Укладка для оказания помощи готова |  |
|  | **Этап оценки проходимости дыхательных путей и функции легких (А, В)** |  |
|  | Провести осмотр ротовой полости | Осматриваю ротовую полость **Выполнить действие** | Губы и язык отечные |
|  | Обеспечить проведение пульсоксиметрии | Провожу пульсоксиметрию**Выполнить действие** | **Сатурация 88%,****пульс 140 уд/мин** |
|  | Обеспечить кислородотерапию: | Начинаю кислородотерапию**Выполнить действие** |  |
| использовать дыхательную маску детского размера с резервуаром | Надел дыхательную маску**Выполнить действие** |  |
| подключить к источнику кислорода | Подключил к источнику кислорода**Выполнить действие** |  |
| выбрать верный поток (минимальный/средний/максимальный) | Выбрал средний поток**Выполнить действие** |  |
|  | Провести осмотр грудной клетки | Провожу осмотр грудной клетки**Выполнить действие** | Вовлеченыдополнительныедыхательные мышцы,поверхностное частоедыхание |
|  | Оценить амплитуду экскурсий грудной клетки | Оцениваю экскурсию грудной клетки**Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную перкуссию грудной клетки (ладонь/палец) | Провожу сравнительную перкуссию **Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную аускультацию легких фонендоскопом | Провожу аускультацию грудной клетки **Выполнить действие** | Жесткое дыхание, сухиесвистящие хрипы над всейповерхностью легких,стридор |
|  | Оценить частоту дыхательных движений (ЧДД) в течение не менее 10 секунд | Оцениваю ЧДД **Выполнить действие** | 6 движений за 10 секунд |
|  | Использовать небулайзер: | Начинаю небулайзерную терапию - Ипратропия бромид + фенотерол 0,5 мгингаляционно через небулайзер.**Выполнить действие** |  |
| * убедиться в его исправности (включение)
 |
| * обеспечить вертикальное положение испарительной камеры
 |
| * заполнить испарительную камеру (сперва лекарственным средством, затем средством для разведения)
 |
| * установить отсекатель
 |
| * подсоединить лицевую маску
 |
|  | **Этап оценки деятельности сердечно - сосудистой системы (С)** |
|  | Оценить состояние кожных покровов, пропальпировав руки и лодыжки  | Оцениваю кожные покровы**Выполнить действие** | Кожа гиперемирована,теплая на ощупь,уртикарная сыпь напередней поверхностигрудной клетки |
|  | Оценить наполнение вен шеи | Оцениваю вены шеи**Выполнить действие** | Вены шеи запавшие |
|  | Провести пальпацию пульса на лучевой и сонной артериях одновременно с одной стороны тела в течение не менее 10 секунд | Оцениваю пульсна лучевой и сонной артериях**Выполнить действие** | Пульс симметричный с2-х сторон |
|  | Оценить капиллярное наполнение, сжав подушечку пальца руки | Оцениваю капеллярный пульс**Выполнить действие** | Симптом белого пятнаисчезает через 4 секунды |
|  | Измерить АД с использованием манжеты и фонендоскопа | Измеряю АД**Выполнить действие** | САД: 65ДАД: 25 |
|  | Провести пальпацию нижней границы печени | Пальпирую нижнюю границу печени**Выполнить действие** | Печень пальпируется унижнего края ребернойдуги |
|  | Подключить электрокардиограф / монитор: | Подключаю монитор |  |
| * правильно наложить электроды
 | **Выполнить действие** |  |
| * интерпретировать данные ЭКГ
 | Синусовая тахикардия |  |
|  | **Этап оценки неврологического статуса (D)** |
|  | Оценить фотореакцию зрачков с использованием ладони или фонарика | Оцениваю фотореакцию**Выполнить действие** | Зрачки одинаковые,фотореакция сохранна |
|  | Оценить уровень глюкозы плазмы крови с помощью глюкометра | Оцениваю уровень глюкозы с помощью глюкометра**Выполнить действие** | 5 ммоль/л |
|  | Оценить тонус мышц (приемом сгибания и разгибания конечностей) каждой руки и каждой ноги | Оцениваю тонус мышц**Выполнить действие** | Мышечный тонуснормальный |
|  | **Сбор дополнительных данных** |
|  | Провести поверхностную пальпацию живота с четырех сторон от пупка | Провожу поверхностную пальпацию живота**Выполнить действие** | Живот без особенностей |
|  | Измерить температуру тела | Измеряю Т тела**Выполнить действие** | 36,6°С |
|  | **Вызов помощи** |  |  |
|  | Вызвать бригаду скорой медицинской помощи, назвав: | Скорая? Здравствуйте. Участковый педиатр …ФИО | Скорая слушает, что у Васслучилось? |
| * Местоположение
 | ш.Шарлыкское 5 |  |
| * Возраст пациента
 | 12 лет |
| * Пол пациента
 | мальчик |
| * Предварительный диагноз
 | АШ |
| * Объем оказываемой помощи:
 | Пациенту введены: 1. Эпинефрин 10 мкг/кг в/м в возрастной дозировке.2.Инфузия 0,9% раствора натрия хлорида 20 мл/кг в/в струйно.3.Хлорпирамин 1 мл, в/м 4.Гидрокортизон 2 мг/кг, в/в медленно, разведенный 0,9% раствором натрия хлорида. |  |
| Мониторинг | Веду мониторинг показателей |  |
| Убедиться, что вызов принят | Спасибо. | Вызов принят! Ждите |

**Модуль 8** «Болезни эндокринной системы у детей»

**Тема 2** «Болезни щитовидной железы у детей. Гипотиреоз. Гипертиреоз».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Гипотиреоз, определение понятия.
2. Этиология, патогенез и классификация гипотиреоза у детей.
3. Клиническая картина гипотиреоза у детей.
4. Дифференциальная диагностика и лечение гипотиреоза у детей.
5. Гипертиреоз, определение понятия.
6. Этиология, патогенез и классификация гипертиреоза у детей.
7. Клиническая картина и диагностика гипотиреоза у детей.
8. Дифференциальная диагностика и лечение гипотиреоза у детей.
9. Диспансерное наблюдение детей при гипотиреозе и гипертиреозе.

**Задания для отработки практических умений:**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. При первичном гипотиреозе наблюдаются следующие изменения уровня гормонов щитовидной железы:

1. тироксин (Т4), трийодтиронина (Т3) и ТТГ (тиреотропный гормон) повышены
2. Т4 и Т3 повышен, ТТГ снижен
3. Т4 и Т3 снижены, ТТГ повышен
4. Т4, Т3, ТТГ снижены

2. Психомоторное развитие при гипотиреозе

1. не изменяется
2. ускоряется
3. замедляется

3. Характерным клиническим проявлением гипертиреоза является:

1. мышечная гипотония
2. отставания психомоторного развития
3. сухость кожи и волос
4. тахикардия
5. брадикардия

4. При пальпации щитовидной железы следует попросить ребенка: и по просьбе врача делать глотательные движения

1. произвести полное разгибание шеи
2. задержать дыхание и по просьбе врача делать глотательные движения
3. повернуть голову сначала в одну, а затем в другую сторону
4. сидеть ровно и по просьбе врача делать глотательные движения

5. Характерным клиническим проявлением гипотиреоза является:

1. снижение массы тела
2. повышенная раздражительность
3. запоры
4. стойкая тахикардия
5. повышенная потливость

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 5-дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 - й беременности, 1 срочных родов, масса тела при рождении 4250 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

**Объективно:** температура - 35,8°С. Состояние удовлетворительное. При осмотре спокоен, не плачет, иногда засыпает. Пропорционального телосложения. Голова округлая, окружность - 36 см, большой родничок 3х3 см, малый родничок открыт - 0,6 см. Кожа прохладная, бледная с мраморным рисунком.  Выявлено вздутие живота, пупочная грыжа, отек мошонки. В неврологическом статусе генерализованная гипотония и гипорефлексия. Частота дыхания составляет 36 в минуту. Аускультация грудной клетки: дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены и ритмичны, с ЧСС 100 ударов в минуту. Печень не увеличена (+1,5 см).  Живот мягкий при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стул один раз в сутки кашицеобразный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите основные симптомы.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение ребенку.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  c | c | d | d | c |

**Модуль 8** «Болезни эндокринной системы у детей»

**Тема 3 «**Сим. Курс. Неотложная помощь при гипо- и гипергликемиях»

**Форма текущего контроля успеваемости:** оценка практического навыка оказания неотложной помощи согласно чек-листа

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**1. по навыку оказания помощи при гипергликемии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Критерии оценки | **Кол-во баллов** |
|  | Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, выполнил жест безопасности) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Оценил сознание | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Надел перчатки | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Обеспечил наличие укладки, позвал помощника | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | А. Правильно оценил проходимость дыхательных путей | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | В. Правильно и полно оценил функции легких (произвел пульсоксиметрию, аускультацию и перкуссию легких, измерил ЧДД, оценил амплитуду экскурсий грудной клетки) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Обеспечил кислородотерапию по показаниям или не обеспечил кислородотерапию при отсутствии показаний, правильно использовал небулайзер. | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | С. Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценил периферический пульс, измерил АД, провел аускультацию сердца, снял ЭКГ, произвел забор крови, оценил симптом белого пятна и цвет кожных покровов, пропальпировал нижнюю границу печени, осмотрел вены шеи) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Верно наложил электроды | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Правильно интерпретировал данные ЭКГ | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | D. Правильно и полно оценил неврологический статус (оценил реакцию зрачков, произвел глюкометрию и правильно интерпретировал ее результат, оценил тонус мышц) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Вызвал специалиста (СМП), назвав: | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Координаты места происшествия | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Количество пострадавших | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Пол | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Примерный возраст | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Состояние пострадавшего | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Предположительная причина состояния (диагноз) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Объём оказанной помощи | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Применил инфузионную терапию | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал последовательность АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Предпринял попытку повторного АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Комментировал свои действия вслух | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |

**2. по навыку для оказания помощи при гипогликемии**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Критерии оценки | **Кол-во баллов** |
|  | Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, выполнил жест безопасности) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Оценил сознание | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Надел перчатки | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Обеспечил наличие укладки, позвал помощника | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | А. Правильно оценил проходимость дыхательных путей | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | В. Правильно и полно оценил функции легких (произвел пульсоксиметрию, аускультацию и перкуссию легких, измерил ЧДД, оценил амплитуду экскурсий грудной клетки) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | С. Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценил периферический пульс, измерил АД, провел аускультацию сердца, снял ЭКГ, произвел забор крови, оценил симптом белого пятна и цвет кожных покровов, пропальпировал нижнюю границу печени, осмотрел вены шеи) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Верно наложил электроды | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Правильно интерпретировал данные ЭКГ | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | D. Правильно и полно оценил неврологический статус (оценил реакцию зрачков, произвел глюкометрию и правильно интерпретировал ее результат, оценил тонус мышц) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Вызвал специалиста (СМП), назвав: | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 1 |
|  | Координаты места происшествия | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Количество пострадавших | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Пол | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Примерный возраст | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Состояние пострадавшего | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Предположительная причина состояния (диагноз) | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Объём оказанной помощи | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Применил 40 % р-р глюкозы внутривенно болюсно из расчета 0,5 г/кг | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Использовал оптимальный способ введения глюкозы | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал приоритетность введения лекарственных средств | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Соблюдал последовательность АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет | 2 |
|  | Предпринял попытку повторного АВСDЕ-осмотра | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |
|  | Комментировал свои действия вслух | \_\_\_\_да, \_\_\_\_нет |

**Вопросы для подготовки к защите выполнению задания по чек-листу**

**Алгоритм выполнения навыка для оказания помощи при гипергликемии.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Фраза**/действие****студента** | Текст от преподавателя |
|  | Оценить ситуацию, осмотревшись с поворотами головы |  | Опасности нет |
|  | Оценить наличие сознания:  |  |  |
| * зафиксировав голову ребенка, сжать ладонь его руки (или стимулировать реакцию, растирая фалангами своих пальцев грудину ребенка)
 | Оцениваю сознание**Выполнить действие** | Периодическое моргание, есть экскурсия грудной клетки |
| * громко обратиться
 | Вам нужна помощь? | Стонет |
|  | Позвать на помощь | Помогите человеку плохо! |  |
|  | Надеть перчатки | **Выполнить действие** |  |
|  | Обеспечить наличие укладки экстренной медицинской помощи | Укладка для оказания помощи готова |  |
|  | **Этап оценки проходимости дыхательных путей и функции легких (А, В)** |  |
|  | Провести осмотр ротовой полости | Осматриваю ротовую полость **Выполнить действие** | Дыхательные пути визуально проходимы |
|  | Обеспечить проведение пульсоксиметрии | Провожу пульсоксиметрию**Выполнить действие** | Сатурация 89%, пульс 140 уд/мин |
|  | Обеспечить кислородотерапию: | Начинаю кислородотерапию**Выполнить действие** |  |
| использовать дыхательную маску детского размера с резервуаром | Надел дыхательную маску**Выполнить действие** |  |
| подключить к источнику кислорода | Подключил к источнику кислорода**Выполнить действие** |  |
| выбрать верный поток (минимальный/средний/максимальный) | Выбрал средний поток**Выполнить действие** |  |
|  | Провести осмотр грудной клетки | Провожу осмотр грудной клетки**Выполнить действие** | Есть экскурсиягрудной клетки,слышно шумноедыхание |
|  | Оценить амплитуду экскурсий грудной клетки | Оцениваю экскурсию грудной клетки**Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную перкуссию грудной клетки (ладонь/палец) | Провожу сравнительную перкуссию **Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную аускультацию легких фонендоскопом | Провожу аускультацию грудной клетки **Выполнить действие** | Дыханиеослабленное,проводится во всеотделы, хрипов нет |
|  | Оценить частоту дыхательных движений (ЧДД) в течение не менее 10 секунд | Оцениваю ЧДД **Выполнить действие** | 4 движения за 10 секунд |
|  | **Этап оценки деятельности сердечно - сосудистой системы (С)** |
|  | Оценить состояние кожных покровов, пропальпировав руки и лодыжки  | Оцениваю кожные покровы**Выполнить действие** | Кожа бледная,сухая, ощущаетсязапах ацетона |
|  | Оценить наполнение вен шеи | Оцениваю вены шеи**Выполнить действие** | Вены шеи в норме |
|  | Провести пальпацию пульса на лучевой и сонной артериях одновременно с одной стороны тела в течение не менее 10 секунд | Оцениваю пульсна лучевой и сонной артериях**Выполнить действие** | 20 ударов за 10 секунд |
|  | Оценить капиллярное наполнение, сжав подушечку пальца руки | Оцениваю капеллярный пульс**Выполнить действие** | Симптом белого пятна исчезает через 6 секунды |
|  | Измерить АД с использованием манжеты и фонендоскопа | Измеряю АД**Выполнить действие** | 90-40 |
|  | Провести пальпацию нижней границы печени | Пальпирую нижнюю границу печени**Выполнить действие** | Печень пальпируется у нижнего края реберной дуги |
|  | Подключить электрокардиограф / монитор: | Подключаю монитор |  |
| * правильно наложить электроды
 | **Выполнить действие** |  |
| * интерпретировать данные ЭКГ
 | Синусовая тахикардия |  |
|  | **Этап оценки неврологического статуса (D)** |
|  | Оценить фотореакцию зрачков с использованием ладони или фонарика | Оцениваю фотореакцию**Выполнить действие** | Зрачки одинаковые, фотореакция сохранна |
|  | Оценить уровень глюкозы плазмы крови с помощью глюкометра | Оцениваю уровень глюкозы с помощью глюкометра**Выполнить действие** | 23 ммоль/л |
|  | Оценить тонус мышц (приемом сгибания и разгибания конечностей) каждой руки и каждой ноги | Оцениваю тонус мышц**Выполнить действие** | Мышечный тонус нормальный |
|  | **Сбор дополнительных данных** |
|  | Провести поверхностную пальпацию живота с четырех сторон от пупка | Провожу поверхностную пальпацию живота**Выполнить действие** | Живот без особенностей |
|  | Измерить температуру тела | Измеряю Т тела**Выполнить действие** | 36,6°С |
|  | **Вызов помощи** |  |  |
|  | Вызвать бригаду скорой медицинской помощи, назвав: | Скорая? Здравствуйте. Участковый педиатр …ФИО |  |
| * Местоположение
 | ш.Шарлыкское 5 |  |
| * Возраст пациента
 | 10 лет |
| * Пол пациента
 | мальчик |
| * Предварительный диагноз
 | СД, гипергликемия |
| * Объем оказываемой помощи:
 | Пациенту обеспечил венозный доступа, введены: натрия хлорид 0,9 % - 20 мл/кг\*час в/в капельно. Оксигенотерапия. |  |
| Мониторинг | Веду мониторинг показателей |  |
| Убедиться, что вызов принят | Спасибо. | Вызов принят! Ждите |

**Алгоритм выполнения навыка для оказания помощи при гипогликемии.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | **Действия студента на станции** | Фраза**/действие****студента** | Текст от преподавателя |
|  | Оценить ситуацию, осмотревшись с поворотами головы |  | Опасности нет |
|  | Оценить наличие сознания:  |  |  |
| * зафиксировав голову ребенка, сжать ладонь его руки (или стимулировать реакцию, растирая фалангами своих пальцев грудину ребенка)
 | Оцениваю сознание**Выполнить действие** | Периодическое моргание, есть экскурсия грудной клетки |
| * громко обратиться
 | Вам нужна помощь? | Стонет |
|  | Позвать на помощь | Помогите человеку плохо! |  |
|  | Надеть перчатки | **Выполнить действие** |  |
|  | Обеспечить наличие укладки экстренной медицинской помощи | Укладка для оказания помощи готова |  |
|  | **Этап оценки проходимости дыхательных путей и функции легких (А, В)** |  |
|  | Провести осмотр ротовой полости | Осматриваю ротовую полость **Выполнить действие** | Дыхательные пути визуально проходимы |
|  | Обеспечить проведение пульсоксиметрии | Провожу пульсоксиметрию**Выполнить действие** | Сатурация 97%, пульс 110 уд/мин |
|  | Провести осмотр грудной клетки | Провожу осмотр грудной клетки**Выполнить действие** | Поверхностное частое дыхание |
|  | Оценить амплитуду экскурсий грудной клетки | Оцениваю экскурсию грудной клетки**Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную перкуссию грудной клетки (ладонь/палец) | Провожу сравнительную перкуссию **Выполнить действие** |  |
|  | Выполнить сравнительную аускультацию легких фонендоскопом | Провожу аускультацию грудной клетки **Выполнить действие** | Пуэрильное дыхание с 2 сторон |
|  | Оценить частоту дыхательных движений (ЧДД) в течение не менее 10 секунд | Оцениваю ЧДД **Выполнить действие** | 4 движения за 10 секунд |
|  | **Этап оценки деятельности сердечно - сосудистой системы (С)** |
|  | Оценить состояние кожных покровов, пропальпировав руки и лодыжки  | Оцениваю кожные покровы**Выполнить действие** | Кожа влажная, липкая, ощущается дрожь |
|  | Оценить наполнение вен шеи | Оцениваю вены шеи**Выполнить действие** | Вены шеи в норме |
|  | Провести пальпацию пульса на лучевой и сонной артериях одновременно с одной стороны тела в течение не менее 10 секунд | Оцениваю пульсна лучевой и сонной артериях**Выполнить действие** | 20 ударов за 10 секунд |
|  | Оценить капиллярное наполнение, сжав подушечку пальца руки | Оцениваю капеллярный пульс**Выполнить действие** | Симптом белого пятна исчезает через 2 секунды |
|  | Измерить АД с использованием манжеты и фонендоскопа | Измеряю АД**Выполнить действие** | 95-65 |
|  | Провести пальпацию нижней границы печени | Пальпирую нижнюю границу печени**Выполнить действие** | Печень пальпируется у нижнего края реберной дуги |
|  | Подключить электрокардиограф / монитор: | Подключаю монитор |  |
| * правильно наложить электроды
 | **Выполнить действие** |  |
| * интерпретировать данные ЭКГ
 | Синусовая тахикардия |  |
|  | **Этап оценки неврологического статуса (D)** |
|  | Оценить фотореакцию зрачков с использованием ладони или фонарика | Оцениваю фотореакцию**Выполнить действие** | Зрачки одинаковые, фотореакция сохранна |
|  | Оценить уровень глюкозы плазмы крови с помощью глюкометра | Оцениваю уровень глюкозы с помощью глюкометра**Выполнить действие** | 2 ммоль/л |
|  | Оценить тонус мышц (приемом сгибания и разгибания конечностей) каждой руки и каждой ноги | Оцениваю тонус мышц**Выполнить действие** | Мышечный тонус нормальный |
|  | **Сбор дополнительных данных** |
|  | Провести поверхностную пальпацию живота с четырех сторон от пупка | Провожу поверхностную пальпацию живота**Выполнить действие** | Живот без особенностей |
|  | Измерить температуру тела | Измеряю Т тела**Выполнить действие** | 36,6°С |
|  | **Вызов помощи** |  |  |
|  | Вызвать бригаду скорой медицинской помощи, назвав: | Скорая? Здравствуйте. Участковый педиатр …ФИО |  |
| * Местоположение
 | ш.Шарлыкское 5 |  |
| * Возраст пациента
 | 10 лет |
| * Пол пациента
 | мальчик |
| * Предварительный диагноз
 | СД, гипогликемия |
| * Объем оказываемой помощи:
 | Пациенту введены: 40 % р-р глюкозы внутривенно болюсно из расчета 0,5 г/кг. |  |
| Мониторинг | Веду мониторинг показателей |  |
| Убедиться, что вызов принят | Спасибо. | Вызов принят! Ждите |

**Модуль N9** «Детские инфекции»

**Тема 1** «Детские инфекции. Корь. Скарлатина».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Корь, определение понятия. Возбудитель.
2. Эпидемиология и патогенез кори.
3. Классификация кори.
4. Клиническая картина, лабораторная диагностика кори.
5. Противоэпидемические мероприятия и иммунизация кори.
6. Скарлатина, определение понятия. Возбудитель.
7. Эпидемиология и патогенез скарлатины.
8. Классификация скарлатины.
9. Клиническая картина, лабораторная диагностика скарлатины.
10. Критерии выздоровления при скарлатине.
11. Противоэпидемические мероприятия при скарлатине.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какие симптомы не характерны для скарлатины?
	1. яркая гиперемия зева
	2. «малиновый язык»
	3. мелкоточечная сыпь
	4. фебрильная температура
	5. локализованные хрипы в легких
2. Для ранних проявлений кори характерно:
	1. диспептические явления
	2. положительный симптом Пастернацкого
	3. менингеальный симптомокомплекс
	4. пятна Бельского–Филатова - Коплика на слизистой полости рта
	5. фолликулярная ангина
3. Как следует поступить с детьми, не привитыми против кори, в очаге инфекции?
	1. Назначить антибиотики
	2. Назначить интерферон
	3. Вакцинировать до 4-го дня с момента контакта с больным
	4. Ввести противокоревой иммуноглобулин на 14-й день после контакта
	5. 3 раза в день измерять температуру тела
4. Раннее осложнение скарлатины:
	1. Полиартрит
	2. Гнойный лимфаденит
	3. Менингит
	4. Конъюнктивит
	5. Аппендицит
5. Продолжительность инкубационного периода при кори:
	1. 2-5 дней
	2. 2 недели
	3. 15-21 день
	4. 9-17 дней

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Мальчик, 1 год 8 месяцев**

**Жалобы** на повышение температуры до 38о, грубый кашель, изменение голоса, насморк, беспокойство ребенка.

**Анамнез заболевания:** ребёнок болен 4 дня. Заболевание началось с кашля, насморка, слезотечения. Затем состояние ухудшилось. Температура повысилась до 38о, кашель стал грубым, лающим, голос изменился, стал хриплым. В лечении получал тепловые процедуры, капли в нос, отхаркивающую микстуру. На 4 день заболевания состояние ухудшилось.

**Анамнез жизни:** родился от III беременности, III родов. Часто болел ОРЗ и страдает экссудативно-катаральным диатезом. АДС - М получил трехкратно. Других прививок не получал. Сестры 5,6 лет здоровы, обе получили все профилактические прививки, посещают детский сад.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, беспокойный. Кожные покровы бледноваты, цианоз носогубного треугольника. Лицо одутловатое, из носа серозное отделяемое. В зеве разлитая гиперемия, на слизистой мягкого и твердого неба красные правильной формы пятна величиной 0,3х0,5 см. На слизистой оболочке боковой поверхности щек имеются белесоватые пятнышки величиной с просяное зерно. За ушами, на коже лба папулезная единичная сыпь. Периферические лимфоузлы до 2 cм. Дыхание через нос затруднено. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, надключичных, подключичных ямок, межреберных мышц одышка на вдохе, выслушиваются сухие хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком, ЧД 38/мин. Область сердца не изменена. Границы относительно сердечной тупости в пределах возможной нормы. Тоны средней громкости, учащены, пульс 140/мин. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень у реберной дуги, стул оформленный. Мочевыделительная система без видимой патологии, мочится свободно. Сознание сохранено менингеальных симптомов нет.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 132 g/L, RBC – 4,0х1012/ L, WBC – 14,9×109/L, NEUT – 70%, LYMPH – 20%, MONO – 10%, СОЭ – 28 мм/час

ОАМ: Удельный вес 1019, лейкоциты – 6-8 в поле зрения, эритроциты – отрицательные, белок - 0,033%.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы болезни.
3. Оцените анализы.
4. Определите тяжесть заболевания.
5. Объясните патогенетически основные симптомы болезни.
6. Провести дифференциальный диагноз.
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Нужна ли госпитализация данному больному и почему?
9. Назначьте лечение и противоэпидемические мероприятия.
10. Как поступить с сестрами? Существуют ли средства активной профилактики данного заболевания. Если да, то в какие сроки проводятся?

**Образец решения:**

1. Корь, тяжелая, период высыпаний, осложненная ложным крупом II степени.

2. Интоксикация. Сыпь. Катаральный ларингит со стенозом гортани;

3. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорена СОЭ.

4. Тяжелая корь: выражена интоксикация, имеется осложнение.

5. Очаговый неспецифический воспалительный процесс в верхних слоях кожи. Поражение бронхов и бронхиол с вовлечением всей толщи бронхиальной стенки. ЦНС – расстройство мозгового кровообращения. Снижение иммунной защиты.

6. С вирусным ларингитом, С дифтерией гортани, скарлатиной, краснухой, лекарственной сыпью.

7. Пневмонии. Отиты. Энцефалиты. Поздние менингиты из-за вторичной инфекции.

8. Да. Ранний возраст. Наличие осложнения.

 9. Лечение: гидрокортизон (преднизолон)

 - антигистаминные

 - 2 антибиотика

 - γ – глобулин 3,0 в/м (до 6 дня болезни)

 - туалет слизистых

 - проветривание помещения

10. Изоляция ребенка в инфекционной больнице. Проветривание.

10. На привитых детей карантин не распространяется.

11. Да. В 12-18 мес. прививки живой коревой вакциной.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| e | d | c | b | d |

**Тема 2**«Менингококковая инфекция. Дифтерия».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Менингококковая инфекция, определение понятия. Возбудитель.
2. Эпидемиология и патогенез менингококковой инфекции.
3. Классификация менингококковой инфекции.
4. Клиническая картина. Менингококцемия, менингококковый менингит.
5. Лабораторная диагностика, лечение менингококковой инфекции.
6. Критерии выздоровления при менингококковой инфекции
7. Противоэпидемические мероприятия и вакцинация при менингококковой инфекции.
8. Дифтерия, определение понятия. Возбудитель.
9. Эпидемиология и патогенез дифтерии.
10. Классификация дифтерии.
11. Клиническая картина дифтерии.
12. Лабораторная диагностика, лечение дифтерии.
13. Критерии выздоровления при дифтерии.
14. Противоэпидемические мероприятия и иммунизация при дифтерии.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1.Что не является признаком дифтерии ротоглотки, токсической формы:

1. Распространение налетов за пределы миндалин.
2. Отек в зеве.
3. Резкая болезненность в горле (тризм).
4. Отек подкожной клетчатки шеи (бычья шея).

2. К патогенезу менингококковой инфекции не относится:

1. Входные ворота - ЖКТ
2. Входные ворота - носоглотка
3. Менингококковый эндотоксин - сильный сосудистый яд
4. Возникают кровоизлияния в кожу и внутренние органы

3. Какие осложнения наиболее характерны для дифтерии ротоглотки?

1. Миокардит
2. Пневмония
3. Нефроз
4. Тонзиллит

 4. Какие осложнения не типичны для токсической дифтерии?

1. Миокардит.
2. Полирадикулоневрит
3. Инфекционно-токсический шок.
4. Геморрагический синдром.

5. К симптомам менингококкового менингита не относится:

1. Боли в суставах
2. Положительные менингеальные знаки
3. Повышение температуры
4. Головная боль

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Девочка 14 лет

При поступлении в инфекционную больницу жалобы на изменение голоса, поперхивание при приеме пищи и питье, нарушение зрения, общую слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания:** заболевание началось за 10 дней до поступления в инфекционную больницу с повышением температуры тела до 38о и неприятных ощущений в горле. После обращения к врачу по поводу лакунарной ангины она лечилась дома. Состояние оставалось тяжелым, лихорадила. На 8 день болезни появилась отечность шеи, на миндалинах сохранялись налеты. На 9 день болезни у девочки изменился голос, появилось поперхивание при приеме пищи и питья, причем нередко жидкая пища выливалась через нос. Одновременно девочка обратила внимание на ухудшение зрения - предметы она стала видеть нечетко, а чтение стало совершенно невозможным. После осмотра отоларингологом направлена в инфекционную больницу.

**Объективно:** состояние при поступлении тяжелое, t 38,7о. Кожные покровы бледные, чистые. Голос гнусавый, с носовым оттенком. Сохраняется отечность подкожной клетчатки шеи до I шейной складки. Из-за отечности л/узлы не пальпируются. В зеве на миндалинах, дужках, мягком небе трудноотделяемые налеты, окруженные венчиком венозной гиперемии. Отмечается свисание небной занавески. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24/мин Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС 106/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 140 g/L, RBC – 4,0x1012/L, WBC – 18,0×109/L, NEUT – 77%, LYMPH – 18%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час

**Вопросы:**

* 1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2. Какими морфологическими изменениями могут быть объяснены выявленные изменения в зеве?

3. Чем можно объяснить нарушения в глотании и зрения у пациента?

1. Каков их механизм развития и прогноз?
2. Оцените ОАК
3. Назначьте лечение
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий
5. Какие существуют меры активной профилактики данного заболевания?

**Образец решения:**

1. Токсическая дифтерия ротоглотки I степени, осложнения – паралич ЧМН (языкоглоточного и паралич аккомодации).
2. Фибринозное воспаление.
3. Паралич n. oculo-motorius и glosso-pharyngeus.
4. Поражение шванновской и миелиновых оболочек. Прогноз благоприятный.
5. Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Ускоренная СОЭ.
6. Противодифтерийный анатоксин, антибиотик, витамины, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, гормоны.
7. Изоляция больного в инфекционную больницу до клинического выздоровления и отрицательного посева на BL. Контактирующих в течение 14 дней – обследование на бактерионосительство (мазок на BL).
8. АКДС.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | a | a | d | a |

**Тема 3 «**Кишечные инфекции у детей. Эксикозы в детском возрасте».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Острые кишечные инфекции, определение понятия.
2. Этиология кишечных инфекций у детей.
3. Эпидемиология кишечных инфекций у детей.
4. Патогенез кишечных инфекций у детей.
5. Классификация диарей при кишечных инфекциях у детей.
6. Классификация острых кишечных инфекций у детей.
7. Клиническая картина при кишечных инфекциях у детей.
8. Оценка тяжести дегидратации у детей раннего возраста.
9. Диагноз и дифференциальная диагностика кишечных инфекций у детей.
10. Лечение кишечных инфекций у детей.
11. Основные критерии выздоровления.
12. Профилактика и диспансерное наблюдение.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Какой инфузионный раствор следует назначить при изотоническом эксикозе?

1. Плазма.
2. Кровь.
3. Глюкозо-солевой раствор.
4. 20% раствор глюкозы.
5. Физиологический раствор.

2. Осмотрев 2-х летнего ребенка, кашляющего в течение 3-х недель, врач заподозрил коклюш по каким симптомам?

1. Цианоз носогубного треугольника.
2. Проявление экссудативного диатеза на коже.
3. Температура 39? С.
4. Рассеянные сухие хрипы в легких.
5. Кровоизлияния в склеру и язвочка на уздечке языка.

3. При тяжелом течении коклюша у грудного ребенка в терапию необходимо включить:

1. Оксациллин.
2. Гидрокортизон.
3. Отхаркивающую микстуру.
4. ЛФК.
5. Пребывание на свежем воздухе

4. Какие меры целесообразны в целях профилактики у ребенка 1-го месяца при заболевании старшего брата коклюшем?

1. Назначить пенициллин.
2. Срочно вакцинировать.
3. Изолировать.
4. Ввести противококлюшевый иммуноглобулин.
5. Интраназально закапать интерферон.

5. Какие симптомы характерны для эксикоза 1-й степени?

1. Олигурия.
2. Жажда, сухость слизистых.
3. Адинамия
4. Гемодинамические расстройства
5. Судороги

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик 1,5 лет

**Жалобы** на жидкий стул, рвоту, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** болен 2 дня. Мама связывает заболевание с употреблением немытого винограда. Заболевание началось с болей в животе, повышения температуры тела до 37,80 и разжиженного стула. В первые сутки стул был 4 раза, во вторые сутки - 8 раз. Стул сначала сохранял каловый характер, затем в нем появились слизь и прожилки крови. 2 раза отмечалась рвота. Вызванный к ребенку участковый врач, направил его в инфекционную больницу.

**Анамнез жизни:** ребенок от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 3800г. скармливался грудью до одного года. До настоящего времени рос здоровым, ничем не болел. Все профилактические прививки получил в срок. До заболевания масса-13200г.

**Объективно:** масса 12 кг, длина 80 см. Температура тела 38,20. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. При осмотре капризничает. Кожные покровы чистые, суховатые, бледные. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание жесткое 32 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные с ЧСС 130 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая ротовой полости сухая. Живот вздут, болезненный при пальпации в области пупка и в левой подвздошной области. Пальпируется болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. При осмотре ребенок попросился на горшок. Во время дефекации плакал, сильно тужился и краснел. Выделил небольшое количество мутной слизи с прожилками крови. Мочится редко.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Ваш предполагаемый диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Оцените ОАК, копрограмму.

5. Какие морфологические изменения в кишечнике вы предполагаете?

6. Имеются ли у данного ребенка нарушения водно-электролитного баланса?

7. Назначить лечение.

8. Составьте план противоэпидемического мероприятия. Что, по-вашему мнению, привело к заболеванию.

9. Когда возможна выписка из стационара данного больного?

**Образец решения:**

1. Синдром гастроэнтероколита, дегидратации
2. Дизентерия, тяжелая, гастроинтестинальная форма с преобладанием местных симптомов. Эксикоз 1 ст.
3. РПГА, РНГА, РА, экспресс- ПМЛА (прямой метод люминесцентных антител), РУА (р-я угольной агломерации), посев. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ. Копрограмма: гемоколит - слизь, лей, эритроциты.
4. Гастроэнтероколит. Наибольшие изменения в толстой кишке – до язвенного процесса.
5. Имеются - 5%
6. Дезинтоксикационная терапия (регидратация- обильное питье, сорбенты), щадящая механическая и химическая пища, кишечный антисептик 7 дней, симптоматически – спазмолитики, ферменты, пробиотик.
7. Изоляция - госпитализация больного. Дезинфекция в очаге. Обследование и наблюдение за контактными 7 дней. Источник инфекции – немытый виноград. В очаге-дизентерийный бактериофаг.
8. После клинического выздоровления через 2 дня после отмены антибиотиков – посев кала.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| c | e | b | b | b |

**Модуль N10** «Неонатология»

**Тема 1** «Новорожденный ребенок. Недоношенные дети».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Оказание базовой медицинской помощи новорожденному родильном зале и послеродовом отделении (клинические рекомендации).
2. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах внутриутробного развития плода.
3. Критерии доношенности, недоношенности, переношенности, живорожденности и жизнеспособности.
4. Ранняя неонатальная адаптация, метаболические и клинические аспекты. Физиологические (пограничные) состояния адаптационного периода, клинико-физиологическое обоснование.
5. Мероприятия по профилактике и коррекции переходных состояний.
6. Недоношенный ребенок: причины.
7. Оценка морфофункциональной зрелости по шкале Боллард.
8. Принципы выхаживания и вскармливания недоношенных на 1 и 2 этапах выхаживания.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Доношенный новорожденный - это ребенок, родившийся при сроке беременности
	1. менее 37 недель
	2. 37-42 недель
	3. более 42 недель
2. Низкая масса тела при рождении - это масса тела независимо от срока гестации
	1. менее 1000 г.
	2. от 1000 г до 1500 г.
	3. от 1500 г до 2500 г.
	4. от 2500 г до 3000 г.
3. Вторая степень максимальной убыли массы тела составляет
	1. до 6%
	2. 6-10%
	3. более 10%
4. Желтизна кожи у доношенных детей появляется при концентрации непрямого билирубина
	1. 41-50 мкмоль/л
	2. 51-60 мкмоль/л
	3. 60-85 мкмоль/л
	4. 85-103 мкмоль/л
5. К морфологическим признакам недоношенности относится:
	1. низкий мышечный тонус
	2. нагрубание грудных желез
	3. низкий тембр голоса
	4. зияние половой щели

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 3 сутки.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ:** мать - 22 года, отец - 25 лет, здоровы, профессиональных вредностей не имеют. Отмечался гестоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/70 мм.рт.ст. С 20 недели беременности анемия легкой степени, принимала 3 недели препарат железа, поливитамины. Прибавка в весе - 10 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в 40 недель гестации с массой 3750 г., длина 50 см. Закричал сразу. Приложен к груди в родзале.

**ОБЪЕКТИВНО:** Масса тела 3600 г., длина 50 см. Состояние удовлетворительное, на осмотр реагирует громким эмоциональным криком, активен. Телосложения правильного. На коже груди, живота, конечностей отмечена розовая пятнисто-папулезная сыпь. Большой родничок 2,5х2,5 см, края плотные. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 42 в мин. Тоны сердца громкие, чистые, ЧСС ударов 140 в минуту. Слизистая полости рта чистая. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Хорошо вызываются физиологические рефлексы. Рефлекс автоматической опоры - опирается на латеральную поверхность стоп. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. При осмотре отмечалось мочеиспускание, во время которого ребенок громко заплакал. На пеленке образовалось мокрое пятно кирпично-красного цвета.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК (1 сутки жизни): HGB – 185г/л, RBC – 5,6х1012 /л, WBC – 9,8х109/л NEUT – 60%, LYMPH – 28%, MONO – 10%, EO – 2%, СОЭ – 8мм/час.

**Вопросы:**

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести новорожденному перед запланированной выпиской?
4. Подлежит ли ребенок вакцинации? Если да, то какой?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Новорожденный доношенный 3 сутки. Токсическая эритема новорожденного. Мочекислый диатез. Группа риска по анемии.
3. Определение уровня билирубина сыворотки крови.
4. Подлежит, гепатит В – 1 сутки, БЦЖ – 3 сутки.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | c | b | b | d |

**Тема 2 «**Перинатальные поражения ЦНС».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Патогенез поражения ЦНС у новорожденных детей.
2. Гипоксия мозга у доношенных новорожденных детей.
3. Гипоксии мозга недоношенных детей. Перивентрикулярные и интравентрикулярные поражения.
4. Клиническая картина и методы диагностики при поражении ЦНС у новорожденных.
5. Дифференциальная диагностика и лечение при поражении ЦНС у новорожденных.
6. Прогноз при поражении ЦНС у новорожденных.
7. Стадии постаноксической энцефалопатии у доношенных новорожденных.
8. Классификация перинатальных поражений нервной системы у новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. «Status marmoratus» это морфологический паттерн поражения
	1. базальных ганглиев и таламуса, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
	2. мозжечка, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
	3. коры мозга, приводящие к развитию хореоатетоза и к задержке психического развития
2. Селективный некроз нейронов у доношенных детей локализуется в
	1. перивентрикулярной области
	2. интравентрикулярной области
	3. коре мозга и стволе мозга
	4. диэнцефальной области
3. Селективный некроз нейронов у недоношенных детей преобладает в
	1. коре мозга и диэнцефальной области
	2. подкорковом белом веществе
	3. спинном мозге
	4. мозжечке
4. Для III стадии энцефалопатии характерно:
	1. беспокойство, нормальный мышечный тонус, повышение рефлекса Моро
	2. беспокойство, гипотония, ослабление рефлекса Моро
	3. летаргия, гипотония, ослабление рефлекса Моро
	4. ступор, вялость, отсутствие рефлекса Моро
5. Клинические проявления церебральной ишемии I степени (легкой) не должны превышать:
	1. 1 день
	2. 3 дня
	3. 7 дней
	4. 10 дней

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с гестозом первой половины и анемией, отеками, патологической прибавки массы тела, подъемом артериального давления во второй половины. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. Масса тела ребенка при рождении 3900 г., длина 51 см. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

**Объективно**: Телосложения правильного. Кожа чистая. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см, баллотирует, ограничено швами. Большой родничок 3,0х3,0 см, края плотные. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 44 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. При осмотре беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Безусловные рефлексы снижены.

**Вопросы**:

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Какой синдром поражения ЦНС преобладает у новорожденного?
3. Поставьте диагноз.
4. Какое обследование необходимо провести новорожденному?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Синдром возбуждения ЦНС.
3. Новорожденный доношенный 3 сутки. Гипоксически-ишемическое поражение нервной системы: церебральная ишемия I степени (легкая). Кефалогематома.
4. НСГ, уровень билирубина крови, глюкоза.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки, консультация невролога в 1 месяц по необходимости раньше.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | c | a | d | c |

**Тема 3. «**Респираторный дистресс синдром. Пневмония, сепсис новорожденных».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль

выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Асфиксия новорожденного ребенка, определение понятия.
2. Этиология, патогенез асфиксии на фоне хронического внутриутробной гипоксии.
3. Асфиксия, степени тяжести. Оценка тяжести асфиксии по шкале Апгар.
4. Определение синдрома дыхательных расстройств.
5. Причины развития и факторы риска РДС новорожденных.
6. Пренатальная профилактика РДС.
7. Клиника РДС, оценка тяжести дыхательных расстройств у доношенных и недоношенных новорожденных
8. Диагностика РДС (лабораторная и инструментальная)
9. Оказание первичной реанимационной помощи новорожденным с РДС в родильном зале.
10. Методы респираторной терапии (поддержки), СРАП – терапия, техника проведения продленного раздувания легких.
11. Сурфактантная терапия, препараты, методы введения.
12. Неонатальная пневмония, определение понятия, классификация.
13. Лечение неонатальной пневмонии.
14. Сепсис, определение понятия, группы риска по неонатальному сепсису.
15. Клинические проявления сепсиса новорожденных.
16. Лабораторная диагностика сепсиса новорожденных.
17. Лечение пневмонии и неонатального сепсиса.
18. Патогенез при асфиксии новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Респираторный дистресс синдром новорожденных - это:
	1. заболевание, возникающее в первые часы после рождения, и характеризующееся транзиторным отёком лёгких, связанным с задержкой резорбции фетальной жидкости.
	2. тяжёлое расстройство дыхания, обусловленное незрелостью лёгких и/или дефицитом сурфактанта.
	3. воспалительный процесс в респираторных отделах лёгких, возникающий в первые 48 часов жизни, в результате распада сурфактанта
2. Патогенетически при пневмонии возникает всё, кроме:
	1. интерстициального отёка
	2. формирования геалиновых мембран
	3. распада сурфактанта
	4. образования пиемических очагов
3. Для типичной клиники позднего сепсиса характерно всё, кроме:
	1. наличие фокальных очагов
	2. молниеносное начало
	3. медленно прогрессирующее начало
4. Одним из симптомов РДСН является:
	1. «дыхание трубача»
	2. ригидность затылочных мышц
	3. мозговой крик
	4. одышка менее 60в мин
5. Ранний сепсис у новорожденных возникает:
	1. в первые 3е суток жизни
	2. в первые 7 дней жизни
	3. до 28 дней жизни
	4. в первые 24 часа жизни

**Типовые практические задания для проверки умений:**

Новорожденный, 1 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: ребенок рожден от 2 беременности, протекавшей на фоне длительно текущего позднего гестоза, угрозы прерывания на 24 неделе. Роды 1, на 33 неделе беременности. Масса тела при рождении 1920 г., длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. После проведения соответствующий реанимационных мероприятий с введением сурфактанта, ребенок переведен в палату интенсивной терапии.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Адинамичен. Крик слабый. Телосложение непропорциональное (большая голова, короткие конечности). Кожа бледная. Акроцианоз, слизистые чистые. Тепло не удерживает. На спине, плечах, щеках - лануго. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус снижен. Пуповинный остаток, расположенный ближе к лону, под повязкой. Головка округлой формы, кости черепа податливы. Большой родничок 3х4 см, малый родничок и сагиттальный шов открыты. Рот открыт, нижняя челюсть западает при вдохе. Отмечается втяжение межреберных промежутков и мечевидного отростка грудины на вдохе. Дыхание стонущее, со звучным выдохом. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, крепитация, экспираторные шумы. ЧД 84 в минуту, аритмичное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Меконий отошел. Мочеиспускания не было. Физиологические рефлексы новорожденных не вызываются.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 182г/л, RBC – 4,8х1012/л, WBC – 12х109/л, NEUT – 58%, LYMPH – 27%, MONO – 12%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

Рентгенологически: Диффузно-равномерное снижение прозрачности легочной ткани с обеих сторон по типу «матового легкого». Тень сердца не смешена. КТИ = 0,46.

**Вопросы:**

1. Оценить ребенка по шкале Сильвермана.
2. Выделить синдром, требующий проведения неотложных мероприятий.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Назначить лечение.

**Образец решения**

1. По шкале Сильвермана 7 баллов
2. Синдром дыхательный расстройств
3. Респираторный дистресс синдром новорожденных, тяжелой степени. ДН IIIстепени. Новорожденный, недоношенность, 33 недели гестации, 1 сутки.
4. Температурно-охранительный режим, инфузионная терапия, ИВЛ, повторное введение сурфактанта ч/з 6 часов от первого введения.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| b | d | b | a | a |

**Тема 4. «**Желтухи новорожденных».

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости**

контроль выполнения заданий в рабочей тетради

тестирование

устный опрос

решение проблемно-ситуационных задач

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для подготовки к устному опросу:**

1. Гемолитическая болезнь новорожденных, определение понятия.
2. Этиология и патогенез гемолитической болезни новорожденных.
3. Факторы риска нейротоксичности неконъюгированного билирубина.
4. Классификация гемолитической болезни новорожденных. Наследственные и приобретенные желтухи новорожденных.
5. Клиническая картина гемолитической болезни новорожденных. Формы проявления.
6. Течение и прогноз гемолитической болезни новорожденных.
7. Диагноз, план обследования ребенка при подозрении на гемолитическую болезнь новорожденных.
8. Дифференциальный диагноз и лечение гемолитической болезни новорожденных.
9. Фототерапия и побочные эффекты фототерапии при гемолитической болезни новорожденных.
10. Профилактика и прогноз гемолитической болезни новорожденных.

**Задания для отработки практических умений**

1. Оценка отягощенности акушерского анамнеза
2. Определение симптомов и синдромов
3. Формирование диагноза в соответствии с классификацией
4. Составление плана обследования
5. Составление рекомендаций при выписки

**Типовые тестовые задания для проверки знаний: тесты**

1. Особенностью клинической картины гемолитической болезни новорожденных является:
	1. кожные покровы ярко желтые с лимонным оттенком (желтуха на белом фоне)
	2. кожные покровы имеют оранжевый оттенок
	3. не увеличены размеры печени и селезенки
	4. общее состояние ребенка удовлетворительное
2. Непрямой билирубин образуется в:
	1. клетках Меркеля
	2. клетках РЭС
	3. клетках Лейдига
	4. клетках Сертоли
3. Физиологическая желтуха появляется:
	1. спустя 24-36 часов после рождения
	2. в течение первых 24 часов жизни
	3. в течение первых 6 часов жизни
	4. после 3-4 суток от момента рождения
4. Операция ОПК при несовместимости по групповым факторам используется комбинация:
	1. эритроцитарная масса 0(I) Rh(-) и плазма IV(АВ) как 1:1
	2. эритроцитарная масса и Rh (соответствует ребенку) и плазма 0(I) как 2:1
	3. эритроцитарная масса 0(I) Rh (соответствует ребенку) и плазмы IV(АВ) как 2:1
	4. эритроцитарная масса 0(I) Rh(+) и плазмы IV(АВ) как 3:1
5. Операция ОПК у новорожденных до 4 дней жизни проводится через:
	1. любую доступную вену
	2. кубитальную вену
	3. подключичную вену
	4. вену пуповины

**Типовые практические задания для проверки умений:**

**Анамнез жизни и заболевания**: Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние ребенка при рождении было средней степени тяжести. Двигательная активность, мышечный тонус и физиологические рефлексы снижены. Кожа бледная, легкий акроцианоз. Над легкими легочный звук, аускультативно дыхание – пуэрильное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Данные лабораторных исследований:**

ГРУППА КРОВИ матери – О (I), Rh «- -», у ребенка – В (III), Rh «- -»

ОАК: HGB – 140г/л, RBC – 3,8х1012/л, WBC – 9х109/л, NEUT – 60%, LYMPH – 26%, MONO – 11%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

БАК: PRO – 58г/л, альбумины – 64%, непрямой билирубин – 136,6 мкмоль/л; через 1 час – 164 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте диагноз
4. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. У мамы первая группа крови, у ребенка третья группа.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0-системе, средней степени тяжести
4. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Эталоны ответов тестовых заданий**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| a | b | a | c | d |

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **глоссарий** | Оценка «3 балла» выставляется при условии 100-76% правильных терминов |
| Оценка «2 балла» выставляется при условии 75-50 правильных терминов |
| Оценка «1 балл» выставляется при условии 49-25% правильных терминов |
| Оценка «0 баллов» выставляется при условии 24% и меньше правильных терминов |
| **таблицы** | Оценка «3 балла» выставляется при условии 100-76% правильных ответов |
| Оценка «2 балла» выставляется при условии 75-50% правильных ответов |
| Оценка «1 балл» выставляется при условии 49-25% правильных ответов |
| Оценка «0 баллов» выставляется при условии 24% и меньше правильных ответов. |
| **рецепты** | Оценка «3 балла» выставляется при условии 100-76% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «2 балла» выставляется при условии 75-50% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «1 балл» выставляется при условии 49-25% правильно оформленных рецептов |
| Оценка «0 баллов» выставляется при условии 24% и меньше правильно оформленных рецептов |
| **тестирование** | Оценка «5 баллов» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «4 балла» выставляется при условии 89-80% правильных ответов |
| Оценка «3 балла» выставляется при условии 79-70% правильных ответов |
| Оценка «2 балла» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **устный опрос** | Оценкой "10-9 баллов" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "8-7" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "6-5 баллов" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "4-3 балла" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "2-1 балла" оценивается ответ, содержащий информацию без раскрытия темы; терминологии, слабым владением базовых основ педиатрии, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| Оценкой "0 баллов" оценивается при отказе отвечать. |
| **решение ситуационных задач** |  Оценка «10-9 баллов» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «8-7» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «6-5» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «4-3» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «1-2» выставляется если обучающийся не дал правильный ответ на вопросы задачи, продемонстрировав отсутствие практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| Оценка «0» выставляется если обучающийся не ответил. |
| **Практический навык** | Оценка «10-9 баллов» выставляется если обучающийся самостоятельно освоил практический навык, при демонстрации практического навыка точно соблюдал алгоритм выполнения. Или допустил незначительные технические погрешности, или в алгоритме выполнения. |
|  Оценка «8-7» выставляется если обучающийся самостоятельно освоил практический навык, при демонстрации практического навыка точно соблюдал алгоритм выполнения, допустил ошибки в алгоритме или технике выполнения навыка, но исправил самостоятельно. |
| Оценка «6-5» выставляется если обучающийся освоил практический навык, при демонстрации практического навыка соблюдал алгоритм выполнения, допустил ошибки в алгоритме и технике выполнения навыка исправленные преподавателем. |
| Оценка «4-3» выставляется если обучающийся отрабатывал практические навыки на муляжах в учебное время по указанию преподавателя. При демонстрации практических навыков допустил погрешности в алгоритме и технике выполнения навыка исправленные преподавателем. |
| Оценка «2-1» выставляется если обучающийся демонстрировал практические навыки на муляжах только по указанию преподавателя. При демонстрации практических навыков допустил грубые ошибки и погрешности в алгоритме и технике выполнения навыка. |
| Оценка «0» выставляется если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков |
| **доклад клинического случая** | Оценка «10-9» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию доклада по клиническому случаю: диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, лечением и рекомендациями.  |
| Оценка «8-7» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию доклада по клиническому случаю, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются небольшие погрешности в изложении материала (диагноз согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного, но нет строгой обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента). |
| Оценка «6-5» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к написанию доклада по клиническому случаю, но при этом допущены ошибки обосновании заключения (диагноз, лечение или рекомендаций для пациента не согласуется с данными объективного обследования, результатами обследования больного). |
| Оценка «6-5» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к написанию доклада по клиническому случаю. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в обоснованности назначения лечения или рекомендаций для пациента |
| Оценка «4-3» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада по клиническому случаю, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. |
|  | Оценка «2-1» выставляется если обучающимся не раскрыта тема доклада по клиническому случаю, обнаруживается существенное непонимание проблемы, не раскрыты по методическим требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям педиатрии. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена для студентов 5 курса проводится по экзаменационным билетам и результатам предэкзаменационного тестирования и в форме зачета для студентов 6 курса по зачетным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

промежуточной аттестации по дисциплине для 5 курса – экзамен:

**Рд=Ртс+Рэ**

если форма промежуточной аттестации по дисциплине для 6 курса – зачет:

**Рд=Ртс+Рз**,

где

**Ртс -**текущий стандартизированный рейтинг;

**Рэ -** экзаменационный рейтинг

**Рз -** зачетный рейтинг;

Текущий стандартизированный рейтинг (Ртс) выражается в баллах по шкале от 0 до 70 и вычисляется по формуле:

**Ртс=(Ртф\*70)/макс (Ртф)**

где

**Ртс -** текущий стандартизированный рейтинг;

**Ртф -** текущий фактический рейтинг;

макс **(Ртф)** максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

Критерии, для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.

**10-9 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания процессов и медицинской терминологии. Соблюдаются нормы литературной речи.

**8-6 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

**4-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

**0-1 балл.** Ответ не получен.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Педиатрии» для 5 курса**

1. Новорожденный ребенок, оценка по шкале Апгар, физиологические рефлексы новорожденного, сроки угасания. Уход за новорожденным ребенком.
2. Новорожденный ребенок: критерии живорождения, доношенности, переношенности. Принципы организации ухода за новорожденным ребенком.
3. Физиологические ("пограничные") состояния новорожденных детей, клинические проявления. Коррекция пограничных состояний новорожденных детей.
4. Недоношенный ребенок, критерии недоношенности. Критерии доношенности и недоношенности. Определение степени зрелости. Причины. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Этапы выхаживания новорожденных.
5. Физическое развитие детей, методы оценки. Группы здоровья.
6. Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни. Критерии оценки, группы нервно-психического развития.
7. Нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни: линии развития.
8. Естественное вскармливание. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока. Гипогалактия. Причины. Клиника. Профилактика.
9. Естественное вскармливание определение понятия. Техника проведения кормления. Критерии оценки эффективности вскармливания. Виды прикормов. Правила введения прикормов. Расчет суточного и разового объемов питания.
10. Смешанное вскармливание, определение понятия, показания к переводу. Правила введения докорма. Классификация молочных смесей, используемые в питании здоровых детей.
11. Искусственное вскармливание. Противопоказания к естественному вскармливанию. Показания к переводу. Количественные и качественные различия женского и коровьего молока. Расчет суточного объема питания, режим питания. Классификация молочных смесей. Техника проведения кормления.
12. Недостаточность питания определение понятия, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Принципы диетотерапии и медикаментозного лечения.
13. Желтухи новорожденных: этиологическая классификация, клиника, диагностика, принципы терапии. Антенатальная профилактика гемолитической болезни новорожденного.
14. Гемолитическая болезнь новорожденных: этиология, патогенез, клинические формы, осложнения, профилактика. Заменное переливание крови: показания, осложнения, техника проведения.
15. Асфиксия новорожденного, определение. Причины. Классификация по степени тяжести. Диагностика. Мероприятия в родильном зале.
16. Респираторный дистресс синдром новорожденного, этиология, патогенез, основные принципы терапии.
17. Перинатальное поражение ЦНС: этиология, классификация, диагностика.
18. Синдромы острого периода перинатальных поражений ЦНС профилактика гипоксии плода.
19. Гипоксически-ишемические поражения ЦНС у новорожденных: патогенез, клинические синдромы острого периода, диагностика, принципы лечения, исходы.
20. Внутричерепная родовая травма: субдуральные, внутрижелудочковые, паренхиматозные кровоизлияния. Этиология. Патогенез. Клиника. Исходы. Принципы терапии.
21. Пневмония новорожденных: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика.
22. Сепсис новорожденных: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика.
23. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей. Рахит. Определение. Этиология. Классификация. Патогенез. Клинические проявления в зависимости от степени тяжести. Критерии диагностики. Профилактика.
24. Рахитоподобные заболевания (фосфат-диабет, болезнь де-Тони-Дебре-Фанкони, почечный тубулярный ацидоз), клинические проявления, диагностика, основные принципы лечения.
25. Гипервитаминоз Д: причины, клиника, диагностика, лечение.
26. Спазмофилия, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
27. Синдром мальабсорбции у детей: этиология, патогенез, нозологические формы, диагностика, принципы терапии.
28. Лактазная недостаточность: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
29. Муковисцидоз у детей: патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
30. Целиакия: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
31. Анемии: классификация. Железодефицитная анемия. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.
32. Дефицитные анемии у детей: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения и диспансерное наблюдение.
33. Острый лейкоз у детей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, вопросы деонтологии.
34. Острый бронхит: этиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
35. Острый бронхит с синдромом бронхиальной обструкции: этиология, патогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь.
36. Бронхиолит: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения и профилактика.
37. Внебольничная пневмония у детей: классификация, патогенез, клиника, диагностика, принципы ступенчатой антибактериальной терапии, вакцинопрофилактика.
38. Внебольничная пневмония у детей, этиология в зависимости от возраста, осложнения, показания к госпитализации, принципы лечения в стационаре.
39. Атипичные пневмонии у детей: определение, этиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Бронхиальная астма: определение понятия, этиология, факторы риска, триггеры, виды аллергенов, патогенез бронхиальной астмы.
41. Бронхиальная астма у детей: классификация обострения критерии тяжести приступа, лечение в периоде обострения, неотложная помощь при приступе.
42. Бронхиальная астма у детей: методы диагностики, классификация по тяжести астмы, оценка тяжести и уровня контроля, принципы ступенчатой терапии в зависимости от уровня контроля.
43. Врожденные пороки сердца с обеднением большого круга кровообращения (коарктация аорты), типы, гемодинамика, клиническая картина, диагностика, типичные осложнение, лечение.
44. Врожденные пороки сердца без цианоза с обогащением малого круга кровообращения (ДМПП, ДМЖП, ОАП): гемодинамика, клиническая картина, диагностика, лечение.
45. Врожденные пороки сердца с цианозом и обеднением малого круга кровообращения (тетрада Фалло): гемодинамика, клиническая картина, диагностика, типичные осложнение, лечение.
46. Геморрагический васкулит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, диспансерное наблюдение.
47. Гемофилия определение понятия, патогенез, наследование, клиническая картина, диагностика нарушения свертывания крови, принципы терапии, диспансерное наблюдение. Медико-генетическое консультирование.
48. Тромбоцитопеническая пурпура: этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, принципы терапии.
49. Острая ревматическая лихорадка у детей: этиология, патогенез, основные и дополнительные критерии диагностики, кардиальные и экстракардиальные проявления у детей, принципы лечения, первичная и вторичная профилактика.
50. Миокардит, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, диспансерное наблюдение.
51. Эндокардит у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии.
52. Перикардит у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы терапии.
53. Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки у детей. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Острый гломерулонефрит: определение, клинические проявления, диагностика и лечение.
55. Хронический гломерулонефрит: морфологические варианты, клиника, диагностика, принципы терапии, диспансерное наблюдение.
56. Нефротический синдром, определение, клинические проявления, диагностика и лечение.
57. Инфекция мочевыводящих путей: определение понятия, этиология, классификация, клиническая картина, диагностика.
58. Острый пиелонефрит: этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
59. Хронический пиелонефрит у детей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Гипотиреоз: классификация, клиника, диагностика, принципы терапии, антенатальная профилактика.
61. Врождённый гипотиреоз, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, антенатальная профилактика, диспансерное наблюдение.
62. Диффузный токсический зоб у детей этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, принципы терапии, диспансерное наблюдение.
63. Сахарный диабет у детей: клиника, диагностика, критерии компенсации, осложнения, лечение.
64. Диабетический кетоацидоз у детей: этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь.
65. Гипогликемия у детей: этиология, клиника, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
66. Гипертермический синдром. Патогенез. Типы лихорадочных реакций. Неотложная помощь.
67. Аденовирусная инфекция у детей: эпидемиология, особенности клиники, принципы лечения.
68. Грипп. Эпидемиология. Патогенез. Патоморфологические изменения. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Парагрипп, эпидемиология, клиника, принципы лечения острых респираторных инфекций у детей.
70. Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция, эпидемиология, особенности клиники у детей первого года жизни, лечение, профилактика.
71. Ветряная оспа, этиология, эпидемиология, клиника, лечение, противоэпидемические мероприятия.
72. Дифтерия, этиология, факторы патогенности, входные ворота и пути распространения возбудителя, классификация, активная иммунизация.
73. Дифтерия гортани: эпидемиология, патогенез, клиника крупа, лечение, иммунизация.
74. Дифтерия ротоглотки, клинические проявления, диагностика, профилактика.
75. Токсическая дифтерия ротоглотки, эпидемиология, патогенез, клиника, лечение, активная и пассивная иммунизация.
76. Кишечные коли-инфекции у детей: эпидемиология, особенности клиники, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.
77. Сальмонеллез: эпидемиология, патогенез, особенности клиники у детей, диагностика, лечение и профилактика.
78. Дизентерия у детей, этиология, патогенез, эпидемиология, особенности клиники у детей, принципы лечения, профилактика, противоэпидемические мероприятия.
79. Синдром эксикоза при кишечных инфекциях, типы дегидратации, особенности клиники, лечение в зависимости от типа и тяжести эксикоза.
80. Коклюш, этиология, клинические проявления, диагностика, профилактика.
81. Корь, этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение и профилактика.
82. Краснуха: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика.
83. Менингококковый менингит: клиника у детей, диагностика, принципы лечение, противоэпидемические мероприятия.
84. Скарлатина: этиология, эпидемиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.
85. Роль детской поликлиники в медицинском обслуживании детского населения. Структура и принципы работы детской поликлиники. Организация медицинского наблюдения за новорожденным ребенком. «Группы риска» в периоде новорожденности. Пограничные состояния в периоде новорожденности, методы коррекции.
86. Профилактическая работа участкового врача. Наблюдение за здоровыми детьми в поликлинике. Сроки обязательных медицинских осмотров несовершеннолетних. Группы здоровья. Группы занятий физической культурой.
87. Оказание лечебной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе. Диспансерное наблюдение за больными детьми.
88. Виды профилактики. Вакцинация. Календарь профилактических прививок. Профилактические прививки ребенка первого года жизни. Противопоказания и осложнения.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Практическое задание №1**

**Анамнез жизни:** ребёнок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. Гемолитическая болезнь новорожденных
3. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №2**

**Оценить нервно-психическое развитие ребёнка 6 мес.**

А3 – отличает близких от чужих

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает

Др – уверенно берёт и занимается игрушками

Ра – произносит отдельные звуки и слоги

Н – ест с ложки полужидкую пищу

**Образец решения**

А3 – отличает близких от чужих (N)

Ас – по-разному реагирует на свое и чужое имя (N)

Э – радуется ребёнку, берёт у него из рук игрушки (N)

Д0 – переворачивается с живота на спину, подползает (N)

Др – уверенно берёт и занимается игрушками (N)

Ра – произносит отдельные звуки и слоги (N)

Н – ест с ложки полужидкую пищу (N)

**НПР – 2 группа 1 степень**

**Практическое задание №3**

Ребенок 2 месяца, масса тела при рождении 3000 гр., находится на естественном вскармливании.

**Задание:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения ситуационной задачи**

1. m (долженствующая) – 3кг+600+800=4400кг,

Vc (суточный объем) – 4400/6=733 ml

Vр (разовый объем) – 733 ml/6=122 ml

600- грудное молоко 122,0

930- грудное молоко 122,0

1300- грудное молоко 122,0

1630- грудное молоко 122,0

2000- грудное молоко 122,0

2330- грудное молоко 122,0

1. Б - 2,2 х 4,400 = 9,680

Ж – 6,5 х 4,400 =28,600

У – 13 х 4,400 = 57,200

Ккал -115 х 4,400 =506,00

**Практическое задание №4**

Ребенок 5 месяцев, масса тела при рождении 3300 гр., в настоящий момент находится на естественном вскармливании. При контрольном кормлении получил 70 мл грудного молока.

**Задание:**

1. Напишите схему кормления в настоящий момент.
2. Укажите рекомендуемые потребности в белках, жирах, углеводах и калорийность для данного возраста.

**Образец решения**

1. m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

КК – 70 ml

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/6=165 ml

600- грудное молоко 165,0

930- каша 150,0 + сливочное масло 4,0 + грудное молоко 9,0

1300- грудное молоко 165,0

1630- грудное молоко 165,0

2000- грудное молоко 165,0

2330- грудное молоко 165,0

1. Б - 2,6 х 6950 = 18

Ж – 6,5 х 6950 = 42

У – 13 х 13 = 91

Ккал -115 х 6950 = 805,00

**Практическое задание №5**

Девочка 5 мес.

**Жалобы** (со слов матери) на беспокойство, снижение аппетита, неустойчивый стул, снижение массы тела.

**Анамнез заболевания**: ребенок с 2,5 месяцев находится на искусственном вскармливании смесью по возрасту, но ест неохотно в связи с чем докармливают разведенным коровьим молоком; первый прикорм – каша с 4 месяцев, получает кашу 2-3 раза в сутки. Условия ухода неудовлетворительные: не гуляют на свежем воздухе, купают нерегулярно. Профилактика рахита не проводится. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 срочных родов, закричала сразу, к груди приложен в родильном зале. Масса тела при рождении 3300 г, рост - 51 см. БЦЖ в роддоме. Из перенесенных заболеваний ОРИ - 2 раза, острый отит (в 1,5 мес.).

**Объективно**: состояние ребенка средней тяжести, правильного телосложения, масса тела – 6200 г, рост – 65 см, большой родничок 1,5х1,5 см., края податливые. Кожные покровы бледные, эластичность кожи снижена. Подкожно-жировая клетчатка истончена на передней брюшной стенке, тургор тканей удовлетворительный. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД – 30 в мин. Перкуторно над легкими легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Область сердца не изменена. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 135 в мин. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1,5 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый со склонностью к запорам. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой симптоматики нет.

НПР: Аз – 5 месяца, Ас – 5 месяца, Э – 5 месяца, До – 5 месяца, Др – 4 месяца, Н – 4 месяца.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 4,1х1012/л, WBC – 8,2х109/л, NEUT – 40%, LYMPH – 49%, MONO – 8%, EO – 3%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: количество 30 мл, уд. вес – 1018, реакция – кислая, светло-желтая, прозрачная, лейкоциты – 0-1 в п/з., плоский эпителий – 0-1 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, фосфаты в небольшом количество.

БАК: PRO – 72 г/л, GLU – 4,5 мкмоль/л, BIL – 18,6 мкмоль/л, Са – 2,0 ммоль/л, Р – 1,2 ммоль/л.

Копрограмма: цвет – желтый, кашицеобразный, нейтральный жир – небольшое количество, жирные кислоты – ед., йодофильные бактерии – большое количество, лейкоциты – 10-12 в п/з, эритроциты – 0-1 в п/з, слизь - большое количество.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените обследование ребенка

3.Поставьте предварительный диагноз.

4.Составьте план дополнительного обследования.

5.Определите тактику ведения пациента.

**Эталон решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Практическое задание №6**

Мальчик 6 мес.

Жалобами со слов родителей на плохую прибавку в весе, жидкий стул до 6-8 раз в сутки.

**Анамнез жизни:** ребенок от I срочных родов, беременность протекала с токсикозом I половины, на фоне обострения хронического пиелонефрита в 20 недель; ребёнок родился с массой тела – 3500, длиной 52 см, находился на грудном вскармливании до 1 месяца, затем переведен на искусственное, получает адаптированную смесь «NAN 1» по 150,0 мл 6 раз в день, периодически отмечается гиперемия щёк и ягодиц, шелушение, опрелости в паховых складках. Генеалогический анамнез: у отца – хронический эрозивный гастрит, у бабушки по линии матери – экзема.

**Социальный анамнез**: семья полная, жилищно-бытовые и материальные условия удовлетворительные.

**Антропометрия**: масса – 6000гр., рост – 65 см., окружность головы – 42 см., окружность груди – 43 см.

**Психометрия**: Аз – 5мес., Ас – 5мес., До – 5мес., Др – 5мес., Ра – 5мес., Рп – 5мес., Н – 4мес.

Мед. отвод от АКДС.

**Анамнез заболевания:** с недельного возраста у ребенка отмечаются эпизоды кишечной колики, жидкий стул на фоне нормальной температуры тела и удовлетворительного состояния. При попытке введения овощного пюре у ребенка отмечалось учащение стула до 5-6 раз, беспокойство, метеоризм. Поступил на обследование и лечение.

**Объективно:** Общее состояние у ребенка средней тяжести. Температура тела нормальная. Питание понижено, подкожно – жировой слой истончен на животе и бедрах, толщина кожной складки на уровне пупка 1 см. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, себорейные корочки над бровями, гиперемия щек, шелушение, опрелости в ягодичных складках. Большой родничок 1,0 х 1,0 см, края плотные. Дыхание везикулярное, число дыханий 40 в минуту. Границы относительной сердечной тупости правая – парастернальная линия; верхняя – II межреберье; левая – на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот увеличен в размерах, вздут, урчание при пальпации. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул при приеме в отделение кашеобразный, желтый с примесью слизи.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Снижение аппетита, беспокойство, снижение массы тела на 11%, бледность и снижение эластичности кожи, истончение подкожно жировой клетчатки в области живота, умеренное вздутие живота; синдромы – эпителиальный, дефицита массы тела, диспепсический.
2. Долженствующая масса – 9650 гр. Фактическая масса тела – 3500 гр. Дефицит массы тела – 11%.
3. Гипотрофия 1, постнатальная алиментарное, период разгара. Рахит 1, начальный период, острое течение. Группа риска по анемии.
4. Диетотерапия

m (долженствующая) – 3300кг+600+800+800+750+700 (3650) = 6950 кг

6950 - 100%, 6200 - 89%, дефицит 11%

Vc (суточный объем) – 6950/7=992 ml

Vр (разовый объем) – 992 ml/7=132 ml (увеличена частоту кормления)

600- смесь с пробиотиком 128,0

900- каша 128,0 + сливочное масло 4,0

1200- смесь с пробиотиком 128,0

1500- смесь с пробиотиком 128,0

1800- смесь с пробиотиком 128,0

2100- смесь с пробиотиком 128,0

2400- смесь с пробиотиком 128,0

**Практическое задание №7**

Девочка 2 года

**Жалобы** со слов матери на снижение аппетита, отказ от пищи, рвоту, температуру тела до субфебрильных цифр, беспокойство.

**Анамнез заболевания**: больна около 5 месяцев. По мнению матери, до 6-месячного возраста была совершенно здорова, ничем не болела. С 6 месяцев отмечается снижение аппетита, частые отказы от еды, ни с чем несвязанные рвоты, подъемы температуры до субфебрильных цифр, беспокойна.

**Анамнез жизни**: от 1 доношенной беременности. Масса тела при рождении 3200 г, длина - 54 см. Находится на естественном вскармливании, прикормы введены в срок, получала профилактическую дозу витамина Д - 500 МЕ ежедневно. В 8 месяцев перенесла сегментарную пневмонию. С этого времени стали проявляться отставание в физическом и нервно-психическом развитии. Девочка сидит с трудом, на ножки не встает. Лечилась по поводу рахита, гипотрофии, лечение обычными дозами витамином Д в течение 45 дней, что не дало никакого результата.

**Объективно:** Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Правильного телосложения. Масса тела 9600 г, длина - 75 см. Кожные покровы сухие с сероватым оттенком, выражена складчатость кожи, особенно на конечностях. Подкожно-жировой слой слабо выражен. Резко выраженная гипотония мышц. Имеется деформация черепа в виде отчетливо выдающихся теменных бугров, уплощенного затылка. Грудная клетка развернута. Отчетливая «Гаррисонова борозда». Большой родничок 1х1 см, зубы 0/2. Х-образное искривление костей ног, руки деформированы. Над легкими коробочный оттенок легочного звука, дыхание везикулярное. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца отчетливые. ЧСС 110 в минуту. Живот увеличен, печень пальпируется на 5 см из-под края реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Отмечается склонность к запорам. Мочеиспускание учащено.

НПР: С-1г. 9месяца, Д-1г. 6месяца, И-1г. 6месяца, Н-1г. 6 мес., Ра и Рп-1г. 6 мес.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: остеопороз костей.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдромы поражение нервной системы, костной системы, мышечной системы, полиурия.
2. Отставание ФР очень низкая масса при очень низком росте (1 коридор), НПР – 3 группа, 4 степень, Р костей – остеопороз
3. Синдром Фанкони (де Тони-Дебре)
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови: кальций, фосфор, натрий, хлориды, креатинин, глюкоза; 1,25 (ОН)2D3, паратгормон. Биохимический анализ суточной мочи: экскреция кальция, фосфора и белка, глюкозы, аммония, титруемые кислоты.
5. Дегидратация, коррекция ацидоза, гипонатриемии, гипокалимии, гипофосфатемии, бикарбонат натрия, препараты калия, фосфора, витамин Д3 0,02-0,05 мкг/кг/сутки, индометацин 0,5-1,5 мг/кг/сутки при отсутствии эффекта.

**Практическое задание №8**

Мальчик 11 лет

**Жалобы** на слабость, боли в ногах, головную боль, понижение аппетита, высыпания.

**Анамнез заболевания**: болен в течение последних 2 месяцев, когда впервые мама заметила появление синяков на теле у ребенка, в последние три дня синяков стало больше, появилась кровоточивость десен, заболевание ни с чем не связывает.

**Анамнез жизни**: родился от I беременности, протекавшей без особенностей, от молодых здоровых родителей. Матери 30 лет, отцу – 32 года. Мать работает библиотекарем, отец строителем. Материальные и бытовые условия в семье удовлетворительные. Масса при рождении 3800 гр., длина 52 см. Вскармливался грудью до 1 г. 2 мес., развивался хорошо, болел мало, все прививки получил своевременно.

**Объективно**: состояние ближе к тяжелому, мальчик правильного телосложения, удовлетворительного питания: масса - 40 кг, рост - 150 см. Кожа бледная с восковидным оттенком. Слизистые бледные. На коже множество экхимозов различного цвета – от фиолетовых до желтых – размером 2-4 см., возникли самопроизвольно. Пальпируются увеличенные подчелюстные и шейные лимфоузлы до размера крупной фасоли, плотно-эластичной консистенции, не спаянные друг с другом, безболезненные, подмышечные и паховые лимфоузлы - плотно-эластичные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями, размером до горошины. Суставы не изменены, движения в полном объеме. Отмечается болезненность при постукивании по большеберцовой кости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 18 в минуту. Тоны сердца средней громкости, ритмичные, ЧСС 96 в минуту. Короткий систолический шум на верхушке и в т. Боткина за пределы сердца не проводится. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под ребра на 2 см, край плотный, гладкий б/болезненный. Селезенка пальпируется на 6 см ниже реберной дуги. Дизурических расстройств нет. Стул ежедневно, оформленный.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 70g/L, RBC – 2,2х1012/L, WBC – 50x109/L, PLT – 90,0x109/L, NEUT – 57%, MONO – 1%, LYMPH – 11%, бластные клетки – 31%, СОЭ – 30мм/час.

**Вопросы**:

1. Выделите клинические синдромы.
2. Оцените обследование ребенка
3. Поставьте предварительный диагноз.
4. Составьте план дополнительного обследования.
5. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Лимфоаденопатия, геморрагический.
2. Лейкоцитоз, тромбоцитопения, бласты в периферической крови.
3. Острая лейкемия
4. Пункция костного мозга
5. Химиотерапия

**Практическое задание №9**

Мальчик, 11 лет

Поступил в клинику по направлению участкового педиатра с жалобами на мелкоточечную сыпь на нижних конечностях, боли в суставах, общую слабость.

**Анамнез жизни:** родился доношенным с массой 3500 г, длина - 52 см. Рос­ и развивался соответственно возрасту. С 3-х месяцев на искусственном вскармливании, до года отмечались проявления аллергического конституционального дерматита. Часто болел простудными заболеваниями.

**Анамнез заболевания:** болен в течение недели. Три недели назад перенес стрептодермию, накануне вечером появились боли в коленных и голеностопных суставах, а с утра в день поступления состояние ухудшилось: усилились боли в суставах в суставах нижних конечностях, появились высыпания на ногах.

**Объективно:** при поступлении состояние средней тяжести, вялый, отмечалась бледность кожных покровов, наличие симметричных геморрагических высыпаний на коже голеней и вокруг крупных суставов. Суставы по внешнему виду не изменены, объем движений не ограничен. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 в минуту. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обе­их сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

**ОАК**: HGB – 120г/л, RBC – 3,5х1012/л, WBC – 6,0 х 109/л, PLT – 2,5 х 109/л

**ОАМ**: относительная плотность – 1012, белок – отрицательный, прозрачная, Л – 1-2, эпителий – 2 - 3 в п/зр.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические синдромы
2. Определите тип кровоточивости
3. Поставьте клинический диагноз
4. Составьте программу лечения

**Образец решения**

1. Геморрагический.
2. Васкулитно-пурпурный.
3. Диагноз: Геморрагический васкулит. Кожная форма.
4. ОАК: тромбоциты, гематокрит, длительность кровотечения

- биохимический анализ крови: об. белок, белковые фракции, СРБ, серомукоид;

- иммунограмма;

- коагулограмма (время свертывания, этаноловый тест и др.);

- вирусологическое обследование (вирусы гепатита, ЦМВ, герпеса);

 - ОАМ, копроцитограмма (по показаниям посев на ЭПКГ);

- осмотр ЛОР-врача, стоматолога;

1. Программа лечения:
* ограничение двигательной активности;
* энтеросорбенты (полифепан, карболен, энтеросорб, полисорб, смекта);
* антиагрегантные средства (курантил, трентал).

**Практическое задание №10**

Девочка, 9 лет,

**Жалобы** на длительный субфебрилитет, боли в суставах и мышцах нижних конечностей, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

**Анамнез жизни**: ребенок от II преждевременных родов на 37-38 неделе беременности. Масса при рождении 2100, длина 46 см. беременность протекала без частые простудные заболевания и ангины (2-3 раз в год). Наследственность по сердечно-сосудистой патологии не отягощена.

**Анамнез заболевания**: считает себя больной на протяжении 2 недель, когда вечером поднялась температура до 38.5, появились катаральные явления, недомогание, слабость. Участковым педиатром был выставлен диагноз ОРВИ, лечилась амбулаторно, получала симптоматическую и макролиды. Состояние улучшилось, однако сохранялись жалобы на недомогание, слабость, боли в нижних конечностях, бледность кожных покровов. После появления геморрагической сыпи была направлена на стационарное лечение.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные с землистым оттенком. На обоих предплечьях, локтевых сгибах, боковых поверхностях туловища мелкая геморрагическая сыпь. Дыхание через нос свободное, грудная клетка равномерно участвуют в акте дыхания, ЧД – 26 в минуту. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: верхняя – II ребро; левая – передняя подмышечная линия; правая – правый край грудины. Аускультативно «дующий» шум в IV-V м/р у левого края грудины и на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Язык чистый, влажный, розовый. Живот распластан. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, ежедневный. Область почек не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 96 г/л, RBC – 3,2х1012/л, WBC – 14,109/л, BASO – 3%, NEUT – 80%, EO – 1%, LYMPH – 10%, MONO – 6%, СОЭ – 46 мм/час.

На ЭКГ нагрузка на миокард левого желудочка.

ЭхоКС: умеренная дилатация полости левого желудочка (на 5мм). Толщина миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки – в пределах возрастной нормы. Створки митрального клапана “разрыхлены”, утолщены, пролабируют в полость левого предсердия во время систолы до 5мм. На передней створке выявляются вегетации диаметром до 4мм. Другие сердечные клапаны не изменены. Показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики умеренно снижены.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Практическое задание №11**

Мальчик, 8 месяцев

Поступил в стационар на обследование с жалобами (со слов мамы) на цианоз носогубного треугольника, плохую прибавку в массе тела.

**Анамнез жизни**: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в первом триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 2990 г, длина - 48 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вскармливание грудное, прикорм по возрасту.

**Анамнез заболевания:** с первых дней жизни выслушивался систолический шум, отмечается цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при беспокойстве. За последние 6 месяцев отмечалась плохая прибавка в массе. Перенес ОРВИ 2 раза, пневмонию.

**Объективно:** Состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6500 г, длина – 66 см. Кожные покровы чистые, бледные. Цианоз носогубного треугольника. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус сохранен. Голова округлой формы. Большой родничок 0,5х0,5 см края плотные. Грудная клетка цилиндрической формы, в области грудины несколько выбухает. Перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание жесткое, ЧД - 60 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 кнаружи от правой парастернальной линии, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Тоны сердца ритмичные, систолический шум, короткий, негрубый во II-III межреберье слева от грудины. ЧСС - 140 в минуту. Живот мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 128 г/л, RBC – 3,96х1012/л, WBC – 8,4х109/л, NEUT – 34%, LYMPH – 60%, MONO – 6%, СОЭ – 4 мм/час.

БАК**:** PRO – 76 г/л, BIL – 18,5 мкмоль/л, Ca – 2,8 ммоль/л, P – 1,75 ммоль/л.

ОАМ**:** светло-желтая, прозрачная, рН – слабокислая, Р – 1014, лейкоциты – 1-3 в п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущий клинический симптомы и синдромы.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Оцените данные обследования.
4. Составьте план лечения.

**Образец решения**

1. Геморрагический, интоксикационный, сердечной недостаточности
2. Острый инфекционный эндокардит
3. ЭКГ – нагрузка на миокард желудочков, ЭХОКС – признаки эндокардита, ОАК – признаки воспаления.
4. Стационарное лечение антибиотик широкого спектра, НПВС 10-14 дней, затем амбулаторное лечение.

**Практическое задание №12**

Девочка, 11 лет.

**Жалобы**: на интенсивные, ноющие боли в эпигастральной области интенсивные, чаще перед едой или через 1,5-2 часа после еды, отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам, периодически приступы кашля, редкие боли за грудиной.

**Анамнез заболевания**: больна с 10 лет, питается нерегулярно, часто всухомятку. В течение последнего года периодически беспокоят боли в животе, лечилась самостоятельно (ферменты, иногда антацидные препараты). Последнее ухудшение состояния в течение 2 месяцев, на фоне подготовки к концерту (учится в школе искусств) появились резкие боли в животе, отмечалась однократная рвота, нарушение стула.

**Анамнез жизни**: ребенок от I срочных родов. Масса при рождении 3800гр. Вскармливание естественное до 3 месяцев, затем адаптированная смесь до 1 года. В весе прибавляла плохо, отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. До 3 лет неоднократно лечилась по поводу дисбактериоза кишечника. Девочка с 6 лет учится в гимназии, музыкальной школе, художественной студии.

**Генеалогический анамнез**: отец девочки страдает хроническим гастритом, ГЭРБ.

**Объективно**: общее состояние средней степени тяжести. Масса тела 30 кг, рост 135 см. Кожные покровы умеренно бледные, периорбитальные тени. Зев спокойный. Грудная клетка правильной формы. Аускультативно дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС 78 в минуту. Язык густо обложен белым налетом, влажный. Живот округлой формы, равномерно участвует в дыхании, несколько вздут. Поверхностная пальпация безболезненная, при глубокой пальпации значительная болезненность в эпигастральной области и справа от пупка. Симптомы Мерфи, Керра, Ортнера - отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стула не было в течение 2 суток.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 110 г/л, RBC – 3,0х1012/л, PLT – 250х109 /л, WBC – 9,5х109/л, LYMPH – 58%, LYMPH – 39%, MONO – 3%, EO – 0%, СОЭ – 10 мм/час.

БАК: PRO – 68 г/л, GLU – 3,3 мкмоль/л, Fe – 14 мкмоль/л, BIL – 15,4 мкмоль/л,

ФЭГДС: пищевод свободно проходим, стенки эластичные, перистальтика симметричная, активная, слизистая гиперемирована, гладкая, блестящая. Z-линия четкая, кардия расположена типично, сомкнута, проходима, функционирует ритмично. В теле желудка слизистая гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. По задней стенке желудка округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. На дне язвы определяется эрозивные сосуды со сгустком крови, после удаления которого открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица 12 перстной с выраженным отеком и гиперемией. кишки средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой и конвергенции складок. Слизистая луковицы. рН – гиперацидность.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.

2. Оцените данные обследования.

3.Поставьте клинический диагноз.

4.Составьте план ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром болевой абдоминальный: боль в животе, диспепсический: отрыжку кислым, изжогу, склонность к запорам; гиперсекреторный: склонность к запорам, боль в животе, густо обложенный язык; синдром мальабсорбции: снижение массы тыла, вздутый живот, плохой аппетит, неустойчивый стул.
2. В ОАК – снижение гемоглобина и эритроцитов, в БАК железо на нижней границе нормы; ФГДС – язва задней стенки желудка, признаки воспаления в желудке и 12 перстной кишки.
3. Впервые выявленная язвенная болезнь желудка, неосложненная, фаза обострения, фаза свежей язвы, с повышенной кислотообразующей функцией Нр позитивная.
4. Госпитализация, стол №1, лечение препаратами 1 линии: ИПП (4 недель) + амоксиклав+кларитромицин 14 дней; спазмолитики, антоцидные препараты, контроль ФГДС через 8 недель.

**Практическое задание №13**

Девочка, 4 месяца

**Жалобы** (со слов мамы) на высокую температуру, рвоту, редкое мочеиспускание.

**Анамнез заболевания**: заболела 9 дней назад, отмечались катаральные явления, температура до 37,60С, получила симптоматическое лечение, с положительным эффектом, на 9 сутки состояние резко ухудшилось, вновь повысилась температура, появилась рвота, стала редко мочиться. Сделана рентгенограмма грудной клетки, исключена пневмония, направлен в инфекционный стационар.

**Анамнез жизни**: ребенок от II беременности, с угрозой прерывания в первом триместре, острого бронхита в третьем триместре, без антибактериальной терапии. Роды в срок, физиологичные, девочка родилась с массой – 3600 г, длиной – 52 см.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, температура 39,60. Масса тела – 5700 г, рост – 62 см. Кожные покровы бледные-розовые, горячие на ощупь. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 60 в минуту. Область сердца не изменена. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 180 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации болезненный во всех отделах. Печень на 1,5 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое, моча мутная. Стул 3-4 раза в сутки, кашицеобразный, желто-зеленого цвета.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 130 г/л, RBC – 4,3 х 1012/л, WBC – 28х109/л, LYMPH – 72%, NEUT – 20%, MONO – 7%, EO – 1%, СОЭ – 25 мм/час.

БАК**:** PRO – 60 г/л, альбумины – 52%, СРБ – 9мг/л, ДФА – 0,32 ЕД, CHOL – 4,2 ммоль/л, UREA – 5,7 ммоль/л, CREAT – 73 мкмоль/л

Проба Реберга – СКФ – 56 мл/мин, КР – 98 %.

ОАМ: количество – 150 мл, мутная, белок – 0,066%, лейкоциты 25-30 в п/з, соли-оксалаты сплошь, бактерии в большом количестве.

Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам – E. Coli 100000 МЕ, чувствительная к амоксициллину, оксациллину, цефтриаксону.

УЗИ почек и мочевого пузыря: положение обычное, контуры четкие ровные, размеры: D - 50 х 23мм, L - 48 х 27мм. Повышена эхогенность паренхимы обеих почек. Лоцируются гипоэхогенные пирамидки. ЧЛС до и после микции не расширена. Мочеточники не расширены. Мочевой пузырь обычной формы, с четким ровным контуром. Наполнен слабо до 24 мл, содержимое однородное. Стенка не утолщена. После микции объем остаточной мочи - 2 мл (9%).

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; дизурический: редкие мочеиспускания; интоксикационный: гипертермия, бледность; болевой: боли при пальпации живота.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки воспаления; в посеве мочи E. Coli; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, стол 7, обильное питье (морс клюква, брусника, почечный сбор), антибиотикотерапия по результатам посева мочи (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней);
4. Диспансеризация только для детей с хроническим пиелонефритом

**Практическое задание №14**

Мальчик, 14 лет

**Жалобы** на головную боль, отеки на лице.

**Анамнез заболевания**: Болен неделю. 2 недели назад перенес обострение хронического тонзиллита, лечился амбулаторно – орошение зева раствором мирамистина. Затем родители заметили отеки век по утрам, появились головные боли. Обратились к врачу, и ребенок был направлен в стационар.

**Анамнез жизни**: Рос и развивался соответственно возрасту. С 6 лет страдает хроническим тонзиллитом, обострение 2 раза в год.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Масса тела 58 кг, длина - 164 см. Телосложения правильного. Кожа чистая, бледная, веки отечные. Пастозность голеней. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Зев спокойный. Миндалины увеличены, разрыхлены, с глубокими лакунами. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД - 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: левая - на 0,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии; правая - по правому краю грудины; верхняя - III межреберье. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 82 в мин. АД - 152/95 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 100 г/л, RBC – 3,3х1012/л, WBC – 6,7х109/л, NEUT – 25%, LYMPH – 67%, EO – 4%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час.

БАК**:** PRO – 68 г/л, альбумины – 40%, GLU – 3,7 ммоль/л, UREA – 5,8 ммоль/л, CREAT – 77 ммоль/л, CHOL – 5,2 ммоль/л, СРБ ++, АСЛ-О – 250 МЕ/мл (N <10 лет – не более 150 МЕ/мл).

Проба Реберга: клубочковая фильтрация – 80 мл/мин, канальцевая реабсорбция – 99%,

ОАМ**:** количество 100 мл, реакция - кислая, полупрозрачность, белок – 0,536%0, эритроциты – выщелоченные в большом количестве, лейкоциты - 1-2 в п/зр., цилиндры гиалиновые – единичные.

**Копрограмма:** мышечные волокна с исчерченностью – 0-1, жир нейтральный – незначительное количество, эпителий цилиндр. – 1-2.

Окулист**:** глазное дно среда прозрачная, вены расширены, артерии сужены.

Анализ мочи по Зимницкому**:** кол-во – 1200

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № порции | Относительная плотность | Количество мочи в литрах | Дневной диурез – 820 млНочной диурез – 380 млОбщий диурез – 1200 мл |
|  | 1010 | 120,0 |
|  | 1012 | 150,0 |
|  | 1013 | 190,0 |
|  | 1009 | 180,0 |
|  | 1008 | 180,0 |
|  | 1008 | 100,0 |
|  | 1010 | 80,0 |
|  | 1012 | 100,0 |

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы.
2. Оцените данные обследования
3. Определите тактику ведения и лечения пациента.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

**Образец решения**

1. Мочевой синдром: изменения цвета мочи, изменения в анализах мочи; отечный: пастозность голеней; гипертензионый: головная боль, повышение АД.
2. ОАК и БАК – признаки воспаления, функция почек сохранена; ОАМ – признаки поражения гломерулярного аппарата почки; УЗИ подтверждает воспаление в чашечно-лоханочной системе почки.
3. Госпитализация в стационар, диета с ограничением потребления соли, вода по предыдущему диурезу, ограничение белка, при снижении функции почек ниже 60 мл/мин постельный режим (АГ, отеки), антибиотикотерапия (амоксиклав 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, 10 дней), ингибиторы АПФ для снижения АД.
4. Диспансеризация в течение 1 года, при наличие хронического тонзиллита – бициллин 5 - 1 раз в 4 недели, анализ мочи через месяц, затем 1 раз в квартал.

**Практическое задание №15**

Мальчик, 7 дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 беременности (1-ая – мед аборт), на фоне гестоза (симптоматическое лечение), угрозы прерывания в 32 недели, без вредных привычек. Роды на 37 неделе, стремительные, оценка по Апгар 7/8 баллов. К груди приложен на 2-е сутки (патология со стороны ЦНС), неонатальная желтуха с 3х суток.

**Вопросы**:

1. Используя таблицу риска по развитию патологии, оцените анамнез и поставьте группу риска.

**Образец решения**

Группа риска по патологии ЦНС, врожденным порокам развития (угроза прерывания, роды на 37 неделе, оценка по Апгар 7/8 баллов.

**Практическое задание №16**

Ребенок 10 лет находился на лечении в кардиоревматологическом отделении детской больницы. Диагноз при выписке: Ревматизм, активная фаза, первичный эндомиокардит, полиартрит. Ребенок выписан в состоянии клинико-лабораторной ремиссии.

**Вопросы**

1. Группа здоровья
2. Составьте план диспансерного наблюдения на ближайший год.

**Образец решения**

1. Группа здоровья III
2. Кардиолог ежеквартально, бициллинопрофилактика 600 000 МЕ ежемесячно, ЭХОКС ч/з 6 месяцев.

**Практическое задание №17**

Девочка, 5 месяцев

Жалобы на кашель, одышку.

**Анамнез жизни:** ребёнок от нормально протекавшей беременности, срочных родов, массой при рождении 3500 г., 50 см. длиной, на 7/9 баллов по Апгар. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем искусственное, с этого времени прибавляла в массе больше нормы. Социальный анамнез: семья полная, микроклимат доброжелательный. Материальные условия: удовлетворительные. Бытовые условия: удовлетворительные. Старший ребенок в семье 2 года посещает ДДУ, часто болеет респираторными заболеваниями (ларингитами). У мамы лекарственная и пищевая аллергия.

**Анамнез заболевания:** в 3-х месяца ребенок перенес ОРИ, получал симптоматическое лечение. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до фебрильных цифр, появился пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием. Направлена на лечение в стационар.

**Состояние при поступлении:** состояние тяжелое. Т 38,6°С. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧДД 64 в мин. Кожа обычной окраски, умеренной влажности, чистая. Дермографизм розовый. Слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Зев розовый, десны набухшие, болезненные при надавливании. Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха. Границы сердца правая на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая – на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Язык розовый. Живот несколько вздут при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Стул 2 раза кашицеобразный, желтый без патологических примесей. Мочеиспускание не нарушено. Масса 7150 кг, рост 63 см.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК**:** HGB – 118г/л, RBC – 4,3х1012/л, MCV – 80 fl, MCH – 27pg, MCHC – 31g/l, RDV – 11,5%, PLT – 247х109/л, MPV – 8,3fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 5,4х109/л, NEUT – 31%, LYMPH – 58%, EO – 3%, MONO – 8%, СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: цвет-желтая, прозрачная, рН-5,5, относительная плотность – 1005, белок – отрицательный, уробилин – отрицательный, ацетон – отрицательный, глюкоза – отрицательная, лейкоциты – 0-1-2в п/зр, эритроциты – нет, слизь +.

Рентгенография грудной клетки**:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, особенно на периферии, низкое состояние диафрагмы.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Оцените данные обследования
4. Определите тактику ведения и лечения пациента.

**Образец решения**

1. Гипертермический: температура; бронхообструктивный: втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, несколько вздута, перкуторно над легкими легочный звук с коробочным оттенком, масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в начале выдоха; дыхательной недостаточности: синдром дыхательной недостаточности: периоральный цианоз, ЧД 64, ЧСС – 160 в минуту.
2. Бронхиолит, ДН 1-2 степени, Риск развития БА.
3. ОАК – лейкопения, ОАМ – без патологии.
4. Госпитализация, определение сатурации, респираторная поддержка (кислородотерапия), ПЦР на РС-вирус, антигипертермическая терапия (парацетамол, ибупрофен).

**Практическое задание №18**

Девочка, 9 лет.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ - редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД - 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. Объясните патогенез возникновения ведущего клинического синдрома.
2. Поставьте предварительный диагноз согласно классификации.
3. Критерии пневмонии.
4. Составьте план обследования.

**Образец решения**

1. Наиболее частым путём проникновения микроорганизмов в лёгочную ткань является бронхогенный. Далее, при пневмонии любой этиологии, происходит фиксация и размножение инфекционного агента в эпителии респираторных бронхиол, распространение микроорганизмов за пределы респираторных бронхиол вызывает воспаление лёгочной ткани — пневмонию. За счёт нарушения бронхиальной проходимости возникают очаги ателектаза. Рефлекторно, с помощью кашля и чихания, организм пытается восстановить проходимость бронхов, но в результате происходит распространение инфекции на здоровые ткани, и образуются новые очаги пневмонии. Развивается кислородная недостаточность, дыхательная недостаточность, а в тяжёлых случаях и сердечная недостаточность.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Диагноз ВП может быть достоверным или вероятным. Достоверный диагноз ВП — выявление на рентгенограмме грудной клетки инфильтрации легочной ткани и наличие не менее 2 из нижеследующих критериев: 1) лихорадка выше 38 °С в течение 3 и более суток; 2) кашель с мокротой; 3) физикальные симптомы пневмонии; 4) лейкоцитоз >15×109 /л и/или число палочкоядерных нейтрофилов 10%. Вероятный диагноз ВП — наличие лихорадки, кашля и локальных физикальных симптомов пневмонии, но не проведена рентгенография грудной клетки.
4. Клинический анализ крови, биохимический анализ крови общетерапевтический, рентгенограмму грудной клетки, общий анализ мочи; по показаниям: исследование физических свойств мокроты, бактериологическое исследование мокроты на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, ЭКГ, пульсоксиметрия, томография легких.

**Практическое задание №19**

Девочка, 9 лет.

**Жалобы** при поступлении на повышение температуры тела до 390, кашель, слабость, отсутствие аппетита.

**Анамнез заболевания:** Заболела остро 7.11 после переохлаждения (попала под дождь) у девочки появился озноб, вялость, одышка. 8.11 обратились к врачу.

**Анамнез жизни:** Девочка от 1 беременности 1 срочных родов. Масса тела при рождении 3800 г, длина - 52 см. На естественном вскармливании до 10 месяцев. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: в 4 месяца - ветряная оспа, в 6 лет - инфекционный гепатит; ОРВИ - редко.

**Объективно:** Состояние девочки средней степени тяжести, вялая. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, чистые, влажные, периорбитальные тени. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Зев спокойный. Грудная клетка цилиндрической формы, равномерно участвует в акте дыхания. ЧД 28 в минуту. Перкуторно справа ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука. Аускультативно в зоне укорочение дыхания ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, крепитации. Слева над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум в V точке. ЧСС 110 в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 132 г/л, RBC – 4,2х1012/л, WBC – 17,8х109/л, NEUT – 87%, EO – 3%, LYMPH – 8%, MONO – 2%, СОЭ – 34 мм/час.

БАК: PRO– 60 г/л, BIL – 10,4 мкмоль/л.

ОАМ: кол-во 40 мл, реакция кислая, прозрачность - полная, удельный вес - 1018 белок – отрицательный, сахар – отрицательный, лейк- 1-2 в п/зр., плоский эпителий – 3-4 в п/зр.

Копрограмма: оформленный, коричневый, слизи нет, мышечные волокна – 0-1, йодофильные бактерии – 0-1, простейшие – не обнаружены, я/глист – не обнаружены.

Рентгенограмма грудной клетки: отмечается затемнение в нижней доле левого легкого. Усиление легочного рисунка с обеих сторон

**Вопросы:**

1. Оцените лабораторные и инструментальные исследования.
2. Поставьте диагноз согласно классификации.
3. Назначьте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Прогноз заболевания.

**Образец решения:**

1. ОАК: лейкоцитоз, увеличение СОЭ. БАК – без особенностей. ОАМ - норма. Копрограмма – без особенностей. Рентгенограмма грудной клетки – левосторонняя пневмония.
2. Внебольничная острая правосторонняя нижнедолевая пневмония средней тяжести, неосложненная. ДН 0-1.
3. Режим больного c ВП — постельный с расширением после нормализации температуры тела. При быстром эффекте лечения перевод на общий режим допустим уже на 6–10 день болезни. Антибиотикотерапия: аминопенициллины, 45-90 мг/кг, 2-3 раза в сутки; длительность АБТ определяют тяжесть и течение заболевания, а также наличие фоновых заболеваний, при ВП, вызванной типичными бактериями длительность терапии обычно составляет 7–10 дней; Применение противовирусных препаратов показано при ВП вирусной этиологии (прежде всего гриппозной), а также при ВП, резвившийся на фоне текущей ОРВИ; симптоматическая терапия – инфузионная терапия показана пациентам с интоксикацией в объеме не более 40 мл/кг/сут под контролем диуреза, электролитов сыворотки крови, гематокрита, НПВС, муколитики, β-агонисты, антигистаминные препараты показаны только у детей с обострением атопических заболеваний на фоне ВП, назначение пробиотиков рекомендуется у пациентов с фоновыми заболеваниями желудочно-кишечного тракта,
4. План диспансерного наблюдения включает наблюдение в течение 6 месяцев в медицинских организациях I уровня врачом-педиатром участковым или врачом общей практики (семейным врачом) по месту жительства, по показаниям — пульмонологом. Клинический минимум (ОАК, ОАМ) 2 раза в год. Продолжительность курса реабилитационного лечения после окончания острого периода составляет 3–4 недели. Повторные курсы реабилитационного лечения следует проводить в весенний период (2–3 недели). Немедикаментозная терапия: а) Физиотерапия (диатермия на область надпочечников, УФО общее и зональное). б) Массаж (грудной клетки, носа, общий массаж, массаж БАТ). в) ЛФК, дыхательная гимнастика (надувание воздушных шаров, выдувание мыльных пузырей, игра на трубе, флейте и др.). Группа закаливания II-III. Закаливающие процедуры разрешают через 1–2 месяца после заболевания. Группа для занятий физкультурой – подготовительная первые 6 месяцев после выписки, далее – основная. Большие физические нагрузки (спорт) допустимы через 6 недель при нетяжелой и 12 недель после осложненной пневмонии. Вакцинация - профилактические прививки разрешаются через 1–2 месяца после выздоровления в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания. Плановая вакцинация проводится после выздоровления. Возобновление закаливания возможно через 2–3 нед после нормализации температуры, занятия спортом допустимы через 6–12 недель после выздоровления (в зависимости от тяжести пневмонии). Специфическая профилактика ВП включает иммунизацию против пневмококковой и гемофильной инфекции, гриппа, а также против коклюша, кори и РС-инфекции.
5. Благоприятный.

**Практическое задание №20**

Ребенок, 12 лет.

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика средней тяжести, речь, физическая активность сохранена. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка цилиндрической формы, вздута, ригидна. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие свистящие хрипы по всем легочным полям. ЧД - 30 в минуту. SaO2 - 96%. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Выделите основные симптомы заболевания.
2. Выделите факторы, предрасполагающие к развитию заболевания.
3. Назовите факторы, вызывающие обострение заболевания (триггеры).
4. Поставьте диагноз согласно классификации.
5. Какие изменения лежат в основе проявления болезни.

**Образец решения:**

1. Кашель, приступы одышки.

2. Отягощенный аллергоанамнез по БА, искусственной вскармливание с 2 мес., «атопический марш» с 3 месяцев.

3. Употребления яиц, молока, контакт с домашней пылью, библиотечной пылью, шерстью собаки и кошки.

4. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ легкой степени.

5. Отек слизистой, гиперсекреция слизи, бронхоспазм.

**Практическое задание №20**

Ребенок, 12 лет.

**Жалобы** на одышку, кашель, затрудненное дыхание.

**Анамнез жизни:** ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 18 и 26 неделе, 2 срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 52 см, с оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов. Генеалогический анамнез отягощен по БА – у мамы. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. Болел респираторными вирусными заболеваниями 4-5 раз в год.

**Анамнез заболевания:** болен с 3-летнего возраста, когда впервые появились приступы удушья, возникающие на фоне вирусных инфекций, после употребления яиц, молока. С 10 лет приступы участились 2 раз в неделю, ночные до 1 раза в неделю чаще в холодное время года, в основном днем. Приступы купируются сальбутамолом. Базисная терапия будесонид 0,5мг 2 раза в день.

**Аллергологический анамнез:** диатез с 2-х месяцев на свекольный сок, морковный сок, апельсин, куриные яйца. Профилактические прививки по календарю. Проведено обследование: выявлена сенсибилизация на домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть собаки, кошки, куриные яйца.

**Объективно:** состояние мальчика тяжелое, свистящее дыхание слышно на расстояние, экспираторная одышка 36 в минуту, речь отдельными фразами, ребенок в вынужденном положение с наклоненном туловищем. SaO2 - 93%. Правильного телосложения. Масса тела 38 кг, длина – 148 см. Кожные покровы чистые, бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка вздута, ригидна. При перкуссии над легкими коробочный звук, аускультативно сухие, свистящие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 108 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и мочеиспускание в норме.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Каков алгоритм оказания неотложных мероприятий при данном состоянии
3. Перечень исследования для подтверждения диагноза
4. Какова базисная терапия после ликвидации угрожаемого жизни состояния
5. Какова терапия приступа БА

**Образец решения:**

1. Бронхиальная астма атопическая, легкая персистирующая, неконтролируемая, обострение. Приступ средней степени тяжести.

2. При приступе средней степени: ингаляция аэрозоля сальбутамолоа или раствор беродуала через небулайзер, будесонида 1 мг, кислородотерапия.

3. ОАК, БАК: общий IgE; рентгенограмма грудной клетки, ФВД.

4. Гипоаллергеннный быт, гипоаллергенная диета, базисная терапия 3 ступени: топические ИГКС, курсом 3 месяца, ведение дневника ПСВ.

5. Терапия приступа зависит от степени тяжести приступа и включает применение β2-агонистов, топических ИГКС, оксигенотерапию.

**Практическое задание №22**

Мальчик, 12 лет

**Жалобы** на жажду и сухость во рту, похудание, тошноту, обильное мочеиспускание.

**Анамнез заболевания:** болен сахарным диабетом с 6 летнего возраста, находится на заместительной терапии инсулином (короткого и продленного действия) в суточной дозе 20 ед. ухудшение состояния отмечаются в течение недели.

**Объективно при поступлении:** Состояние тяжелое. Сознание сохранено, но ребенок заторможен, на вопросы отвечает с задержкой. Отмечается запах ацетона изо рта, сухость кожи, слизистых. Подкожно жировая клетчатка слабо выражена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 28 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны с ЧСС - 100 в минуту, АД – 80/50 мм.рт.ст. Живот мягкий, пальпация безболезненная, печень на 1 см ниже края реберной дуги. Мочеиспускания свободные, безболезненное. Диурез 2800 мл в сутки. Антропометрия: рост 148 см, масса 38 кг.

Половое развитие: Р-2, А-1, V-0, L-0, F-0.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 120 г/л, RBC – 3,5х1012/л, PLT – 230 х 109/л, WBC – 10,6х109/л, NEUT – 59%, LYMPH – 38%, MONO – 2%, EO – 1%, СОЭ – 26 мм/час.

Сахар крови – 17 ммоль/л.

БАК**:** PRO – 71г/л, UREA – 3,7 ммоль/л, CREAT – 47 ммоль/л.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, глюкозурия 3%, ацетон резко положительный (++++), белок - отсутствует, эпителий – 1 - 2 в п/з, лейкоциты – 1-2, п/з.

**Вопросы:**

1. Выделите клинические симптомы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте клинический диагноз согласно классификации
4. Определите тактику ведения пациента

**Образец решения**

1. Гипергликемический синдром: жажда, полиурия, похудание, сухость кожи и слизистых; синдром кетоацидоза: спутанность сознания, вялость, слабость, снижение давления, тахикардия, тахипноэ, тошнота, запах ацетона изо рта, боли в животе.
2. В ОАК – ускорение СОЭ, сахар крови высокий, в ОАМ глюкозурия, ацетон.
3. Сахарный диабет 1 типа, осложненный кетоаидозом, прекоматозное состояние, стаж заболевания 6 лет.
4. Госпитализация в эндокринологический стационар, ПИТ, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №22**

Мальчик, 5-дней.

**Анамнез жизни:** ребенок от 2 - й беременности, 1 срочных родов, масса тела при рождении 4250 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

**Объективно:** температура - 35,8°С. Состояние удовлетворительное. При осмотре спокоен, не плачет, иногда засыпает. Пропорционального телосложения. Голова округлая, окружность - 36 см, большой родничок 3х3 см, малый родничок открыт - 0,6 см. Кожа прохладная, бледная с мраморным рисунком.  Выявлено вздутие живота, пупочная грыжа, отек мошонки. В неврологическом статусе генерализованная гипотония и гипорефлексия. Частота дыхания составляет 36 в минуту. Аускультация грудной клетки: дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены и ритмичны, с ЧСС 100 ударов в минуту. Печень не увеличена (+1,5 см).  Живот мягкий при пальпации безболезненный. Мочеиспускание свободное. Стул один раз в сутки кашицеобразный.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите основные симптомы.
3. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение ребенку.

**Практическое задание №23**

Мальчик, 1 год 8 месяцев

**Жалобы** на повышение температуры до 38о, грубый кашель, изменение голоса, насморк, беспокойство ребенка.

**Анамнез заболевания:** ребенок болен 4 дня. Заболевание началось с кашля, насморка, слезотечения. Затем состояние ухудшилось. Температура повысилась до 38о, кашель стал грубым, лающим, голос изменился, стал хриплым. В лечении получал тепловые процедуры, капли в нос, отхаркивающую микстуру. На 4 день заболевания состояние ухудшилось.

**Анамнез жизни:** родился от III беременности, III родов. Часто болел ОРЗ и страдает экссудативно-катаральным диатезом. АДС - М получил трехкратно. Других прививок не получал. Сестры 5,6 лет здоровы, обе получили все профилактические прививки, посещают детский сад.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, беспокойный. Кожные покровы бледноваты, цианоз носогубного треугольника. Лицо одутловатое, из носа серозное отделяемое. В зеве разлитая гиперемия, на слизистой мягкого и твердого неба красные правильной формы пятна величиной 0,3х0,5 см. На слизистой оболочке боковой поверхности щек имеются белесоватые пятнышки величиной с просяное зерно. За ушами, на коже лба папулезная единичная сыпь. Периферические лимфоузлы до 2 cм. Дыхание через нос затруднено. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, надключичных, подключичных ямок, межреберных мышц одышка на вдохе, выслушиваются сухие хрипы. Перкуторный звук с коробочным оттенком, ЧД 38/мин. Область сердца не изменена. Границы относительно сердечной тупости в пределах возможной нормы. Тоны средней громкости, учащены, пульс 140/мин. Язык слегка обложен белым налетом. Живот мягкий безболезненный, печень у реберной дуги, стул оформленный. Мочевыделительная система без видимой патологии, мочится свободно. Сознание сохранено менингеальных симптомов нет.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК: HGB – 132 g/L, RBC – 4,0х1012/L, WBC – 14,9×109/L, NEUT – 75%, LYMPH – 20%, MONO – 10%, СОЭ – 28 мм/час

ОАМ: Удельный вес – 1019, лейкоциты – 6-8 в п/зр., эритроциты – отрицательный, белок – 0,033%.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите ведущие симптомы болезни.
3. Оцените анализы.
4. Определите тяжесть заболевания.
5. Объясните патогенетически основные симптомы болезни.
6. Провести дифференциальный диагноз.
7. Какие осложнения возможны при данном заболевании?
8. Нужна ли госпитализация данному больному и почему?
9. Назначьте лечение и противоэпидемические мероприятия.
10. Как поступить с сестрами? Существуют ли средства активной профилактики данного заболевания. Если да, то в какие сроки проводятся?

**Образец решения:**

1. Корь. Тяжелая. Период высыпания. Осложненная ложным крупом II степени.

2. Интоксикация. Сыпь. Катаральный ларингит со стенозом гортани;

3. Лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорена СОЭ.

4. Тяжелая корь: выражена интоксикация, имеется осложнение.

5. Очаговый неспецифический воспалительный процесс в верхних слоях кожи. Поражение бронхов и бронхиол с вовлечением всей толщи бронхиальной стенки. ЦНС – расстройство мозгового кровообращения. Снижение иммунной защиты.

6. С вирусным ларингитом, с дифтерией гортани, скарлатиной, краснухой, лекарственной сыпью.

7. Пневмонии. Отиты. Энцефалиты. Поздние менингиты из-за вторичной инфекции.

8. Да. Ранний возраст. Наличие осложнения.

9. – гидрокортизон (преднизолон)

 - антигистаминные

 - 2 антибиотика

 - γ – глобулин 3,0 в/м (до 6 дня болезни)

 - туалет слизистых

 - проветривание помещения

10. Изоляция ребенка в инфекционной больнице. Проветривание.

10. На привитых детей карантин не распространяется.

11. Да. В 12-18 мес. прививки живой коревой вакциной.

**Практическое задание №24**

Девочка 14 лет

При поступлении в инфекционную больницу жаловалась на изменение голоса, поперхивание при приеме пищи и питье, нарушение зрения, общую слабость, быструю утомляемость.

**Анамнез заболевания:** заболевание началось за 10 дней до поступления в инфекционную больницу с повышением температуры тела до 38о и неприятных ощущений в горле. После обращения к врачу по поводу лакунарной ангины она лечилась дома. Состояние оставалось тяжелым, лихорадила. На 8 день болезни появилась отечность шеи, на миндалинах сохранялись налеты. На 9 день болезни у девочки изменился голос, появилось поперхивание при приеме пищи и питья, причем нередко жидкая пища выливалась через нос. Одновременно девочка обратила внимание на ухудшение зрения - предметы она стала видеть нечетко, а чтение стало совершенно невозможным. После осмотра отоларингологом направлена в инфекционную больницу.

**Объективно:** состояние при поступлении тяжелое, t 38,7о. Кожные покровы бледные, чистые. Голос гнусавый, с носовым оттенком. Сохраняется отечность подкожной клетчатки шеи до I шейной складки. Из-за отечности л/узлы не пальпируются. В зеве на миндалинах, дужках, мягком небе трудноотделяемые налеты, окруженные венчиком венозной гиперемии. Отмечается свисание небной занавески. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24/мин Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. ЧСС 106/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускание не нарушены.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК**:** HGB – 140 g/L, RBC – 4,0x1012/L, WBC – 18,0×109/L, NEUT – 77%, LYMPH – 18%, MONO – 4%, СОЭ – 18 мм/час

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.

2.Какими морфологическими изменениями могут быть объяснены выявленные изменения в зеве?

3.Чем можно объяснить резвившиеся нарушения в глотании и зрения?

1. Каков их механизм развития и прогноз?
2. Оцените ОАК
3. Назначьте лечение
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий
5. Какие существуют меры активной профилактики данного заболевания?

**Образец решения:**

1. Токсическая дифтерия ротоглотки I степени, осложнения – паралич ЧМН (языкоглоточного и паралич аккомодации).
2. Фибринозное воспаление.
3. Паралич n. oculo-motorius и glosso-pharyngeus.
4. Поражение шванновской и миелиновых оболочек. Прогноз благоприятный.
5. Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. Ускоренная СОЭ.
6. Противодифтерийный анатоксин, антибиотик, витамины, дезинтоксикация.
7. Изоляция больного в инфекционную больницу до клинического выздоровления и отрицательного посева на BL. Контактирующих в течение 14 дней – обследование на бактерионосительство (мазок на BL).
8. АКДС.

**Практическое задание №25**

Мальчик 1,5 лет

**Жалобы** на жидкий стул, рвоту, повышение температуры тела.

**Анамнез заболевания:** болен 2 дня. Мама связывает заболевание с употреблением немытого винограда. Заболевание началось с болей в животе, повышения температуры тела до 37,80 и разжиженного стула. В первые сутки стул был 4 раза, во вторые сутки - 8 раз. Стул сначала сохранял каловый характер, затем в нем появились слизь и прожилки крови. 2 раза отмечалась рвота. Вызванный к ребенку участковый врач, направил его в инфекционную больницу.

**Анамнез жизни:** ребенок от первой беременности, срочных родов. Масса при рождении 3800г. скармливался грудью до одного года. До настоящего времени рос здоровым, ничем не болел. Все профилактические прививки получил в срок. До заболевания масса – 13200г.

**Объективно:** масса 12 кг, длина 80 см. Температура тела 38,20. Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. При осмотре капризничает. Кожные покровы чистые, суховатые, бледные. Тургор тканей удовлетворительный. Дыхание жесткое 32 в мин., хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные с ЧСС 130 в мин. Язык обложен белым налетом, сухой, слизистая ротовой полости сухая. Живот вздут, болезненный при пальпации в области пупка и в левой подвздошной области. Пальпируется болезненная и спазмированная сигмовидная кишка. При осмотре ребенок попросился на горшок. Во время дефекации плакал, сильно тужился и краснел. Выделил небольшое количество мутной слизи с прожилками крови. Мочится редко.

**Вопросы:**

1. Выделите ведущие клинические синдромы.

2. Ваш предполагаемый диагноз.

3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Оцените ОАК, копрограмму.

5. Какие морфологические изменения в кишечнике вы предполагаете?

6. Имеются ли у данного ребенка нарушения водно-электролитного баланса?

7. Назначить лечение.

8. Составьте план противоэпидемического мероприятия. Что, по-вашему мнению, привело к заболеванию.

9. Когда возможна выписка из стационара данного больного?

**Образец решения:**

1. Синдром гастроэнтероколита, дегидратации

2. Дизентерия, тяжелая, гастроинтестинальная форма с преобладанием местных симптомов. Эксикоз 1 ст.

3. РПГА, РНГА, РА, экспресс- ПМЛА (прямой метод люминесценных антител), РУА (р-я угольной агломерации), посев.

4. В ОАК: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, ускоренная СОЭ.

Копрограмма: гемоколит - слизь, лей, эритроциты.

5. Гастроэнтероколит. Наибольшие изменения в толстой кишке – до язвенного процесса.

6. Имеются - 5%

7. Дезинтоксикационная терапия (регидратация- обильное питье, сорбенты), щадящая механическая и химическая пища, кишечный антисептик 7 дней, симптоматически – спазмолитики, ферменты, пробиотик.

8. Изоляция - госпитализация больного. Дезинфекция в очаге. Обследование и наблюдение за контактными 7 дней. Источник инфекции – немытый виноград. В очаге-дизентерийный бактериофаг.

9. После клинического выздоровления через 2 дня после отмены антибиотиков – посев кала.

**Практическое задание №26**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания:** мать - 22 года, отец - 25 лет, здоровы, профессиональных вредностей не имеют. Отмечался гестоз в первой половине беременности. Артериальное давление стойкое 110/70 мм.рт.ст. С 20 недели беременности анемия легкой степени, принимала 3 недели препарат железа, поливитамины. Прибавка в весе - 10 кг. В конце беременности отмечались отеки. Ребенок родился в 40 недель гестации с массой 3750 г., длина 50 см. Закричал сразу. Приложен к груди в родзале.

**Объективно:** Масса тела 3600 г., длина 50 см. Состояние удовлетворительное, на осмотр реагирует громким эмоциональным криком, активен. Телосложения правильного. На коже груди, живота, конечностей отмечена розовая пятнисто-папулезная сыпь. Большой родничок 2,5х2,5 см, края плотные. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 42 в мин. Тоны сердца громкие, чистые, ЧСС ударов 140 в минуту. Слизистая полости рта чистая. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Хорошо вызываются физиологические рефлексы. Рефлекс автоматической опоры - опирается на латеральную поверхность стоп. Преобладает тонус сгибателей в верхних и нижних конечностях. При осмотре отмечалось мочеиспускание, во время которого ребенок громко заплакал. На пеленке образовалось мокрое пятно кирпично-красного цвета.

**Данные лабораторных исследований:**

ОАК (1 сутки жизни): HGB – 185г/л, RBC – 5,6х1012 /л, WBC – 9,8х109/л, NEUT – 60%, LYMPH – 28%, MONO – 10%, EO – 2%, СОЭ – 8 мм/час.

**Вопросы:**

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Поставьте диагноз.
3. Какое обследование необходимо провести новорожденному перед запланированной выпиской?
4. Подлежит ли ребенок вакцинации? Если да, то какой?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Новорожденный доношенный 3 сутки. Токсическая эритема новорожденного. Мочекислый диатез. Группа риска по анемии.
3. Определение уровня билирубина сыворотки крови.
4. Подлежит, гепатит В – 1 сутки, БЦЖ – 3 сутки.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки.

**Практическое задание №27**

Мальчик, 3 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: родился в срок 42 недели гестации. Беременность первая. Протекала с гестозом первой половины и анемией, отеками, патологической прибавки массы тела, подъемом артериального давления во второй половины. На УЗИ в 26 недель беременности - признаки фетоплацентарной недостаточности. Масса тела ребенка при рождении 3900 г., длина 51 см. Безводный период 20 часов. При рождении ребенок закричал после отсасывания слизи из верхних дыхательных путей. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

**Объективно**: Телосложения правильного. Кожа чистая. Голова неправильной формы, в области правой теменной кости пальпируется образование размером 4х6 см, баллотирует, ограничено швами. Большой родничок 3,0х3,0 см, края плотные. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧДД 44 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные ЧСС 150 в минуту. Живот мягкий, пупочная ранка под повязкой, пупочные сосуды не пальпируются. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. При осмотре беспокойство, тремор подбородка и верхних конечностей. Мышечный тонус переменный. Безусловные рефлексы снижены.

**Вопросы**:

1. Оцените данные акушерского анамнеза.
2. Какой синдром поражения ЦНС преобладает у новорожденного?
3. Поставьте диагноз.
4. Какое обследование необходимо провести новорожденному?
5. Дайте рекомендации при выписке ребенка из родильного дома.

**Образец решения**

1. ОАА по анемии, нефропатии.
2. Синдром возбуждения ЦНС.
3. Новорожденный доношенный 3 сутки. Гипоксически-ишемическое поражение нервной системы: церебральная ишемия I степени (легкая). Кефалогематома.
4. НСГ, уровень билирубина крови, глюкоза.
5. Режим -1, грудное вскармливание по требованию не реже 7 и не чаще 10 раз в сутки, консультация невролога в 1 месяц по необходимости раньше.

**Практическое задание №28**

Новорожденный, 1 сутки.

**Анамнез жизни и заболевания**: ребенок рожден от 2 беременности, протекавшей на фоне длительно текущего позднего гестоза, угрозы прерывания на 24 неделе. Роды 1, на 33 неделе беременности. Масса тела при рождении 1920 г., длина - 39 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. После проведения соответствующий реанимационных мероприятий с введением сурфактанта, ребенок переведен в палату интенсивной терапии.

**Объективно**: состояние ребенка тяжелое, адинамичен. Крик слабый. Телосложение непропорциональное (большая голова, короткие конечности). Кожа бледная. Акроциаз, слизистые чистые. Тепло не удерживает. На спине, плечах, щеках - лануго. Подкожно-жировой слой равномерно снижен. Мышечный тонус снижен. Пуповинный остаток, расположенный ближе к лону, под повязкой. Головка округлой формы, кости черепа податливы. Большой родничок 3х4 см, малый родничок и сагиттальный шов открыты. Рот открыт, нижняя челюсть западает при вдохе. Отмечается втяжение межреберных промежутков и мечевидного отростка грудины на вдохе. Дыхание стонущее, со звучным выдохом. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание ослаблено, крепитация, экспираторные шумы. ЧД 84 в минуту, аритмичное. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Тоны сердца приглушены, ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Меконий отошел. Мочеиспускания не было. Физиологические рефлексы новорожденных не вызываются.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

ОАК: HGB – 182г/л, RBC – 4,8х1012/л, WBC – 12х109/л, EO – 3%, NEUT – 57%, LYMPH – 27%, MONO – 12%, СОЭ – 8 мм/час.

Рентгенологически: Диффузно-равномерное снижение прозрачности легочной ткани с обеих сторон по типу «матового легкого». Тень сердца не смешена. КТИ = 0,46.

**Вопросы:**

1. Оценить ребенка по шкале Сильвермана.
2. Выделить синдром, требующий проведения неотложных мероприятий.
3. Поставить предварительный диагноз.
4. Назначить лечение.

**Образец решения**

1. По шкале Сильвермана 7 баллов
2. Синдром дыхательный расстройств
3. Респираторный дистресс синдром новорожденных, тяжелой степени. ДН IIIстепени. Новорожденный, недоношенность, 33 недели гестации, 1 сутки.
4. Температурно-охранительный режим, инфузионная терапия, ИВЛ, повторное введение сурфактанта ч/з 6 часов от первого введения.

**Практическое задание №29**

**Анамнез жизни и заболевания**: Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние ребенка при рождении было средней степени тяжести. Двигательная активность, мышечный тонус и физиологические рефлексы снижены. Кожа бледная, легкий акроционоз. Над легкими легочный звук, аускультативно дыхание – пуэрильное. Тоны сердца чистые, ритмичные. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

**Объективно**: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Данные лабораторных исследований:**

ГРУППА КРОВИ матери – О (I), Rh «- -», у ребенка – В (III), Rh «- -»

ОАК: HGB – 140г/л, RBC – 3,8х1012/л, WBC – 9х109/л, NEUT – 56%, LYMPH – 26%, MONO – 11%, EO – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

БАК: PRO – 58г/л, альбумины – 64%, непрямой билирубин – 136,6 мкмоль/л; через 1 час – 164 мкмоль/л.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Оцените данные обследования
3. Поставьте диагноз
4. Определите тактику ведения

**Образец решения**

1. Синдром желтушный: кожа, склеры и слизистые желтые; интоксикационный синдром: срыгивание, вялость, сосание слабое, тахикардия.
2. У мамы первая группа крови, у ребенка третья группа.
3. Гемолитическая болезнь новорожденных по АВ0-системе, средней степени тяжести
4. Фототерапия, дезинтоксикационная терапия.

**Практическое задание №30**

У Сережи К., 5 мес., после проведения II-й АКДС в прививочном кабинете внезапно появилось беспокойство, припухлость век, губ. На коже лица, туловища - полиморфная сыпь.

В течение нескольких минут состояние ухудшилось; резкая бледность кожных покровов, слизистых, цианоз, холодный липкий пот. Спутанное сознание. Частота дыхания 60 в минуту, пульс 140 в минуту, АД 40/20 мм.рт.ст., тоны сердца глухие. Непроизвольное мочеиспускание.

**Вопросы:**

1. Синдромы, требующие неотложной помощи.
2. Укажите патогенетические причины данного состояния.
3. Определите тактику ведения пациента.

**Образец решения**

1. Синдром острой аллергической реакции
2. Аллергия
3. Преднизолон 1-2 мг/кг внутримышечно, госпитализация в ПИТ

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине «Педиатрии» для 6 курса**

1. Бронхообструктивный синдром
2. Синдром дыхательной недостаточности
3. Синдром стенозирующего ларингита (крупа)
4. Анемический синдром
5. Геморрагический синдром
6. Сердечная недостаточность
7. Суставной синдром
8. Нефротический синдром
9. Синдром желтухи.
10. Синдром кетоацидоза
11. Абдоминальный синдром
12. Синдром эксикоза
13. Синдром сердечно-сосудистой недостаточности

**Образец экзаменационного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра «Детских болезней»

направление подготовки (специальность) «Лечебное дело»

дисциплина «Педиатрия»

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ 1**

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС**

1. Новорожденный ребенок, оценка по шкале Апгар. Физиологические рефлексы новорожденного. Сроки угасания.
2. Синдром бронхиальной обструкции при пневмонии у детей младшего возраста. Дифференциальный диагноз пневмонии с бронхиолитом. Неотложная помощь.

**ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

Ребенок I сутки, рожден от II беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 18 и 25 недель. Первая беременность закончилась выкидышем в 12 недель. Роды I, срочные, не осложненные. Масса тела при рождении 3600 г., длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Приложен к груди через 2 часа. Через 5 часов состояние ребенка ухудшилось.

ОБЪЕКТИВНО: Состояние ребенка тяжелое. Вялый. Сосет слабо, срыгивает. Телосложения правильного. Кожа, склеры и слизистые желтушной окраски. Подкожно-жировой слой выражен удовлетворительно. Мышечный тонус снижен. Головка округлой формы, кости черепа плотные. Большой родничок 3х3 см не напряжен. Грудная клетка цилиндрической формы. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно дыхание пуэрильное. ЧД 36 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены в поперечнике. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 180 в минуту. Живот мягкий. Пуповинный остаток под повязкой. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – на 1 см. Меконий отошел. Наружные половые органы сформированы правильно. Мочеиспускание редкое. Физиологические рефлексы новорожденных Бабкина, Робинсона, Моро, опоры и автоматической походки вызываются, но быстро угасают.

**Вопросы**

1. Выделите основные симптомы и синдромы
2. Поставьте диагноз
3. Определите тактику ведения

Заведующий кафедрой детских болезней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Л.Ю. Попова)

Декан лечебного факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Д.Н. Лященко)

«1» октября 2018

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации 5 курс.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
|  | ОПК-5 способность оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | Знать | вопросы №1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 17, 23, 36, 40, 42, 49, 55, 72, 91, 92, 100, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
|  | ПК-3 Способность и готовность выполнять полное клиническое обследование пациента, анализ и интерпретацию полученных данных. | Знать | вопросы №7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39,48, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
|  | ПК-6 готовность к определению тактики ведения пациента с различными нозологическими формами, контролю эффективности и безопасности лечения. | Знать | вопросы №11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 29 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102. |
| Уметь | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |
| Владеть | практические задания №1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30. |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования

* текущего фактического рейтинга обучающегося;
* бонусного фактического рейтинга обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по модулю складывается из среднего значения баллов по модулям, набранных в результате:

- среднего значения контрольных точек успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 10 баллов. Количество баллов складывается из баллов, полученных за входное тестирование (максимально 5 баллов), устного ответа (максимально 10 баллов), решения ситуационной задачи (максимально 10 баллов) или практического навыка (максимально 10 баллов) и/или самостоятельной работы (максимально 3 балла) деленное на количество контрольных точек данного занятия.

Текущий фактический рейтинг (максимально 70 баллов) по дисциплине получается из среднего значения по модулям и рассчитывается по формуле:

**Ртс=(Ртф\*70)/макс (Ртф)**

где

**Ртс -** текущий стандартизированный рейтинг;

**Ртф -** текущий фактический рейтинг;

макс **(Ртф)** максимальное значение текущего фактического рейтинга из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине.

**4.2. Правила формирования бонусного фактического рейтинга обучающегося**

Бонусный фактический рейтинг по дисциплине от 0 до 5 баллов (п. 8.2 Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся») складывается из суммы баллов, набранных в результате участия обучающихся в следующих видах деятельности (см. таблица 1):

**Таблица 1 – виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид деятельности** | **Баллы** |
| Посещение обучающимся всех практических занятий и лекций | От 0 до 2  |
| Результаты участия обучающимся в предметной олимпиаде | 1-е место – 3 балла 2-е место – 2 балла3-е место – 2 балла участие – 1 балл |