Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 31.03.2026 11:22:10
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e4[illegible]

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП - Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра педиатрии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством науки и высшего образования РФ «12» августа 2020 г., приказ № 965.
2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 г. протокол № 4.
3) Профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н

Рабочая программа учебной дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой педиатрии «17» мая 2021 г. (протокол № 10)

Заведующий кафедрой
д. м. н. профессор Я.Ю. Иллек

Ученым советом педиатрического факультета «19» мая 2021 г. (протокол № 3/1)

Председатель совета факультета Е. С. Прокопьев

Центральным методическим советом «20» мая 2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС
к.м.н., доцент Е.Н. Касаткин

Разработчики:
Зав. кафедрой педиатрии
ФГБОУ ВО Кировской ГМУ Минздрава России
д.м.н., профессор Я.Ю. Иллек

к.м.н., доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава России Е. Ю. Тарасова

к.м.н., доцент кафедры педиатрии
ФГБОУ ВО Кировского ГМУ Минздрава России Н.В. Хлебникова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 5
1.4. Объекты профессиональной деятельности 5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 6
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 12
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 12
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 12
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 14
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 14
3.4. Тематический план лекций 14
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 17
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 27
3.7. Лабораторный практикум 27
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 27
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 27
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 28
4.1.1. Основная литература 28
4.1.2. Дополнительная литература 28
4.2. Нормативная база 29
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 29
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 29
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 30
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 31
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 32
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 35
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 36
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 36

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) - состоит в формирование и развитие у выпускников по специальности 31.05.02 Педиатрия компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля):
диагностическая деятельность
- способствовать формированию навыков проведения сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья;
- способствовать формированию навыков диагностики заболеваний и патологических состояний у детей;
- способствовать формированию навыков диагностики неотложных состояний;
- способствовать формированию навыков диагностики беременности;
- способствовать формированию навыков проведения экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;
медицинская деятельность
- сформировать навыки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- сформировать навыки оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- способствовать формированию навыков участия в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- способствовать формированию навыков по оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
задачами изучения данной дисциплины также являются:
- способствовать приобретению знаний о содержании работы врача-педиатра с детьми и подростками в поликлинике и стационаре;
- способствовать формированию навыков измерения антропометрических данных ребенка, оценки общего состояния ребенка;
- способствовать формированию навыков оценки показателей физического развития детей различного возраста, этапов психомоторного развития ребенка до года;
принципы питания здоровых детей раннего возраста и больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- способствовать приобретению знаний об этиологии, патогенезе, диагностике, клинической картине, об особенностях течения, возможных осложнениях, профилактике наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков;
- способствовать приобретению знаний об особенностях проведения реанимационных мероприятий, интенсивной терапии детям и подросткам при развитии осложнений и угрожающих жизни состояний;
- способствовать приобретению знаний об особенностях применения этиотропных и патогенетических медикаментозных средств в лечении больных детей;
- способствовать приобретению знаний о календаре профилактических прививок;
- способствовать приобретению знаний о порядке проведения туалета новорожденных (умывание лица, обработка глаз, носа, ушей, кожи), о методах обработки пуповинного остатка;
- способствовать приобретению знаний о проведении дифференциальной диагностики различных нозологических единиц;

- способствовать приобретению знаний о назначении этиотропного и патогенетического лечения при наиболее часто встречающихся заболеваниях детей и подростков;
- способствовать приобретению знаний студентами по методам оценки результатов лабораторных и инструментальных исследований;
- способствовать приобретению знаний студентами по методам оценки результатов биохимических анализы крови при соматических и инфекционных заболеваниях;
- способствовать приобретению знаний студентами по методике расчета и коррекции питания детей первого года жизни;
- способствовать обучению студентов навыкам гигиенического ухода за новорожденным (уход за кожей и слизистыми, обработка пупочной ранки, гигиеническая ванна и др.);
- способствовать обучению студентов методике и технике введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), методике расчёта дозы и разведения лекарственных средств.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Госпитальная педиатрия» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули), части, формируемой участниками образовательных отношений.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Патофизиология, клиническая патофизиология; Пропедевтика детских болезней; Факультетская педиатрия, эндокринология; Фармакология; Клиническая фармакология; Детская хирургия.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Поликлиническая и неотложная педиатрия, Производственная практика. Клиническая практика педиатрического профиля, Производственная практика. Амбулаторно - поликлиническая практика в педиатрии, Государственная итоговая аттестация.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

- физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);
- физические лица – родители (законные представители) детей;
- население
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующего типа:

- диагностический
- лечебный

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю).			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	
1	УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИД УК 1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними	Методы и приемы анализа проблемных ситуаций	Использовать системно-аналитические методы при проблемных ситуациях, вырабатывать стратегию действий	Навыками анализа проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними	Тестирование, устный опрос, собеседование	Тестирование, ситуационные задачи, собеседование	Разделы №1 -4 Семестр 10,11
		ИД УК 1.2. Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения задачи	Методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию	Использовать историко-философский и системно-аналитический методы при использовании общих законов функционирования общества и человека.	Навыками устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	Тестирование, устный опрос, собеседование, реферат	Тестирование, ситуационные задачи, собеседование	
		ИД УК 1.3.	Стратегии	Использо-	Навыками	Тести-	Те-	

		Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов	решения проблемной ситуации, учитывая междисциплинарные подходы	вать знания для возможности аргументировать стратегию решения проблемной ситуации	устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики	рование, устный опрос, собеседование, реферат	стирование, собеседование, ситуационные задачи	
2	ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза	ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие ребенка	Методику сбора и оценки анамнеза жизни ребёнка, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценки состояния и самочувствия ребенка	Получать информацию об анамнезе жизни ребёнка, анамнезе заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценивать состояние и самочувствие ребенка	Навыками сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, навыками оценки состояния и самочувствия ребенка	Тестирование, устный опрос, собеседование	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Разделы №1 -4 Семестр 10,11
		ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование,	Методику составления плана обследования и показания для направления ребенка на лабораторное и инстру-	Составить план обследования и направить ребенка на лабораторное и инструментальное обследование,	Навыками составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное об-	Тестирование, устный опрос, собеседование	Тестирование, собеседование, решение ситуаци-	

		на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	на консультации к врачам-специалистам	следование, на консультации к врачам-специалистам		онных задач, прием практических навыков	
		ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями) у детей, устанавливает окончательный диагноз на основе МКБ	Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	Провести дифференциальный диагноз с другими болезнями и поставить диагноз в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	Способностью проведения дифференциальной диагностики с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	Тестирование, устный опрос, собеседование	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	
		ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, тре-	Методику оценки клинической картины болезней и состояний,	Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих	Навыками оценки клинической картины болезней и состояний,	Тестирование, устный опрос, собеседование	Тестирование, собеседование,	

		бующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям	требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи	оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи у детей	требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи		решение ситуационных задач, прием практических навыков	
3	ПК-2 Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность	ИД ПК 2.1. Составляет план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и с учетом стандартов медицинской помощи	Методы медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	Способностью выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способностью использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	Реферат, собеседование, прием практических навыков	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Разделы №1 -4 Семестр 10,11
		ИД ПК 2.2. Подбирает ребенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания ме-	Современные методы медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помо-	Назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способностью использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	Тест, собеседование, устный опрос	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	

		дицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	щи и с учетом стандартов медицинской помощи					
		ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Современные методы немедикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	Алгоритмом выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способностью использовать современные методы немедикаментозной терапии болезней	Реферат, собеседование, тест, устный опрос	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	
		ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицин-	Принципы назначения лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической карти-	Назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни	Способностью оценить эффективность и безопасность применения лекарственных препа-	Собеседование, устный опрос, тест	Тестирование, собеседование, решение ситу-	

		ских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей.	ны болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей		ационных задач, прием практических навыков	
		ИД ПК 2.5. Оказывает медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	Алгоритм оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний и механизм действия лекарственных препаратов	Оказывать медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	Способностью осуществлять медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	Тест, устный опрос, прием практических навыков	Тестирование, собеседование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работ

Общая трудоемкость дисциплины составляет _11___зачетных единиц, _396 час.

Вид учебной работы			Всего часов	Семестры	
				№ X	№XI
1			2	3	4
Контактная работа (всего)			240	120	120
в том числе:					
Лекции (Л)			28	16	12
Практические занятия (ПЗ)			212	104	108
Семинары (С)					
Лабораторные занятия (ЛР)					
Самостоятельная работа (всего)			120	60	60
в том числе:					
- Работа с учебной литературой по теме занятия			60	30	30
- Реферат			30	15	15
- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации			30	15	15
Вид промежуточной аттестации	Зачет		-	-	-
	Экзамен	контактная работа	3		3
		самостоятельная работа	33		33
Общая трудоемкость (часы)			396	180	216
Зачетные единицы			11	5	6

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1	УК-1 ПК-1 ПК-2	«Патология детей старшего возраста»	**Лекции: «**Бронхиальная астма у детей», «Муковисцидоз у детей», «Ювенильный ревматоидный артрит», «Системные поражения соединительной ткани», «Системные васкулиты», «Первичные и вторичные гипертонии у детей», «Миокардиты, перикардиты и эндокардиты у детей», «Почечная недостаточность» **Практические занятия:** «Миокардиты. Дифференциальный диагноз с ревматическими миокардитами. Перикардиты», «Нарушения сердечного ритма. Сердечная недостаточность», «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы», «Ювенильный ревматоидный артрит», «Системные поражения соединительной ткани», «Системные васкулиты», «Хронический гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки у детей», «Дискинезия желчного пузыря, спазм сфинктера Одди. Желчекаменная болезнь у детей», «Острый и хронический панкреатит», «Язвенный хронический колит у детей. Болезнь Крона», «Гастроэзофагальный рефлюкс у детей», «Инфекция мочевыводящих путей. Цистит у детей», «Нефротический

			синдром. Дисметаболическая нефропатия», «Тубулоинтерстициальный нефрит, «Хроническая болезнь почек. Почечная недостаточность, «Аллергический ринит, бронхиальная астма и другие респираторные аллергозы», «Наследственные хронические болезни легких. Муковисцидоз»
2	УК-1 ПК-1 ПК-2	«Патология детей раннего возраста»	**Лекции: «**Становление и развитие иммунной системы у детей. Первичные иммунодефицитные состояния у детей», «Атопический дерматит у детей», «Врожденные и наследственные заболевания почек у детей», «Глютенчувствительная энтеропатия», «Пиелонефрит у детей», «Пиелонефрит у детей (продолжение)» **Практические занятия:** «Аллергодерматозы. Атопический дерматит у детей раннего возраста», «Острые аллергические заболевания у детей раннего возраста. Анафилактический шок и сывороточная болезнь», «Заболевания, протекающие с бронхообструктивным синдромом у детей. Острый бронхиолит. Бронхолегочная дисплазия. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом», «Гипертермический и судорожный синдромы у детей раннего возраста. Нейротоксикоз», «Белково-энергетическая недостаточность у детей», «Синдром нарушенного кишечного всасывания. Дисахаридазная недостаточность. Экссудативная энтеропатия. Дифференциальная диагностика основных групп заболеваний, тактика ведения, подбор терапии», «Целиакия», «Миокардиты, фиброэластоз у детей раннего возраста», «Врожденные и наследственные заболевания почек у детей. Нефропатии. Наследственный нефрит», «Тубулопатии», «Биоценоз, дисбиоценоз, дисбиоз. Коррекция дисбиоза», «Запоры у детей», «Функциональные нарушения ЖКТ у детей», «Заболевания полости рта у детей раннего возраста», «Последствия гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса»
3	УК-1 ПК-1 ПК-2	«Неонатология»	**Практические занятия:** «Организация медицинского обслуживания новорожденных. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия и родовая травма новорожденных», «Внутриутробные инфекции», «Желтухи новорождённых», «Анемии новорождённых», «Геморрагический синдром у новорожденных», «Сепсис новорожденного», «Недоношенные дети»
4	УК-1 ПК-1 ПК-2	«Гематология»	**Практические занятия:** «Дифференциальная диагностика и лечение лейкозов», «Апластические анемии», «Гемолитические анемии», «Иммунные тромбоцитопении», «Гемофилии»

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин			
		1	2	3	4
1	Поликлиническая и неотложная педиатрия	+	+	+	+
2	Производственная практика. Клиническая практика педиатрического профиля	+	+	+	+
3	Производственная практика. Амбулаторно-поликлиническая практика в педиатрии	+	+	+	+
4	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)			Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2			3	4	5	6	7	8
1.	Патология детей старшего возраста			16	68			50	134
2.	Патология детей раннего возраста			12	72			50	134
3.	Неонатология			-	42			10	52
4.	Гематология			-	30			10	40
	Вид промежуточной аттестации:	Зачет							-
		Экзамен	контактная работа	экзамен					3
			самостоятельная работа						33
	Итого:			28	212			120	396

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				10 сем.	11 сем.
1	2	3	4	5	6
1.	1	Бронхиальная астма у детей.	В лекции раскрываются особенности патогенеза бронхиальной астмы и приступа удушья. Клиническая картина приступного и периодов ремиссии. Особенности патогенеза и клиники у детей раннего возраста. Диагностика и дифференциальная диагностика бронхиальной астмы с другими заболеваниями. Меры неотложной терапии при приступе и лечение в периоде ремиссии. Профилактика.	2	
2.	1	Муковисцидоз у детей.	Раскрываются вопросы патогенеза, дается классификация, критерии диагностики. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями, про-	2	

			текающими с синдромом мальабсорбции. Алгоритм лечебно-организационных мероприятий.		
3.	1	Ювенильный ревматоидный артрит.	В лекции раскрываются современные данные об особенностях патоморфологической картины. Классификация. Признаки активности. Варианты клинического течения у детей. Дифференциальный диагноз с другими диффузными заболеваниями соединительной ткани. Принципы лечения и профилактики.	2	
4.	1	Системные поражения соединительной ткани.	Раскрываются современные данные об особенностях патоморфологической картины. Классификация. Оценка степени активности патологического процесса. Варианты клинического течения у детей. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения и профилактики.	2	
5.	1	Системные васкулиты.	На лекции рассматриваются вопросы распространенности, факторы риска развития системных васкулитов, классификация. Клинические проявления, лабораторная диагностика. Дифференциальный диагноз. Основные принципы лечения и диспансеризации при системных васкулитах.	2	
6.	1	Первичные и вторичные гипертонии у детей.	Рассматриваются вопросы чем обусловлена артериальная гипертензия в детском возрасте: различными заболеваниями гломерулонефритом, феохромоцитомой, врожденными аномалиями развития сердца (коарктация аорты), почек и их сосудов; у детей раннего возраста - инфекционными заболеваниями, протекающими с токсикоэксикозом и сенсибилизацией организма, последствиями родовой травмы черепа. На лекции рассматриваются особенности клиники, диагностики и лечения заболевания у детей старшего школьного возраста и подростков.	2	
7.	1	Миокардиты, перикардиты и эндокардиты у детей.	На лекции подробно разбирается патогенез, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика, а также современные принципы терапии и профилактики миокардитов, перикардитов и эндокардитов у детей.	2	

8.	1	Почечная недостаточность.	Рассматриваются вопросы этиопатогенеза, причины острой олигурии, периодов ОПН, клиники и терапии ОПН. Рассматриваются вопросы этиологии ХПН, патогенез, классификация, клиническая характеристика каждой стадии, дифференциальная диагностика клубочковых и неклубочковых поражений, принципы патогенетической и симптоматической терапии, прогноз.	2	
9.	2	Глютенчувствительная энтеропатия.	Рассматривается стадийность морфологических изменений в слизистой ЖКТ. Классификация. Клиническая картина. Лечение и особенности диспансерного наблюдения больных целиакией.		2
10.	2	Пиелонефрит у детей.	На лекции подробно разбирается патогенез, клиническая картина, лабораторно-инструментальная диагностика при пиелонефрите у детей		2
11.	2	Пиелонефрит у детей (продолжение).	Дифференциальный диагноз. Лечение пиелонефрита. Реабилитация после перенесенного острого и в период ремиссии хронического пиелонефрита. Прогноз при данной патологии.		2
12.	2	Становление и развитие иммунной системы у детей. Первичные иммунодефицитные состояния у детей.	Количественная характеристика и функциональные особенности Т- и В-звеньев системы иммунитета. Развитие иммунной системы в онтогенезе. Вопросы клиники и патогенеза первичных иммунодефицитных состояний, их влияние на структуру детской заболеваемости и смертности. Прогноз. Лечение иммунодефицитных состояний.		2
13	2	Атопический дерматит у детей.	Рассматриваются вопросы патогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики атипического дерматита с другими дерматозами. Представлены основные принципы симптоматической и патогенетической терапии, тактика диспансерного наблюдения.		2
14.	2	Врожденные и наследственные заболевания почек у детей.	Рассматривается эмбриогенез и клинические аспекты аномалий органов мочевой системы. Номенклатура врожденных и наследственных нефро- и уропатий. Анатомические аномалии развития органов мочевой системы. Обструктивные уропатии.		2

			Аномалии дифференцировки почечной ткани. Поликитоз почек. Тубулопатии. Отдельные синдромы сочетанного поражения почек других систем.		
Итого:				**16**	**12**

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				10 сем.	11 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Миокардиты. Дифференциальный диагноз с ревматическими миокардитами. Перикардиты.	Рассматриваются вопросы этиопатогенеза, классификация, клиника и лечение при миокардитах у детей старшего возраста, диспансерное наблюдение и прогноз. Проводится в отделении демонстрация больных.	4	
2	1	Нарушения сердечного ритма. Сердечная недостаточность.	Функциональные и органические причины расстройства ритма. Разбираются отдельные виды расстройств автоматизма. Причины и стадии СН. Клиника. Лечение при СН у детей.	4	
3	1	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Понятия. Причины. Клиника. Определение исходного вегетативного тонуса. Особенности сбора анамнеза у больных с СДВНС. Особенности заболевания у подростков. Дополнительные методы исследования. Показания к госпитализации. Терапия.	4	
4	1	Ювенильный ревматоидный артрит.	Современные представления об этиопатогенезе, роль цитоцинов при ювенильном ревматоидном артрите. Основные клинические формы (суставная и системная). Поражение глаз при ЮРА. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Свойства базисной терапии.	4	
5	1	Системные поражения соединительной ткани.	Дифференциальный диагноз СКВ, узелкового периартериита, дерматомиозита и склеродермии. Принципы лечения коллагенозов, реабилитация. Прогноз. Причины развития. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюде-	4	

			ние.		
6	1	Системные васкулиты.	Этиология развития системных васкулитов. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.	4	
7	1	Хронический гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.	Причины. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Особенности заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков. Роль хеликобактериоза в патогенезе данных заболеваний. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования. Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от этиологии. Исходы. Реабилитация. Профилактика	4	
8	1	Дискинезия желчного пузыря, спазм сфинктера Одди. Желчекаменная болезнь у детей.	Причины. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Особенности заболеваний желчного пузыря и сфинктеров ЖП у подростков. Функциональные нарушения желчевыводящих путей (нарушения кинетики и биохимизма желчи). Синдром холестаза; механизмы формирования. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе дискинезии желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования (холецистография, ретроградная холангиопанкреатография, УЗИ). Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от типа дискинезии. Желчекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Ультразвуковое исследование. Показания. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика	4	
9	1	Острый и хронический панкреатит.	Причины. Классификация. Принципы диагностики, лечения. Панкреатиты. Классификация. Этиология острых и хронических панкреатитов. Патогенез. Клиника. Диагностика. Типы нарушений панкреатической секреции. Ультразвуковая диагностика. Показания к ретроградной холангиопанкреатографии. Особенности клинических проявлений и течения у подростков. Диффе-	4	

			ренциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.		
10	1	Язвенный хронический колит у детей. Болезнь Крона.	Этиология и патогенез, диагностика при язвенном хроническом колите. Клиника- язвенный хронический колит. Болезнь Крона, этиология, рецидивирующее течение с образованием воспалительных инфильтратов и глубоких продольных язв, клиническая картина, осложнения.	4	
11	1	Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей.	Понятие о гастроэзофагеальном рефлюксе у детей. Физиологический и патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления заболевания. Лечение и прогноз.	4	
12	1	Инфекция мочевыводящих путей. Цистит у детей.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при инфекции мочевыводящих путей и при цистите у детей. Дифференциация между заболеваниями. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
13	1	Нефротический синдром. Дизметаболическая нефропатия.	Частота гломерулонефрита, его этиология и классификация. Клинические проявления различных форм гломерулонефрита. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение в зависимости от формы заболевания. Профилактика и диспансерное наблюдения за детьми с гломерулонефритом. Понятие нефротического синдрома (НС), его классификация. Этиология и патогенез НС, клинические проявления. Особенности течения врожденного НС. Лечение НС. Понятие о дизметаболической нефропатии, диагностика, диета, лечение.	4	
14	1	Тубулоинтерстициальный нефрит.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при тубулоинтерстициальном нефрите (ТИН). Факторы риска ТИН у детей: отягощенный анамнез, гиперкристаллурия, дисплазия почек, аллергический диатез, инфекционная и лекарственная интоксикация. Лечение	4	

			и прогноз при ТИН		
15	1	Хроническая болезнь почек. Почечная недостаточность.	Понятие о хронической болезни почек. Стадии. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология и патогенез. Стадии и клинические проявления. Исходы ОПН у детей в зависимости от причины ее развития. Лечение, место диализной терапии в лечении ОПН, показания к гемодиализу. Хроническая почечная недостаточность (ХПН): эпидемиология, группы и факторы риска развития ХПН, классификация. Морфологические изменения в почках при ХПН, патогенез основных синдромов. Клиническая симптоматика. Лечение: принципы лечения больного с начальными проявлениями ХПН, коррекция основных синдромов. Показания к применению, варианты и режимы диализной терапии. Коррекция возможных побочных эффектов.	4	
16	1	Аллергический ринит, бронхиальная астма и другие респираторные аллергозы.	Причины. Основные клинические формы. Группировка по преимущественной локализации: аллергический ринит, синусит, ларингит, трахеит, бронхит, экзогенный аллергический альвеолит. Аллергический ринит. Частота встречаемости. Патогенез. Роль наследственных и внешних факторов (аллергенов). Клиника. Дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями дыхательных путей. Диагноз. Лечение. Ларинготрахеит. Распространенность. Роль наследственных и внешних факторов. Особенности клиники в сравнении с банальными воспалительными формами заболевания. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Бронхиальная астма. Клиника. Дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями бронхов. Диагностика. Лечение. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
17	1	Наследственные хронические болезни лёгких.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при муковисцидозе. Тече-	4	

		Муковисцидоз.	ние. Лечение в периоде обострения и ремиссии. Осложнения. Показания к госпитализации и лечение. Профилактика обострений.		
18	2	Аллергодерматозы. Атопический дерматит у детей раннего возраста.	Этиология и патогенез, диагностика. Клинический полиморфизм и склонностью к хроническому или рецидивирующему течению. Рабочая классификация аллергических болезней кожи у детей. На занятии разбираются тяжелые формы аллергодерматозов: токсидермия, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и Лайелла.		6
19	2	Острые аллергические заболевания у детей раннего возраста. Анафилактический шок и сывороточная болезнь.	Этиопатогенез острых аллергических заболеваний у детей раннего возраста. Клиника и диагностика отека Квинке, крапивницы. Этиология и патогенез, клиника, диагностика анафилактического шока и сывороточной болезни. Факторы риска развития. Клинические проявления, особенности лечения и механизмы развития данного состояния. Алгоритм неотложной помощи.		6
20	2	Заболевания, протекающие с бронхообструктивным синдромом у детей. Острый бронхиолит. Бронхолегочная дисплазия. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом	Этиология и патогенез, клиника, диагностика бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей. Этиопатогенез острого бронхиолита, клиническая картина, диагностика. Лечение острого бронхиолита. Причины развития бронхолегочной дисплазии. Этиология и патогенез, клиника, диагностика при бронхолегочной дисплазии. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом.		6
21	2	Гипертермический и судорожный синдромы у детей раннего возраста. Нейротоксикоз.	Этиология, патогенез, роль провоспалительных цитокинов в развитии гипертермии, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, выбор современных антипиретических лекарственных средств, неотложная помощь при гипертермическом синдроме. Судорожный синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, неотложная помощь.	4	
22	2	Белково-энергетическая не-	Определение Белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей. Этио-	4	

		достаточность у детей.	логия и патогенез при БЭН. Степени и клиника БЭН. Диета при разных степенях БЭН и медикаментозное лечение.		
23	2	Синдром нарушенного кишечного всасывания. Дисахаридазная недостаточность. Экссудативная энтеропатия. Дифференциальная диагностика основных групп заболеваний, тактика ведения, подбор терапии.	Этиология и патогенез заболеваний, протекающих с синдромом нарушенного кишечного всасывания у детей раннего возраста, клиническая симптоматика, современная классификация. Показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование с учетом действующих клинических рекомендаций и протоколов, порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Лечение детей.		6
24	2	Целиакия.	Этиология и патогенез при целиакии. Рассматривается стадийность морфологических изменений в слизистой ЖКТ. Классификация. Клиническая картина. Лечение и особенности диспансерного наблюдения больных целиакией.		6
25	2	Миокардиты, фиброэластоз у детей раннего возраста.	Миокардит у детей раннего возраста как следствие внутриутробной инфекции или постнатальных инфекционных заболеваний. Рассматриваются вопросы этиологии патогенеза, клинической диагностики, дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация.		6
26	2	Врожденные и наследственные заболевания почек у детей. Нефропатии. Наследственный нефрит.	Диагностика врожденных и наследственных заболевания почек. Рассматриваются вопросы патогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения при врожденных и наследственных заболевания почек и при наследственном нефрите.	4	
27	2	Тубулопатии.	Определение первичных и вторичных тубулопатий. Рассматриваются вопросы патогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения детей с тубулопатиями.	4	
28	2	Биоценоз, дисбиоценоз, дисбиоз. Коррекция дисбиоза.	Состояние микрофлоры кишечника при различных видах вскармливания ребёнка. Клиника. Диагностика дисбиоза, коррекция нарушений микрофлоры кишечника ребенка. Профилактика дисбиоза при антибиотикотерапии.	4	
29	2	Запоры у детей.	Характер стула при различных видах вскармливания ребёнка. Дисбиоз как причина запоров. Диагностика дисбио-	4	

			за, коррекция нарушений микрофлоры кишечника ребенка. Органические и функциональные причины запоров, диагностика и методы лечения.		
30	2	Функциональные нарушения ЖКТ у детей.	Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): срыгивания, запоры, диарея, метеоризм. Изменения при функциональных нарушениях ЖКТ: моторная функция, переваривание и всасывание пищевых веществ, а также состав кишечной микробиоты и активность иммунной системы. Дифференциальная диагностика с органическими изменениями. Методы коррекции. Прогноз. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
31	2	Заболевания полости рта у детей раннего возраста.	Бактериальные, вирусные, грибковые и герпетические поражения слизистой полости рта у детей раннего возраста. Рассматриваются вопросы этиопатогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения.	4	
32	2	Последствия гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса.	Патогенез гипоксически-травматических и гипоксически-ишемических энцефалопатий (ГИЭ). Синдромы ГИЭ: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса. Возможности диагностики последствий ГИЭ, лечения и прогноз при разных синдромах гипоксический ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста.	4	
33	3	Организация медицинского обслуживания новорожденных. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия и родовая травма новорожденных.	Оценка состояния новорожденного при рождении. Шкала Апгар. Оценка степени зрелости. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг. Выписка из родильного дома, сроки, показания. Показания и противопоказания к проведению БЦЖ. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, острая гипоксия плода, асфик-		6

			сия в родах. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия, клиника, диагностика, синдромы. Травматические, чаще всего обусловленные травматическим повреждением головки плода в момент родов и смешанные, гипоксически-травматические поражения центральной нервной системы. Демонстрация больных.		
34	3	Внутриутробные инфекции.	Понятие об инфекционных эмбрио- и фетопатиях. Понятие о внутриутробном (анте- и интранальном) инфицировании. *Цитомегаловирусная инфекция.* Эпидемиология. Патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз. Лечение. Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии. *Врожденная герпесвирусная инфекция.* Эпидемиология. Роль герпесвируса I типа и II типа. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии. *Врожденная краснуха.* Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. *Врожденный хламидиоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Иммунологические методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. *Врожденный микоплазмоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. *Врожденный листериоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Демонстрация больных.		6
35	3	Желтухи новорож-	Этиология различных видов желтух.		6

		денных.	Клиническая картина. Диагностика и лечение. Классификация. ГБН на почве резус-конфликта. Патогенез. Клинические формы. Пре- и постнатальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Пренатальные и постнатальные методы лечения. Заменные переливания крови (ЗПК). Внутриутробное проведение ЗПК. Показания. Осложнения. Постнатальные ЗПК. Показания. Осложнения. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика. ГБН на почве конфликта по другим эритроцитарным антигенам. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Осложнения. Исходы. Профилактика.		
36	3	Анемии новорожденных.	Особенности кроветворения у детей. Гемограмма у детей различного возраста. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика различных видов анемий в детском возрасте. Клиническая картина при анемии. Организация режима и внешней среды. Вскармливание детей с анемией. Потребность в энергии и основных нутриентах. Лечение при анемии новорожденных.		6
37	3	Геморрагический синдром у новорождённых	Гемограмма у новорождённых детей. Геморрагические диатезы у детей, клиническая картина. Лабораторная диагностика различных типов кровоточивости. Принципы терапии геморрагических диатезов.		6
38	3	Сепсис новорожденного.	Этиология сепсиса. Критерии постановки диагноза сепсис. Анатомо-физиологические особенности ребенка, предрасполагающие к сепсису. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Клиническая картина при сепсисе. Организация режима и внешней среды. Вскармливание детей с сепсисом. Потребность в энергии и основных нутриентах. Лечение при сепсисе.		6
39	3	Недоношенные дети.	Понятие о недоношенности. Причины недоношенности. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста. Факторы, способствующие повышенной		6

			заболеваемости и летальности недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие недоношенных детей. Организация режима и внешней среды. Вскармливание недоношенных детей. Потребность в энергии и основных нутриентах.		
40	4	Дифференциальная диагностика и лечение лейкозов.	Сущность понятия. Классификация. Этиология. Основные клинико-лабораторные признаки индолентных, агрессивных и высокоагрессивных лимфом. Алгоритм диагностического поиска. Показания для биопсии органов и тканей, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ. Стадии заболевания. Особенности течения злокачественных лимфом у детей. Факторы риска. Дифференцированная терапия. Реабилитационные мероприятия. Диспансерное наблюдение. Вопросы МСЭ.		6
41	4	Апластические анемии.	Определение понятия. Причины и механизм развития реактивных изменений в системе кроветворения у детей. Классификация. Основные клинико-лабораторные признаки. Алгоритм диагностического поиска. Дифференциальная диагностика. Современные подходы к терапии. Мониторирование лечения. Профилактика. Исходы. Основные клинико-лабораторные признаки. Критерии диагностики. Современные подходы к терапии. Профилактика.		6
42	4	Гемолитические анемии.	Определение понятия. Причины и механизм развития реактивных изменений в системе кроветворения у детей. Классификация. Основные клинико-лабораторные признаки. Алгоритм диагностического поиска. Дифференциальная диагностика. Современные подходы к терапии. Мониторирование лечения. Профилактика. Исходы. Основные клинико-лабораторные признаки. Критерии диагностики. Современные подходы к терапии. Профилактика.		6
43	4	Иммунные тромбоцитопении.	Классификация геморрагических гемостазиопатий. Причины и механизмы развития. Определение понятия и критерии тромбоцитопении, тромбоцитопатии, тромбоцитозов. Типы геморрагического синдрома. Особенности клинико-лабораторных показателей при		6

			тромбоцитопатиях, иммунной тромбоцитопении, тромботической тромбоцитопенической пурпуры, болезни Виллебранда и ДВС-синдроме. Алгоритм диагностического поиска. Дифференцированная терапия. Профилактика. Вопросы МСЭ.		
44	4	Гемофилии.	Сущность понятия. Виды осложнений. Этиология. Патогенез. Категории больных с гемофилиями. Алгоритм диагностического поиска. Современные принципы терапии больных. Оценка эффективности лечения. Исходы. Профилактика.		6
	Итого:			**104**	**108**

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	10	«Патология детей старшего возраста»	Написание рефератов; работа с учебной литературой по темам занятий, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	50
2		«Патология детей раннего возраста»	Написание рефератов; работа с учебной литературой по темам занятий, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	10
Итого часов в семестре:				60
1	11	«Патология детей раннего возраста»	Написание рефератов; работа с учебной литературой по темам занятий, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	40
2		«Неонатология»	Написание рефератов; работа с учебной литературой по темам занятий, подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации	10
3		«Гематология»	Написание рефератов, работа с учебной литературой по темам занятий, подготовка к текущему контролю	10
Итого часов в семестре:				60
Всего часов на самостоятельную работу:				120

3.7. Лабораторный практикум.
Не предусмотрен учебным планом.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ.
Курсовые проекты (работы) и контрольные работы не предусмотрены учебным планом.

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	-
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача
3	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. А.Г Румянцева, А.А. Масчана, Е. В. Жуковской	Москва «ГЭОТАР-Медиа 2015	-	ЭБС Консультант врача

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
2	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
5	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	-
6	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2009г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2009	5	-
7	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009	7	Консультант студента

	студентов мед. вузов				
8	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
9	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
10	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	-

4.2. Нормативная база

Профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27 марта 2017 г. № 306н
Клинические рекомендации Союза педиатров России.
Протоколы лечения заболеваний у детей.
Стандарты оказания медицинской помощи детям при заболеваниях.

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

- www. pediatr-russia.ru
- www. consilium-medicum. com
- www. doctor.am.gradusnik.ru
- www. medline.ru

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:

Программы тестового контроля для текущей и промежуточной аттестации по разделам дисциплины № 1-4.

Лекции-презентации по разделам № 1-4, видеозаписи, связанные с учебной программой.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №034010001091200035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),

2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №034010001091300043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).

4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,

8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.
2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.
4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.
5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.
6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/
7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	*№ 819 г. Киров, ул. К. Маркса, 112, (3 корпус)*	*компьютерная техника, проектор, специализированная мебель*
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	*№ 4 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (корпус детского консультативно-диагностического центра)*	*специализированная мебель, ноутбук*
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	*№ 3 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (корпус детского консультативно-диагностического центра)*	*специализированная мебель, ноутбук*
учебные аудитории для	*№ 1 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (кор-*	*Компьютер, специализирован-*

проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	*пус детского консультативно-диагностического центра)*	*ная мебель*
помещения для самостоятельной работы	*№ 2 г. Киров, ул. Менделеева, 16, (корпус детского консультативно-диагностического центра)*	*Компьютер, специализированная мебель*

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины обучающимся необходимо освоить практические умения по обследованию больного ребенка с различной патологией.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей). Преподавание дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Муковисцидоз у детей», «Ювенильный ревматоидный артрит», «Атопический дерматит у детей» и др. На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении темы: «Становление и развитие иммунной системы у детей. Первичные иммунодефицитные состояния у детей». Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области педиатрии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся проводят как в устном, так и в письменном виде, а также в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней, составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практикум традиционный по темам: «Системные поражения соединительной ткани», «Системные васкулиты» и другие.

- семинар-дискуссия по теме « Заболевания, протекающие с бронхообструктивным синдромом у детей. Острый бронхиолит. Бронхолегочная дисплазия. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом».

- учебно-ролевая игра по теме « Острые аллергические заболевания у детей раннего возраста. Анафилактический шок и сывороточная болезнь».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Госпитальная педиатрия» включает написание рефератов. работу с учебной литературой по темам занятий, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Госпитальная педиатрия»и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно оформляют рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико- деонтологических особенностей общения с пациентами. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием, собеседованием. Текущий контроль усвоения предмета определяется во время тестирования, устного опроса, собеседования, оценки реферата, приема практических навыков в ходе занятий.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестирования, собеседование, решения ситуационных задач, приема практических навыков. Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Мин-

здрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучаю-

щимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	*Виды занятий/работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуаци-

		- веб-тренинги - видеозащита работ	онных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы.	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т. е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими студентами, создании комфортного психологического климата в студенческой группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т. е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использо-

ванием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для студентов-инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости студенту-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для студентов с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории студентов	***Виды оценочных средств***	***Формы контроля и оценки результатов обучения***
С нарушением слуха	тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;

- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (3++)

Профиль - Педиатрия

Форма обучения - очная

Кафедра педиатрии

Автор (ы) Н.В. Хлебникова, Я.Ю. Иллек

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** изменить и читать в следующей редакции:

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	СПб: Питер, 2019	30	-
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва, 2019	10	ЭБС Консультант студента
3	Госпитальная педиатрия: учебник	Ильенко Л.И., Бельмер С.В., Александрова Ю.Н.	Москва, 2022	10	ЭБС Консультант студента
4	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. Румянцева А.Г., Масчана А.А., Жуковской Е.В.	Москва: «ГЭОТАР-Медиа, 2015	-	СИС «MedBaseGeotar»

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Современные подходы к питанию детей до года: учебное пособие	Рассанова Е.А.	Киров, 2024	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	Киров, 2012	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Нефриты у детей, монография	Иллек Я.Ю., Зайцева Г.А., Тарасова Е.Ю., соавт.	Киров, 2012	10	ЭБС Кировского ГМУ
5	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	Киров, 2009	90	-
6	Особенности диагностики и	Тарасова Е.Ю.,	Киров, 2016	40	ЭБС

	лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей: учебное пособие	Иллек Я.Ю.			Кировского ГМУ

2. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»** п. 7 изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

3. Пункт **«4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)»** изменить и читать в следующей редакции:

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	*Номер кабинета, адрес*	*Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях*
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	аудитория №819 Кировского ГМУ - учебный корпус №3 (г. Киров, ул. Владимирская, 112.	компьютерная техника, проектор, специализированная мебель
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	каб. №1 - 4 (детский консультативно-диагностический центр КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16).	специализированная мебель, ноутбук
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	каб. №1 - 4 (детский консультативно-диагностический центр КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16).	специализированная мебель, ноутбук
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	каб. №1 - 4 (детский консультативно-диагностический центр КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16).	Компьютер, специализированная мебель
помещения для самостоятельной работы	каб. №1 - 4 (детский консультативно-диагностический центр КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16).	Компьютер, специализированная мебель

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«15» сентября 2025 г., протокол № 2
Зав. кафедрой Я.Ю. Иллек

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
И.о проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины
«Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (3++)
Направленность (профиль) - Педиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра педиатрии
Автор (ы) Н.В. Хлебникова

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт «3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)» дополнить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				А сем.	В сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Миокардиты. Дифференциальный диагноз с ревматическими миокардитами. Перикардиты.	Рассматриваются вопросы этиопатогенеза, классификация, клиника и лечение при миокардитах у детей старшего возраста, диспансерное наблюдение и прогноз. Проводится в отделении демонстрация больных.	4	
2	1	Нарушения сердечного ритма. Сердечная недостаточность.	Функциональные и органические причины расстройства ритма. Разбираются отдельные виды расстройств автоматизма. Причины и стадии СН. Клиника. Лечение при СН у детей.	4	
3	1	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Понятия. Причины. Клиника. Определение исходного вегетативного тонуса. Особенности сбора анамнеза у больных с СДВНС. Особенности заболевания у подростков. Дополнительные методы исследования. Показания к госпитализации. Терапия.	4	
4	1	Ювенильный ревматоидный артрит.	Современные представления об этиопатогенезе, роль цитоцинов при ювенильном ревматоидном артрите. Основные клинические формы (суставная и системная). Поражение глаз при ЮРА. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения. Свойства базисной терапии.	4	
5	1	Системные поражения соединительной ткани.	Дифференциальный диагноз СКВ, узелкового периартериита, дерматомиозита и склеродермии. Принципы лечения коллагенозов, реабилитация. Прогноз. Причины развития. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.	4	
6	1	Системные васкулиты.	Этиология развития системных васкулитов. Классификация. Клинические проявления в зависимости от возраста. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.	4	

7	1	Хронический гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.	Причины. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Особенности заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и подростков. Роль хеликобактериоза в патогенезе данных заболеваний. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования. Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от этиологии. Исходы. Реабилитация. Профилактика	4	
8	1	Дискинезия желчного пузыря, спазм сфинктера Одди. Желчекаменная болезнь у детей.	Причины. Классификация. Принципы диагностики и лечения. Особенности заболеваний желчного пузыря и сфинктеров ЖП у подростков. Функциональные нарушения желчевыводящих путей (нарушения кинетики и биохимизма желчи). Синдром холестаза; механизмы формирования. Роль вегетативной нервной системы в патогенезе дискинезии желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Функциональные методы исследования (холецистография, ретроградная холангиопанкреатография, УЗИ). Показания. Методики проведения. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения в зависимости от типа дискинезии. Желчекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Ультразвуковое исследование. Показания. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Лечение. Профилактика	4	
9	1	Острый и хронический панкреатит.	Причины. Классификация. Принципы диагностики, лечения. Панкреатиты. Классификация. Этиология острых и хронических панкреатитов. Патогенез. Клиника. Диагностика. Типы нарушений панкреатической секреции. Ультразвуковая диагностика. Показания к ретроградной холангиопанкреатографии. Особенности клинических проявлений и течения у подростков. Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Лечение. Исходы. Профилактика.	4	
10	1	Язвенный хронический колит у детей. Болезнь Крона.	Этиология и патогенез, диагностика при язвенном хроническом колите. Клиника-язвенный хронический колит. Болезнь Крона, этиология, рецидивирующее течение с образованием воспалительных инфильтратов и глубоких продольных язв, клиническая картина, осложнения. **Сформировать навык использования медицинских справочных систем и ИИ-ассистентов для проверки лекарственных взаимодействий и актуальности протоколов лечения. Сформировать навык использования медицинских справочных систем и ИИ-ассистентов для проверки лекарственных взаимодействий и актуальности протоколов лечения. Лечение**	4	

			и диета при болезни Крона, с использованием медицинских справочных систем и ИИ-ассистентов для проверки лекарственных взаимодействий и актуальности протоколов лечения. Диспансерное наблюдение при болезни Крона.		
11	1	Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей.	Понятие о гастроэзофагеальном рефлюксе у детей. Физиологический и патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические проявления заболевания. Лечение и прогноз.	4	
12	1	Инфекция мочевыводящих путей. Цистит у детей.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при инфекции мочевыводящих путей и при цистите у детей. Дифференциация между заболеваниями. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
13	1	Нефротический синдром. Дизметаболическая нефропатия.	Частота гломерулонефрита, его этиология и классификация. Клинические проявления различных форм гломерулонефрита. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение в зависимости от формы заболевания. Профилактика и диспансерное наблюдения за детьми с гломерулонефритом. Понятие нефротического синдрома (НС), его классификация. Этиология и патогенез НС, клинические проявления. Особенности течения врожденного НС. Лечение НС. Понятие о дизметаболической нефропатии, диагностика, диета, лечение.	4	
14	1	Тубулоинтерстициальный нефрит.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при тубулоинтерстициальном нефрите (ТИН). Факторы риска ТИН у детей: отягощенный анамнез, гиперкристаллурия, дисплазия почек, аллергический диатез, инфекционная и лекарственная интоксикация. Лечение и прогноз при ТИН	4	
15	1	Хроническая болезнь почек. Почечная недостаточность.	Понятие о хронической болезни почек. Стадии. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология и патогенез. Стадии и клинические проявления. Исходы ОПН у детей в зависимости от причины ее развития. Лечение, место диализной терапии в лечении ОПН, показания к гемодиализу. Хроническая почечная недостаточность (ХПН): эпидемиология, группы и факторы риска развития ХПН, классификация. Морфологические изменения в почках при ХПН, патогенез основных синдромов. Клиническая симптоматика. Лечение: принципы лечения больного с начальными проявлениями ХПН, коррекция основных синдромов. Показания к применению, варианты и режимы диализной терапии.	4	

			Коррекция возможных побочных эффектов.		
16	1	Аллергический ринит, бронхиальная астма и другие респираторные аллергозы.	Причины. Основные клинические формы. Группировка по преимущественной локализации: аллергический ринит, синусит, ларингит, трахеит, бронхит, экзогенный аллергический альвеолит. Аллергический ринит. Частота встречаемости. Патогенез. Роль наследственных и внешних факторов (аллергенов). Клиника. Дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями дыхательных путей. Диагноз. Лечение. Ларинготрахеит. Распространенность. Роль наследственных и внешних факторов. Особенности клиники в сравнении с банальными воспалительными формами заболевания. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Бронхиальная астма. Клиника. Дифференциальный диагноз с воспалительными заболеваниями бронхов. Диагностика. Лечение. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
17	1	Наследственные хронические болезни лёгких. Муковисцидоз.	Классификация. Этиология. Патогенез. Клинические и рентгенологические особенности при муковисцидозе. Течение. Лечение в периоде обострения и ремиссии. Осложнения. Показания к госпитализации и лечение. Профилактика обострений.	4	
18	2	Аллергодерматозы Атопический дерматит у детей раннего возраста.	Этиология и патогенез, диагностика. Клинический полиморфизм и склонностью к хроническому или рецидивирующему течению. Рабочая классификация аллергических болезней кожи у детей. На занятии разбираются тяжелые формы аллергодерматозов: токсидермия, многоформная экссудативная эритема, синдром Стивенса-Джонсона и Лайелла.		6
19	2	Острые аллергические заболевания у детей раннего возраста. Анафилактический шок и сывороточная болезнь.	Этиопатогенез острых аллергических заболеваний у детей раннего возраста. Клиника и диагностика отека Квинке, крапивницы. Этиология и патогенез, клиника, диагностика анафилактического шока и сывороточной болезни. Факторы риска развития. Клинические проявления, особенности лечения и механизмы развития данного состояния. Алгоритм неотложной помощи.		6
20	2	Заболевания, протекающие с бронхообструктивным синдромом у детей. Острый бронхиолит. Бронхолегочная дисплазия. Понятие о пороках бронхолегочной системы,	Этиология и патогенез, клиника, диагностика бронхообструктивного синдрома (БОС) у детей. Этиопатогенез острого бронхиолита, клиническая картина, диагностика. Лечение острого бронхиолита. Причины развития бронхолегочной дисплазии. Этиология и патогенез, клиника, диагностика при бронхолегочной дисплазии. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным		6

		протекающих с бронхообструктивным синдромом	синдромом.		
21	2	Гипертермический и судорожный синдромы у детей раннего возраста. Нейротоксикоз.	Этиология, патогенез, роль провоспалительных цитокинов в развитии гипертермии, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, выбор современных антипиретических лекарственных средств, неотложная помощь при гипертермическом синдроме. Судорожный синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, неотложная помощь.	4	
22	2	Белково-энергетическая недостаточность у детей.	Определение Белково-энергетической недостаточности (БЭН) у детей. Этиология и патогенез при БЭН. Степени и клиника БЭН. Диета при разных степенях БЭН и медикаментозное лечение.	4	
23	2	Синдром нарушенного кишечного всасывания. Дисахаридазная недостаточность. Экссудативная энтеропатия. Дифференциальная диагностика основных групп заболеваний, тактика ведения, подбор терапии.	Этиология и патогенез заболеваний, протекающих с синдромом нарушенного кишечного всасывания у детей раннего возраста, клиническая симптоматика, современная классификация. Показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование с учетом действующих клинических рекомендаций и протоколов, порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Лечение детей.		6
24	2	Целиакия.	Этиология и патогенез при целиакии. Рассматривается стадийность морфологических изменений в слизистой ЖКТ. Классификация. Клиническая картина. Лечение и особенности диспансерного наблюдения больных целиакией.		6
25	2	Миокардиты, фиброэластоз у детей раннего возраста.	Миокардит у детей раннего возраста как следствие внутриутробной инфекции или постнатальных инфекционных заболеваний. Рассматриваются вопросы этиологии патогенеза, клинической диагностики, дифференциальный диагноз, лечение, диспансеризация.		6
26	2	Врожденные и наследственные заболевания почек у детей. Нефропатии. Наследственный нефрит.	Диагностика врожденных и наследственных заболевания почек. Рассматриваются вопросы патогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения при врожденных и наследственных заболевания почек и при наследственном нефрите.	4	
27	2	Тубулопатии.	Определение первичных и вторичных тубулопатий. Рассматриваются вопросы патогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения детей с тубулопатиями.	4	
28	2	Биоценоз, дисбиоценоз, дисбиоз. Коррекция дисбиоза.	Состояние микрофлоры кишечника при различных видах вскармливания ребёнка. Клиника. Диагностика дисбиоза, коррекция нарушений микрофлоры кишечника ребенка.	4	

			Профилактика дисбиоза при антибиотикотерапии.		
29	2	Запоры у детей.	Характер стула при различных видах вскармливания ребёнка. Дисбиоз как причина запоров. Диагностика дисбиоза, коррекция нарушений микрофлоры кишечника ребенка. Органические и функциональные причины запоров, диагностика и методы лечения.	4	
30	2	Функциональные нарушения ЖКТ у детей.	Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): срыгивания, запоры, диарея, метеоризм. Изменения при функциональных нарушениях ЖКТ: моторная функция, переваривание и всасывание пищевых веществ, а также состав кишечной микробиоты и активность иммунной системы. Дифференциальная диагностика с органическими изменениями. Методы коррекции. Прогноз. **Практическая подготовка** в отделении КДОКБ. Курация больных детей, оформление первичного осмотра, диагностической сводки и этапного эпикриза.	2 2	
31	2	Заболевания полости рта у детей раннего возраста.	Бактериальные, вирусные, грибковые и герпетические поражения слизистой полости рта у детей раннего возраста. Рассматриваются вопросы этиопатогенеза, клиники, лечения, диспансерного наблюдения.	4	
32	2	Последствия гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса.	Патогенез гипоксически-травматических и гипоксически-ишемических энцефалопатий (ГИЭ). Синдромы ГИЭ: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса. Возможности диагностики последствий ГИЭ, лечения и прогноз при разных синдромах гипоксический ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста.	4	
33	3	Организация медицинского обслуживания новорожденных. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия и родовая травма новорожденных.	Оценка состояния новорожденного при рождении. Шкала Апгар. Оценка степени зрелости. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. Вскармливание новорожденных в родильном доме. Неонатальный скрининг. Выписка из родильного дома, сроки, показания. Показания и противопоказания к проведению БЦЖ. Хроническая внутриутробная гипоксия плода, острая гипоксия плода, асфиксия в родах. Гипоксическая ишемическая энцефалопатия, клиника, диагностика, синдромы. Травматические, чаще всего обусловленные травматическим повреждением головки плода в момент родов и смешанные, гипоксически-травматические поражения центральной нервной системы. Демонстрация больных.		6

34	3	Внутриутробные инфекции.	Понятие об инфекционных эмбрио- и фетопатиях. Понятие о внутриутробном (анте- и интранальном) инфицировании. *Цитомегаловирусная инфекция.* Эпидемиология. Патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз. Лечение. Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии. *Врожденная герпесвирусная инфекция.* Эпидемиология. Роль герпесвируса I типа и II типа. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии. *Врожденная краснуха.* Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика. *Врожденный хламидиоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Иммунологические методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. *Врожденный микоплазмоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Локальные и генерализованные формы. Течение. Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение. *Врожденный листериоз.* Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Демонстрация больных.		6
35	3	Желтухи новорожденных.	Этиология различных видов желтух. Клиническая картина. Диагностика и лечение. Классификация. ГБН на почве резус-конфликта. Патогенез. Клинические формы. Пре- и постнатальная диагностика. Дифференциальный диагноз. Пренатальные и постнатальные методы лечения. Заменные переливания крови (ЗПК). Внутриутробное проведение ЗПК. Показания. Осложнения. Постнатальные ЗПК. Показания. Осложнения. Консервативные методы терапии (фототерапия, медикаментозная). Исходы. Специфическая профилактика. ГБН на почве конфликта по другим эритроцитарным антигенам. Патогенез. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. Осложнения. Исходы. Профилактика.		6
36	3	Анемии новорож-денных.	Особенности кроветворения у детей. Гемограмма у детей различного возраста. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика различных видов анемий в детском возрасте. Клиническая картина при анемии. Организация режима и внешней среды. Вскармливание детей с анемией. Потребность в энергии и основных нутриентах. Лечение при анемии новорожденных.		6

37	3	Геморрагический синдром у новорождённых	Гемограмма у новорождённых детей. Геморрагические диатезы у детей, клиническая картина. Лабораторная диагностика различных типов кровоточивости. Принципы терапии геморрагических диатезов.		6
38	3	Сепсис новорожденного.	Этиология сепсиса. Критерии постановки диагноза сепсис. Анатомо-физиологические особенности ребенка, предрасполагающие к сепсису. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Клиническая картина при сепсисе. Организация режима и внешней среды. Вскармливание детей с сепсисом. Потребность в энергии и основных нутриентах. Лечение при сепсисе.		6
39	3	Недоношенные дети.	Понятие о недоношенности. Причины недоношенности. Критерии недоношенности. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка в зависимости от гестационного возраста. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Физическое и нервно-психическое развитие недоношенных детей. Организация режима и внешней среды. Вскармливание недоношенных детей. Потребность в энергии и основных нутриентах.		6
40	4	Дифференциальная диагностика и лечение лейкозов.	Сущность понятия. Классификация. Этиология. Основные клинико-лабораторные признаки индолентных, агрессивных и высокоагрессивных лимфом. Алгоритм диагностического поиска. Показания для биопсии органов и тканей, УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ. Стадии заболевания. Особенности течения злокачественных лимфом у детей. Факторы риска. Дифференцированная терапия. Реабилитационные мероприятия. Диспансерное наблюдение. Вопросы МСЭ.		6
41	4	Апластические анемии.	Определение понятия. Причины и механизм развития реактивных изменений в системе кроветворения у детей. Классификация. Основные клинико-лабораторные признаки. Алгоритм диагностического поиска. Дифференциальная диагностика. Современные подходы к терапии. Мониторирование лечения. Профилактика. Исходы. Основные клинико-лабораторные признаки. Критерии диагностики. Современные подходы к терапии. Профилактика.		6
42	4	Гемолитические анемии.	Определение понятия. Причины и механизм развития реактивных изменений в системе кроветворения у детей. Классификация. Основные клинико-лабораторные признаки. Алгоритм диагностического поиска. Дифференциальная диагностика. Современные подходы к терапии. Мониторирование лечения. Профилактика. Исходы. Основные клинико-лабораторные признаки. Критерии диагностики. Современные подходы к терапии. Профилактика.		6

43	4	Иммунные тромбоцитопении.	Классификация геморрагических гемостазиопатий. Причины и механизмы развития. Определение понятия и критерии тромбоцитопении, тромбоцитопатии, тромбоцитозов. Типы геморрагического синдрома. Особенности клинико-лабораторных показателей при тромбоцитопатиях, иммунной тромбоцитопении, тромботической тромбоцитопенической пурпуры, болезни Виллебранда и ДВС-синдроме. Алгоритм диагностического поиска. Дифференцированная терапия. Профилактика. Вопросы МСЭ.		6
44	4	Гемофилии.	Сущность понятия. Виды осложнений. Этиология. Патогенез. Категории больных с гемофилиями. Алгоритм диагностического поиска. Современные принципы терапии больных. Оценка эффективности лечения. Исходы. Профилактика.		6
	Итого:			**104**	**108**

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«30» января 2026 г., протокол № 5
И.о. заведующего кафедрой И.Г. Суетина

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия
Форма обучения очная

Раздел 1. Патология детей старшего возраста
Цикл «Кардиоревматология»
Тема 1.1: «Миокардиты. Дифференциальный диагноз с ревматическими миокардитами. Перикардиты».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи детям с миокардитами и перикардитами.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики таких заболеваний сердечно-сосудистой системы, как миокардиты и перикардиты и вопросы диффенциалиной диагностики с другими патологическими состояниями у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний у детей с неревматическими кардитами и перикардитами детей.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, а именно при миокардитах и перикардитах.

Сформировать базовые знания в области детской кардиологии.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Определение миокардита.
2.Этиология миокардитов.
3.Патогенез миокардитов.
4. Классификация неревматических миокардитов.
5.Клиническая картина острого неревматического миокардита.
6.Клиническая картина подострого неревматического миокардита.
8.Критерии диагностики неревматических кардитов.
9.Лабораторно - инструментальные методы исследования при диагностике кардита.
10.Дифференциальный диагноз неревматических миокардитов с ревматическими кардитами.
11.Лечение неревматических миокардитов. Стационарный и амбулаторный режимы. Диетотерапия. Медикаментозные методы лечения.
12.Санаторно-курортное лечение детей с неревматическими миокардитами.
13.Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение перикардитов.
14.Диспансерное наблюдение.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:
1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
4. Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?
5. Назначьте лечение данному ребенку.
6. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
7. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?
8. Какие вирусы тропны к миокарду?
9. Каково соотношение громкости тонов на верхушке у здорового ребенка?

Задача№1

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура -37,2-37,5°С в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать «ходить ножками». Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ — 100 г/л, лейкоциты — $6{,}4\times10^9$/л, п/я -2%, с — 43%, э — 1%, б — 1%, м — 3%, л — 40%, СОЭ — 11 мм рт.ст. С диагнозом: «Железодефицитная анемия» ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует, Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях — отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах — влажные хрипы. ЧД — 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систо-

лический шум на верхушке, ЧСС — 160 ударов в мин. Печень +7 см по правой среднеключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Дополнительные данные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 100 г/л, Лейк — 6,3х10^9/л, п/я — 2%, с -48%, э — 1%, б — 1%, л — 40%, м- 8%, СОЭ — 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес — 1015, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Разбор задачи по алгортитму:

1. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
2. Предположительно, заболевание вирусной этиологии.
3. ЭКГ: наиболее частыми признаками является снижение вольтажа комплексов QRS во всех отведениях, нарушения ритма и проводимости (синусовая тахи- и брадикардия, экстрасистолия, особенно политопная, пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярные блокады). Могут быть признаки перегрузки левого желудочка и предсердия, перегрузка правого желудочка, диффузные изменения миокарда – сглаженный или отрицательный зубец Т в стандартных или грудных отведениях. В ряде случаев возникают инфарктоподобные изменения на ЭКГ: глубокие зубцы Q в I, aVL, V5-V6 отведениях в сочетании с отрицательным зубцом Т и приподнятым сегментом ST, а также отсутствие увеличения зубца R в V1-V4.
4. На фоне ОРВИ: увеличение мезентериальных л/у? На фоне кардита: увеличение печени с растяжением капсулы.
5. Стационарный этап: ограничение двигательной активности 2-4 недели, продукты богатые солями калия. Преднизолон 0,7-1,5 мг/кг на 2-4 недели. Аспаркам (1/3 драже) или панангин, трентал в возрастной дозировке. Дигоксин (доза насыщения 0,04-0,05 мг/кг даётся 2-3 дня). Верошпирон 3-5 мг/кг, сальуретики (лазикс). В амбулаторных условиях: рибоксин (2 мес), оротат калия, вит. В, ретаболил (не ранее 1,5-2 мес от начала заболевания).
6. УЗИ сердца и брюшной полости, мониторирование ЭКГ, рентген грудной клетки с определением КТИ, измерение АД, ФКГ, биохимический анализ крови (с определением $ЛДГ_1$ и $ЛДГ_2$, активности витаминно-оксалатной пероксидазы, активности КФК.
7. ЭХОКГ: дилатация полостей сердца, снижение сократительной способности миокарда, КДО, ¯ ФВ.
8. Вирусы: Коксаки, А, В, ECHO, гриппа, аденовирусы, парагрипп и др.
9. Со 2-3-го месяца на верхушке доминирует громкость первого тона (у новорожденных доминирует громкость II тона).

3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача №2

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально — небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно — верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 $см^2$, перкуторно — границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — по передней подмышечной линии, верхняя — II межреберье, аускультативно — ЧСС — 140 ударов в мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Дополнительные данные исследования:

Общий анализ крови: НЬ — 110 г/л* Эр -4,1х10^{12}/л, Лейк — 5,0×10^9/л, п/я — 2%, с — 56%, л — 40%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол а составляет -5°. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, RV5<RV6.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ — 60%.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Задача №3

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая — по левой средне-ключичной линии, правая — по правой парастернальной линии, верхняя — II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС — 140 ударов в мин, ЧД — 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэриль-ное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные данные исследования:

Общий анализ крови: гематокрит — 49% (норма — 31-47%), НЬ — 170 г/л, Эр — 5,4х10^{12}/л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,1хЮ^9/л, п/я — 3%, с — 26%, э -1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1004, белок — отсутствует, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, мочевина — 5,1 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 143 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: рОг — 62 мм рт.ст. (норма — 80-100), pCO_2 — 50 мм рт.ст. (норма — 36-40), рН — 7,29, ВЕ — -8,5,ммоль/д (норма — +-2,3).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Клиническую картину неревматических кардитов и перикардитов у детей.
2. Пробы Шалкова, орто-клиностатические пробы.
3. Показатели вегетативного статуса.
4. Дифференциальную диагностику неревматических кардитов и перикардитов у детей.
5. Лечение данной патологии у детей.
6. Данные клинического и инструментального исследования сердечно-сосудистой, гепатобилиарной систем.
7. Диспансерное наблюдение детей с неревматическими кардитами и перикардитами.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРИ НЕРЕВМАТИЧЕСКОМ КАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ:
   1) уменьшение полостей сердца
   2) наличие вегетации на клапанах
   3) увеличение полостей сердца
2. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
   1) глухость сердечных тонов
   2) лимфополиадения
3. ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ НЕРЕВМАТИЧЕСКОГО КАРДИТА:
   1) снижение интеллекта
   2) кардиосклероз

Ответы: 1. – 3); 2. – 1); 3. – 2)

4) Подготовить реферат по теме:

1. Функциональные кардиопатии и миокардиодистрофии у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского

					ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации»	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед. вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.2: «Нарушения сердечного ритма. Сердечная недостаточность»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с нарушениями сердечного ритма, и с разными степенями сердечной недостаточности.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы: с нарушениями сердечного ритма и с сердечной недостаточностью и лечение при данных патологических состояниях.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с нарушением ритма, с сердечно – сосудистой недостаточностью. Назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, в том числе при нарушениях сердечного ритма и при сердечной недостаточности.

Сформировать базовые знания в области детской кардиологии, а именно при нарушениях сердечного ритма и при сердечной недостаточности.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме
1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Характеристика пульса у здорового и больного ребенка с сердечно-сосудистой патологией.
2. и патогенез нарушений ритма сердца у детей старшего возраста.
3. Нарушения ритма сердца, вследствие заболеваний сердечно-сосудистой системы.
4. Нарушения ритма сердца, вызванные внесердечными причинами.
5. Клиническая картина нарушения сердечного ритма.
6. Критерии диагностики аритмий.
7. Лабораторно - инструментальные методы исследования при диагностике аритмий.
8. Принципы лечения. Стационарный и амбулаторный режимы. Диетотерапия. Медикаментозные методы лечения: седативная терапия, антиаритмические препараты, кардиотрофики, ноотропная терапия, витамины и микроэлементы.
9. Санаторно-курортное лечение детей с нарушением ритма.
10. Диспансерное наблюдение детей с нарушением ритма.
11. Клиническая картина соматоформнаой дисфункции вегетативной нервной системы.
12. Клиническая картина сердечной недостаточности.
13. Принципы лечения сердечной недостаточности.
14. Диспансерное наблюдение.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:
1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие функциональные пробы показаны больному с экстрасистолией?
8. Какие дополнительные исследования нужно провести в данном случае?
9. Как Вы относитесь к назначению антиаритмических препаратов в данном случае?
10. Каков прогноз заболевания?

Задача№1

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.
Из анамнеза: девочка родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрас-

том. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.
При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — III ребро, левая — на 0,5 см внутри от средне-ключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортнера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.
Дополнительные данные исследования: *Общий анализ крови:* НЬ — 120 г/л, Лейк — $7{,}0\times10^9$/л, п/я — 5%, с -60%, л — 31%, м — 4%, СОЭ — 7 мм/час.
Биохимический анализ крови: АЛТ — 40 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 35 Ед/л (норма — до 40), СРБ — отрицательный.
*ЭКГ***:** синусовый ритм, ЧСС 64 ударов в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя экстрасистолы не зарегистрированы.
ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Пролапс митрального клапана без регургитации. Фракция выброса 64%.
Разбора задачи по алгоритму:
1. Функциональное нарушение ритма (суправентрикулярная экстрасистолия). Пролапс митрального клапана).
2. Аритмия кардиального происхождения (обусловлена пролапсом митрального клапана) + нарушения вегетативной регуляции.
3. Мониторирование ЭКГ, КИГ, клино-ортостатическая проба, проба с дозированной физ. нагрузкой, фарм. пробы (атропин, обзидан). УЗИ печени. Консультация невропатолога.
4. Другие виды аритмий, тиреотоксикоз, органические кардиопатии.
5. Функциональные экстрасистолы специальной терапии как правило, не требуют. Санация хронических очагов. Физиотерапия: переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электротранквилизация. Рефлексотерапия, массаж, психо- и гидротерапия, мануальная терапия и т.д. Снятие: оротат калия, панангин, аспаркам. Анаприлин (обзидан) 1-2 мг/кг.
6. Невропатолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, стоматолог, оториноларинголог, гомеопат.
7. Клино-ортостатическая проба, проба с дозированной нагрузкой, фармакологические пробы (атропин, обзидан).
8. Мониторирование ЭКГ, КИГ, УЗИ печени.
9. Поскольку аритмия носит функциональный характер, то нет необходимости в назначении антиаритмических препаратов.
10. Прогноз благоприятный (т. к. функциональные заболевания у детей поддаются коррекции).
3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача № 2

Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.
Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 ударов в мин, ЧД - 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные данные исследования: *Общий анализ крови:* гематокрит - 49% (норма - 31-47%), НЬ - 170 г/л, Эр - 5,4х10^{12}/л, Ц.п. - 0,91, Лейк - 6,1х$Ю^{9}$/л, п/я - 3%, с - 26%, э -1%, л - 64%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1004, белок - отсутствует, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 69 г/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: рОг — 62 мм рт.ст. (норма — 80-100), pCO_2 - 50 мм рт.ст. (норма - 36-40), рН - 7,29, ВЕ - -8,5 ммоль/д (норма - +-2,3).

Задача№3

Мальчик К., 10 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 8,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении.

Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел.

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая — по левой средне-ключичной линии, правая — по правой парастернальной линии, верхняя — II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС — 140 ударов в мин, ЧД — 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Дополнительные данные исследования: *Общий анализ крови:* гематокрит — 49% (норма — 31-47%), НЬ — 170 г/л, Эр — 5,4х10^{12}/л, Ц.п. — 0,91, Лейк — 6,1х$Ю^{9}$/л, п/я — 3%, с — 26%, э -1%, л — 64%, м — 6%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, удельный вес — 1004, белок — отсутствует, глюкоза — нет, эпителий плоский — немного, лейкоциты — 0-1 в п/з, эритроциты — нет, цилиндры — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, мочевина — 5,1 ммоль/л, холестерин — 3,3 ммоль/л, калий — 4,8 ммоль/л, натрий — 143 ммоль/л, АЛТ — 23 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 19 Ед/л (норма — до 40), серомукоид — 0,180 (норма — до 0,200).

Кислотно-основное состояние крови: рОг — 62 мм рт.ст. (норма — 80-100), pCO_2 — 50 мм рт.ст. (норма — 36-40), рН — 7,29, ВЕ — -8,5, ммоль/д (норма — +-2,3).

4. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Клиническая картина острой сердечной недостаточности.
2. Клиническая картина хронической сердечной недостаточности.
3. Принципы лечения острой и хронической сердечной недостаточности
4. Клиническую картину у больных с нарушением ритма, с сердечно – сосудистой недостаточностью детей.
5. Дифференциальную диагностику нарушений ритма, сердечно – сосудистой недостаточности у детей.
6. Лечение данной патологии у детей.
7. Фармакологическое действие кардиотрофиков, препаратов калия, сосудистых препаратов, витаминов.
8. Диспансерное наблюдение детей с нарушением ритма, с сердечно – сосудистой недостаточностью.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ:
1) влажным кашлем
2) влажными хрипами в легких
3) сухими хрипами в легких
4) падением артериального давления
2. ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1) появлением влажных хрипов в легких
2) увеличением размеров пече
Ответы: 1. – 4 2. – 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Синдром удлиненного QT. Причины. Виды. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова,	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ

		соавт.			
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.3: «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики такого заболевания сердечно-сосудистой системы, как соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и дифференциальный диагноз с другими патологическими состояниями у детей.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с нарушением ритма, с сердечно – сосудистой недостаточностью. Назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

Сформировать базовые знания по теме: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой

и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиология соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
2. Патогенез соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
3. Клиническая картина соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.
4. Обследование ребенка при подозрении на диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.
5. Лечение при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
6. Прогноз при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие функциональные пробы показаны больному с экстрасистолией?
8. Какие дополнительные исследования нужно провести в данном случае?
9. Как Вы относитесь к назначению антиаритмических препаратов в данном случае?
10. Каков прогноз заболевания?

Задача№1

При осмотре врачом у девочки 12 лет выявлена экстрасистолия. Девочка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

анамнез: родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3400 г, длиной 51 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — III ребро, левая — на 0,5 см внутри от средне -ключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортнера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Дополнительные данные исследования: *Общий анализ крови:* НЬ — 120 г/л, Лейк — $7{,}0\times10^9$/л, п/я — 5%, с -60%, л — 31%, м — 4%, СОЭ — 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ — 40 Ед/л (норма — до 40), АСТ — 35 Ед/л (норма — до 40), СРБ — отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 64 ударов в мин, горизонтальное положение электрической оси сердца. Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя экстрасистолы не зарегистрированы.

ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Пролапс митрального клапана без регургитации. Фракция выброса 64%.

Разбора задачи по алгоритму:

1. Функциональное нарушение ритма (суправентрикулярная экстрасистолия). Пролапс митрального клапана).
2. Аритмия кардиального происхождения (обусловлена пролапсом митрального клапана) + нарушения вегетативной регуляции.
3. Мониторирование ЭКГ, КИГ, клино-ортостатическая проба, проба с дозированной физ. нагрузкой, фарм. пробы (атропин, обзидан). УЗИ печени. Консультация невропатолога.
4. Другие виды аритмий, тиреотоксикоз, органические кардиопатии.
5. Функциональные экстрасистолы специальной терапии как правило, не требуют. Санация хронических очагов. Физиотерапия: переменное магнитное поле, синусоидальные модулированные токи, электротранквилизация. Рефлексотерапия, массаж, психо- и гидротерапия, мануальная терапия и т.д. Снятие: оротат калия, панангин, аспаркам. Анаприлин (обзидан) 1-2 мг/кг.
6. Невропатолог, эндокринолог, гастроэнтеролог, стоматолог, оториноларинголог, гомеопат.
7. Клино-ортостатическая проба, проба с дозированной нагрузкой, фармакологические пробы (атропин, обзидан).
8. Мониторирование ЭКГ, КИГ, УЗИ печени.
9. Поскольку аритмия носит функциональный характер, то нет необходимости в назначении антиаритмических препаратов.
10. Прогноз благоприятный (т. к. функциональные заболевания у детей поддаются коррекции).
3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача № 2

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правя – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий не грубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Hb – 125 г/л, Эр – 4,6х10^{12}/л, Лейк –5,1х10^{9}/л, п/я – 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м – 3%, СОЭ – 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1024, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 73 г/л, альбумины – 60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 9%, β – 12%, γ – 15%, серомукоид – 0,18 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ –25 Ед/л , мочевина – 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 ударов в мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задача№3

Больной Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10 – 20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 – 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей с токсикозом. Продолжительность родов 2 часа, закричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается по поводу хронического тонзиллита. Месяц назад перенес ангину с высокой температурой. Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца – язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, температура нормальная, задаёт много вопросов по поводу своего заболевания. Кожные покровы чистые, с наклонностью к покраснению, отмечается мраморность кожи, цианоз костей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются тонзиллярные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 ударов в минуту. АД 90/60 м. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптомы Керра и Ортнера слабо положительны. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, Эр – $3{,}0x10^{12}$/л, Лейк –$7{,}8x10^{9}$/л, п/я – 4%, с - 68%, э - 1%, л - 25%, м – 2%, СОЭ – 7 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1025, лейкоциты – 1-2 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРБ - +, АСЛО - 1:625, глюкоза – 3,5 ммоль/л, АЛТ – 40 Ед/л , АСТ – 35 Ед/л.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 ударов в мин, электрическая ось сердца не отклонена. В положении стоя учащение ЧСС до 96 ударов в мин.

4. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
2. Патогенез соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
3. Клиническая картина соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.
4. Обследование ребенка при подозрении на диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.
5. Лечение при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы
6. Прогноз при соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1. ПРИ СИМПАТИКОЗАВИСИМЫХ ЭКСТРАСИСТОЛАХ НАЗНАЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ
1) амизил
2) тазепам
3) беллатаминал
4) магнерот
2. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА НА ФОНЕ СОМАТОФОРМНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ
1) атриовентрикулярная блокада 1 степени
2) атриовентрикулярная блокада 11 степени
3) неполная блокада правой ножки пучка гиса
4) синдром вольфа – паркинсона – уайта
14. кожные покровы при ваготонии характеризуются
1) акроцианоз
2) бледность
3) мраморность
4) склонность к угревой сыпи
Ответы: 1. – 2) 2. – 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Артериальная гипотония. Клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации»	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педи-	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант

	2007г.	атров России.			врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема1.4: «Ювенильный ревматойдный артрит»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при постановке диагноза ювенильный ревматойдный артрит.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики ювенильного ревматоидного артрита у детей.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных ювенильным ревматоидным артритом детей.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при ювенильном ревматойдном артрите.

Сформировать базовые знания в области детской ревматологии, а именно по знаниям в области заболевания ювенильный ревматойдный артрит.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиология и патогенез ювенильного ревматоидного артрита.
2. Классификация ювенильного ревматоидного артрита.
3. Клиническая картина ювенильного ревматоидного артрита.
4. Критерии диагностики ювенильного ревматоидного артрита.

5.Лабораторно - инструментальные методы исследования при диагностике ювенильного ревматоидного артрита
6.Принципы лечения. Медикаментозные методы лечения: антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, кардиотрофики, гепатопротекторы, антикоагулянты, мембраностабилизаторы, кортикостероиды.
7. Диспансерное наблюдение.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Больной О., 13 лет поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.
Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.
При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.
Общий анализ крови: *НЬ - 110 г/л, Эр - 4,2х10^{12}/л, Лейк - 15,0х10^{9}/л, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%. м-3%, СОЭ-46 мм/час.*
Общий анализ мочи: *удельный вес - 1014, белок - 0,06%о, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.*
Биохимические анализ крови: *общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: α_1 -11%, α_2-10%, β - 5%, γ - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л.*
Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.
Разбор по алгоритму:
1. Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность 3 степени, медленно прогрессирующее течение, серопозитивный вариант, рентгенологическая стадия процесса 2 – 3 степени, функциональная недостаточность 2 степени.
2. Заболевание после перенесенного гриппа, прогрессирование заболевания. Механизм поражения аутоимунный.
3. Пункция сустава. Серологическое исследование на ревматоидный фактор.
4. Стол ЩД. Изюм, курага, кисломолочные продукты, постельный режим, железосодержащие препараты, инфузионная терапия, гормоны, цитостатики, дезагреганты.
5. До перевода во взрослую сеть
3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2

Больная Р., 6 лет, поступает в стационар планово повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставов, боли и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 2 лет, когда после перенесённой ОРВИ отмечалось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Суставной синдром сохранялся в течении 6 месяцев и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течении этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовлечение в процесс и других суставов

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстаёт в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2*2 см) и кубитальных (1,5 *1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движения в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой средне – ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.

Общий анализ крови: *Hb – 90 г/л, Лейк –15,0×10^9/л, п/я – 4%, с -42%, э -2%, л - 49%, м – 3%, СОЭ –50 мм/час.*

Общий анализ мочи: *удельный вес – 1014, белок – 0,33%, лейкоциты –1 -3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.*

Биохимический анализ крови: *общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 12%, β – 5%, γ – 30%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ –25 Ед/л (норма – до 40), мочевина –4,5 ммоль/л.*

Задача № 3

Мальчик 3.13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-десквамативные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: *Hb - 100 г/л, Эр - 4,2x10^{12}/л, Тромб - 90x10^9/л, Лейк - 1,5x10^9/л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.*

Общий анализ мочи: *удельный вес - 1012, белок - 0,33%о, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.*

Биохимические анализ крови: *общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: α_1 - 5%, α_2- 12%, β- 5%, γ- 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.*

Проба Зимницкого: *удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.*

Клиренс по креатинину *- 80 мл/мин.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:
Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1.Клиническая картина ювенильного ревматоидного артрита у детей.
2.Дифференциальная диагностика ювенильного ревматоидного артрита.
3. Лечение данной патологии у детей.
4. Фармакологическое действие нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, кортикостероидов, кардиотрофиков, препаратов калия, сосудистых препаратов
5. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания:
1. КАКИЕ СУСТАВЫ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ В НАЧАЛЬНУЮ СТАДИЮ ЮВЕНИЛЬНОГО
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:
1) лучезапястные
2) локтевые
3) голеностопные
4) коленные
5) тазобедренные
2. СИНДРОМ СТИЛЛА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1) изолированным суставным синдромом
2) суставным синдромом с поражением глаз
3) суставным синдромом с поражением внутренних органов
4) суставным синдромом с поражением ЦНС
3. ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ХАРАКТЕРНО:
1) длительность до 1 месяца
2) длительность более 3 месяцев
3) утренняя скованность
4) усиление болей к вечеру
5) мышечная атрофия
Ответы:
1. – 4 2.- 3 3.- 2,3,5

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Ювенильный спондилоартрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет

2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.5: «Системные поражения соединительной ткани»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при системных поражениях соединительной ткани.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики системных заболеваний и лечения при данных патологических состояниях у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при системной патологии у ребёнка.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при диффузных заболеваниях соединительной ткани.

Сформировать базовые знания о системных заболеваниях.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ста-

вить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Этиология и патогенез системной красной волчанки.
2.Классификация системной красной волчанки.
3.Клиническая картина системной красной волчанки.
4. Принципы лечения системной красной волчанки.
5. Этиология и патогенез узелкового периартериита.
6. Этиология и патогенез дерматомиозита.
7. Этиология и патогенез системной склеродермии.
8. Клинические проявления узелкового периартериита.
9. Клинические проявления дерматомиозита.
10. Клинические проявления склеродермии.
11. Дифференциальная диагностика диффузных заболеваний соединительной ткани.
12. Диспансерное наблюдение.

3.Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик З., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2 -3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-десквамативные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см внутри от левой средне -ключичной линии. Тоны сердца не-

сколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $4{,}2x10^{12}$/л, Тромб - $90x10^{9}$/л, Лейк - $1{,}5x10^{9}$/л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20 - 25 в п/з.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: α_1 - 5%, α_2-12%, β- 5%, γ- 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006 -1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.

Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

1. Системная красная волчанка с поражением почек, активность III степени. Анемия при хронических болезнях I степени.
2. Недостаточно ясна. Аллергическая предрасположенность.
3. Кровь на LE клетки. УЗИ почек. УЗИ суставов. Холестерин, липопротеиды.
4. Диета ЩД + по анемии коррекция диеты, режим постельный, преднизолон, цитостатики, мальтофер.
5. «Д» наблюдение до перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал с удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили. Анамнез заболевания: после перевода на искусственном вскармливание (смесь «Агу - 1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих коробочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато – желтые чешуйки. С 4 – месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «НАН» и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные,

ясные, ЧСС – 114 ударов в мин. живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: *Hb – 104 г/л, Эр – 3,5*10^{12}/л, Ц.п. – 0,8, Лейк – 11,2*10^{9}/л, п/я – 7%, с - 33%, э -9%, л - 41%, м – 10%, СОЭ – 12 мм/час.*

Общий анализ мочи: *цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, лейкоциты – 6-8 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.*

Биохимический анализ крови: *общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,0ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма - нет), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).*

Задача № 3

Мальчик М., 15 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-десквамативные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: *НЬ - 100 г/л, Эр - 4,2х10^{12}/л, Тромб - 90х10^{9}/л, Лейк - 1,5х10^{9}/л, п/я - 2%, с -62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.*

Общий анализ мочи: *удельный вес - 1012, белок - 0,33%о, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроц. – 25.*

Биохимические анализ крови: *общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: α_1 - 5%, α_2- 12%, β- 5%, γ- 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.*

роба Зимницкого: *удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.*

Клиренс по креатинину *- 80 мл/ мин.*

4. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Клиническую картину диффузных заболеваний соединительной ткани у детей (СКВ, дер-

матомиозита, узелкового периартрита).
2.Дифференциальную диагностику диффузных заболеваний соединительной ткани.
3. Данные клинического и инструментального исследования сердечно-сосудистой, гепатобилиарной, мочевыделительной, бронхолегочной, костно-суставной систем.
4. Фармакологическое действие нестероидных противовоспалительных препаратов, антибиотиков, кортикостероидов, кардиотрофиков, препаратов калия, сосудистых препаратов.
5. Лечение данной патологии у детей.
6.Диспансерное наблюдение.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1.ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, МОГУТ БЫТЬ:

1) переохлаждение
2) возраст до 1 года
3) возраст женщин от 14 до 24 лет

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЗ ГРУППЫ СИСТЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ:

1) эхокардиографию
2) велоэргометрию

3. ДЛЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

1) миокардит
2) олигофрения
3) повышение артериального давления

Ответы: 1. – 3); 2. – 1); 3. – 3)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Реактивный артрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ

3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.6: «Системные васкулиты»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков при системных васкулитах.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики системных васкулитов и связанных с ними патологических состояний у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при системной патологии у ребёнка.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при системных васкулитах.

Сформировать базовые знания о системных заболеваниях, в том числе о системных васкулитах.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Этиология и патогенез системных васкулитов.
2.Классификация системных васкулитов.
3.Клиническая картина.
4. Принципы лечения.
5. Этиология геморрагического васкулита.
6. Патогенез геморрагического васкулита.
8. Клинические проявления геморрагического васкулита.
10. Диагностика системных васкулитов.
11. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.
12. Диспансерное наблюдение.

2.Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик П., 9 лет. Поступил по направлению участкового врача в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад у мальчика поднялась температура до 38 градусов, появились боли в горле. Участковый педиатр поставил диагноз лакунарной ангины, назначил антибиотик. Через неделю на коже нижних конечностей появилась мелкоточечная сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние тяжёлое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато – синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный сустав и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь. Над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезёнка не пальпируются. Стул цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: *НЬ - 110 г/л, Эр - 3,5х10^{12}/л, Тромб – 435 х10^{9}/л, Лейк - 10,5х10^{9}/л, п/я - 5%, с- 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ -2 5 мм/час.*

Общий анализ мочи: *удельный вес - 1012, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты – отсутствуют.*

Биохимические анализ крови: *общий белок - 71 г/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина 3,5 ммоль/л, креатинин - 48 ммоль/л.*

Разбор по алгоритму:

1. Геморрагический васкулит, кожно – суставно – абдоминальная форма.
2. Заболевание после перенесенной ангины, прогрессирование заболевания. Механизм поражения аутоимунный.
3. IgA, анализ крови в динамике, копрограмма.
4. Стол ЩД, рекомендуют изюм, курагу, кисломолочные продукты, ограничение животных белков, соли; постельный режим, энтеросорбенты, мембраностабилизаторы, антикоагулянты, плазмоферез, железосодержащие препараты, инфузионная терапия, гормоны, цитостатики, дезагреганты.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал с удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили. Анамнез заболевания: после перевода на искусственном вскармливание (смесь «Агу - 1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих коробочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато – желтые чешуйки. С 4 – месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «НАН» и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС – 114 ударов в мин. живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: *Hb – 104 г/л, Эр – 3,5*10^{12}/л, Ц.п. – 0,8, Лейк – 11,2*10^{9}/л, п/я – 7%, с - 33%, э -9%, л - 41%, м – 10%, СОЭ – 12 мм/час.*

Общий анализ мочи: *цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, лейкоциты – 6-8 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.*

Биохимический анализ крови: *общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма – 0,8-1,1), фосфор – 1,0ммоль/л (норма – 0,6-1,6), железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л (норма – 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма - нет), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).*

Задача № 3

Мальчик, 10 лет, поступил с жалобами на геморрагическую сыпь на нижних конечностях, ягодицах и внутренней поверхности предплечий. Сыпь появилась через неделю после перенесенной острой вирусной инфекции. Состояние не страдает. На коже нижних конечностей,

ягодиц, предплечий геморрагическая папулезная сыпь, с тенденцией к слиянию, симметричная, не зудящая. Суставы не изменены. По органам и системам без патологии. В лабораторных исследованиях изменений не выявлено.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Этиология и патогенез системных васкулитов.
2.Классификация системных васкулитов.
3.Клиническая картина.
4. Принципы лечения.
5. Этиология геморрагического васкулита.
6. Патогенез геморрагического васкулита.
8. Клинические проявления геморрагического васкулита.
10. Диагностика системных васкулитов.
11. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.
12. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЗ ГРУППЫ СИСТЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ВКЛЮЧИТЬ:

1) эхокардиографию
2) велоэргометрию

3. ДЛЯ НЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИНДРОМЫ:

1) почечный
2) абдоминальный
3) кожный

Ответы: 1. – 1) 2. – 1, 2, 3)

4) Подготовить реферат по данной теме:

Геморрагический васкулит. Клиника, диагностика, лечение.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

ЦИКЛ «ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Тема 1.7. «Хронический гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки у детей»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при хроническом гастрите, гастродуодените, язве желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики при хроническом гастрите, гастродуодените, язве желудка и двенадцатиперстной кишки у детей и вопросы терапии при данных патологических состояниях у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при язве желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях пищеварительной системы, а именно при хроническом гастрите, гастродуодените, язве желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Сформировать базовые знания по патологии хронический гастрит, гастродуоденит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности

функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Патогенез хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
2. Этиология хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
3. Классификация хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
4. Клиника хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
5. Осложнения хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
6. Диагностика хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.
7. Лечение хронического гастрита, гастродуоденита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2 - 3 недели с частотой 3 - 4 раза в год исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в школе с углублённым изучением иностранных языков по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце ЧСС - 65 уд/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шея (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-

дуоденальной области. Печень не увеличена, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо-Робсона.

Общий анализ крови: Эр - 2,8х10^{12}/л; Hb - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 50% - 5%, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29; Лейк - 8,7х10^{9}/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390х10^{9}/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2 - 3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 55%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 10%, β - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ, - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70 - 142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10 - 120), железо - 7 мкмоль/л.

Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++).

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями больше в антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: эндоскопическая картина та же. признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на HP.

Биопсийный тест на HP: (+++).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенностъ обычная, сосуды и протоки не расширены, пери-портальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа не увеличена.

Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.

Разбор по алгоритму:

1. Язва двенадцатиперстной кишки острая с кровотечением, впервые выявленная, HP ассоциированная. Хронический гастродуденит, гиперпластический антральный гастрит, бульбит, в стадии обострения. Острая постгеморрагическая анемия средней степени тяжести. Перегиб средней трети желчного пузыря.
2. Неврозы, вегетативные дисфункции, эндокринные нарушения, аллергозы, перенесенные заболевания ЖКТ, инфекция хеликобактер пилори, неправильное питание.
3. ФГДС в динамике, УЗИ с желчегонным завтраком в динамике, контроль *Биопсийный тест на HP* после эрадикационной терапии, РН- метрия.
4. Стол ЩД с исключением жареного, копчёного, острых блюд и приправ, соблюдение в дальнейшем, физиолечение, эрадикационная терапия 1-й линии, потом продолжить омез; сукральфат, феррук-лек в/м 10 дней, затем энтерально.

В ремиссии-минеральные воды, санаторно – курортное лечение.

5. «Д» наблюдение до перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5 – 2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и

ранний анамнезы без патологии. Учится в лицее 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо – Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. – 0,91, Эр - 4,2х10^{12}/л, Лейк - 7,2×10^{9}/л, п/я - 3%, с /я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7 %, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, прозрачный; рН – 6,0; плотность - 1,017; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ, - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 70 - 140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10 - 120), тимоловая проба - 3 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенностъ не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55х21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18). тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.

Ацидометрия желудка: натощак - рН в теле 2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН в теле 1,4; в антруме 2,8.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест НР-инфекцию: положительный (++).

Задача № 3

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь.

Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0 +1 +в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный I раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - 4,4х10^{12}/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3х10^{9}/л; п/я - 3% с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачная; плотность - 1,019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, Ал АТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, ЩФ - 140 Ед/л (норма 70 - 142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10 - 120).

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь,

луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP.

Биопсийный тест на HP: (++).

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Значение нарушений холестеринового обмена, стаза желчи, воспаления в генезе желчнокаменной болезни.
2. Стадии формирования конкрементов в желчном пузыре и желчных путях.
3. Виды желчных камней.
4. Клиника приступа желчекаменной болезни у детей.
5. Консервативная терапия и хирургическое лечение желчекаменной болезни у детей.
6. Виды дискинезии желчевыводящих путей.
7. Клиническая картина при дискинезии желчевыводящих путей.
8. Диагностика дискинезии желчевыводящих путей.
9. Лечение при дискинезии желчевыводящих путей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА ХАРАКТЕРНЫ СИНДРОМЫ

а) диспепсический
б) гипертонический
в) интоксикационный
г) гепатолиенальный

2. СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СОХРАНЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ

а) понос
б) горечь во рту
в) лихорадка
г) боль в эпигастральной области

3. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

а) повышение аппетита
б) отрыжка кислым
в) отрыжка тухлым
г) запор

Ответы: 1.- а) 2.- г) 3.- в

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Хронический эзофагит.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.8 «Дискинезия желчного пузыря, спазм сфинкрера Одди. Желчекаменная болезнь у детей»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на диагностику дискинезии желчного пузыря, спазма сфинкрера Одди и желчекаменной болезни у детей.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний: дискинезия желчного пузыря, спазм сфинкрера Одди, а также желчекаменной болезни у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии ЖКТ, в састности при желчекаменной болезни у детей.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразде-

лениях при желчекаменной болезни у детей.
Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии, в частности: дискинезия желчного пузыря, спазм сфинкрера Одди, а также желчекаменной болезни у детей.
Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Патогенез желчекаменной болезни.
2. Формирование конкрементов в желчном пузыре и желчных путях.
3. Виды желчных камней.
4. Клиника приступа желчекаменной болезни у детей.
5. Консервативная терапия и хирургическое лечение желчекаменной болезни у детей.
6. Виды дискинезии желчевыводящих путей.
7. Клиническая картина при дискинезии желчевыводящих путей.
8. Диагностика дискинезии желчевыводящих путей.
9. Лечение при дискинезии желчевыводящих путей.

2. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Девочка 12 лет предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приёма пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.
Ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать – 40 лет, страдает язвенной болезнью
двенадцатиперсной кишки. Отец – 42 года, хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера – Грекова (+). Со стороны легких и
сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветвленный.

***Общий анализ крови**: Hb - 130 г/л; Ц.п. - 0,93; Эр - 4,6×1012/л; Лейк - 7,0×109/л; п/я -2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%; СОЭ – 7 мм/час.*

***Общий анализ мочи**: цвет – светло -желтый, прозрачная; pH – 5,7; плотность - 1020; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. – небольшое количество, Л – 1-2 в п/з, Эр – 0-1 вп/з; слизь – немного, солей нет, бактерий нет.*

***Биохимический анализ крови**: общий белок - 79 г/л, АлАТ, - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л,
ЩФ - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин -17 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.*

***Копрограмма:** цвет - коричневый, оформленный, pH – 7,3; мышечные волокна – в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный – немного; йодофильная флора –незначительное количество; растительная клетчатка – умеренное количество; слизь –немного; лейкоциты – 1-2 в п/з.*

***Диастаза мочи:** 32 ед.*

***УЗИ органов брюшной полости:** печень – контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85×37 мм (норма 75×30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака – желчный пузырь сократился на 10%.*

Разбор по алгоритму:

1. Дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу.
2. Неврозы, вегетативные дисфункции, эндокринные нарушения, аллергозы, перенесенные заболевания ЖКТ.
3. Холецистография.
4. Стол ЩД с исключением жареного, копчёного, острых блюд и
приправ, желчегонные препараты, физиолечение, слепое зондирование по Демьянову,
минеральные воды, санаторно – курортное лечение.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребёнок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец – хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) – калькулезный холицестит.

Осмотр: ребёнок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно – сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 +2 +в/3. Пузырные симптомы: МЕрфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).

***Общий анализ крови**: Hb - 130 г/л; Эр - 4×1012/л; Ц.п. - 0,95; Лейк - 10,0×109/л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%; СОЭ – 15 мм/час.*

***Общий анализ мочи:** цвет – светло -желтый, прозрачность полная; pH – 6,5; плотность - 1025; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет, желчные пигменты -(+++).*

Биохимический анализ крови: *общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 - 3%, α2 - 12%, β - 12%, γ - 18%, АлАТ, - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -5 ед, билирубин -32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.*

УЗИ органов брюшной полости: *печень – контуры ровные, паренхима гомогенная эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь – стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа – гетерогенная эхогенность; головка – 19 мм (норма 18), тело – 15 мм (норма 15), хвост – 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.*

Задача № 3

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде иногда ночью боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце ЧСС - Мб/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шея (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0 +0 +в/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо -Робсона.

Общий анализ крови*: Эр - 2,8×1012/л; Hb - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты -50‰ - 5%, анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; ЛЕЙК - 8,7×109/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390×109/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало -1 минута, конец -2,5 минут.*

Общий анализ мочи*: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. -немного; лейкоциты -2-3 в п/з.*

Биохимический анализ крови*: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 -6%, α2 - 10%, β - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ, - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.*

Кал на скрытую кровь: *реакция Грегерсона положительная (+++).*

Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении*: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями втеле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антреме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным*

валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: *эндоскопическая картина та же. признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на ИР.*

Биопсийный тест (де-ноя тест) на НР*: (+++).*

УЗИ органов брюшной полости*: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенностъ обычная, сосуды и протоки не расширены, пери-портальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22). тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.*

Коагулограмма*: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Значение нарушений холестеринового обмена, стаза желчи, воспаления в генезе желчнокаменной болезни.

2.Стадии формирования конкрементов в желчном пузыре и желчных путях.

3.Виды желчных камней.

4.Клиника приступа желчекаменной болезни у детей.

5. Консервативная терапия и хирургическое лечение желчекаменной болезни у детей.

6. Виды дискинезии желчевыводящих путей.

7. Клиническая картина при дискинезии желчевыводящих путей.

8. Диагностика дискинезии желчевыводящих путей.

9. Лечение при дискинезии желчевыводящих путей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В ОТЛИЧИЕ ОТ ВЗРОСЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1) обтурационная желтуха
2) перфорация желчного пузыря
3) эмпиема желчного пузыря

2. ПРИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ КОЛИКЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1) анальгетики
2) спазмолитики
3) антацидные препараты
4) Н2-блокаторы

Ответы: 1.- 1) 2.- 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Желчнокаменная болезнь

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет

2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.9: «Острый и хронический панкреатит»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при остром и хроническом панкреатите.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний поджелудочной железы и патологических состояний у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при остром и хроническом панкреатите у ребёнка.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях поджелудочной железы.

Сформировать базовые знания о заболеваниях поджелудочной железы, в частности в области знаний о панкреатите.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические

и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: «Острый и хронический панкреатит»

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие об острых и хронических панкреатитах у детей.
2. Этиология и патогенез острого панкреатита.
3. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
4. Классификация панкреатитов.
5. Клиническая картина острого панкреатита.
6. Клиническая картина хронического панкреатита.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика панкреатитов.
8. Дифференциальный диагноз панкреатитов.
9. Лечение острого панкреатита и обострения хронического панкреатита.
10. Профилактика панкреатита.
11. Диспансерное наблюдение детей при остром и хроническом панкреатите.
12. Понятие о диспанкреатизме.
13. Этиология диспанкреатизма.
14. Клиника диспанкреатизма.
15. Диагностика диспанкреатизма.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5 – 2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.
Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в

точке Дежардена и Мейо – Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

***Общий анализ крови**: НЬ - 128 г/л, Ц.п. – 0,91, Эр - 4,2×1012/л, Лейк - 7,2×109/л, п/я -3%, с /я - 51%, э - 3%, л - 36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.*

***Общий анализ мочи**: цвет – светло -желтый, прозрачный; pH – 6,0; плотность -1017; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/з; лейкоциты -2-3 в п/з.*

***Биохимический анализ крови**: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ, - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -3 ед , билирубин -15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.*

***Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто*
фибрином. Взята биопсия.

***УЗИ органов брюшной полости**: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенностъ не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18). тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.*

***Ацидометрия желудка:** натощак -pH в теле 2,4;в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг –pH в теле 1,4; в антруме 2,8.*

***Дыхательный уреазный тест:** положительный.*

***Биопсийный тест НР-инфекцию**: положительный (++).*

Разбор по алгоритму:

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, активность 1 степени, впервые выявленная, НР – ассоциированная. Сопутствующий: диспанкреатизм.
2. Неврозы, вегетативные дисфункции, эндокринные нарушения, аллергозы, перенесенные заболевания ЖКТ, неправильное питание, стрессы, алкоголь, курение, хеликобактериоз.
3. холестерин, липопротеиды, липаза крови, диастаза мочи.
4. Стол ЩД с исключением жареного, копчёного, острых блюд и приправ, протёртый, «тройная терапия» для эрадикации хеликобактерий, включающая антибиотики, ингибиторы протонного насоса и антибактериальные препататы, спазмолитики, репаранты, солкосерил, физиолечение, в период ремиссии минеральные воды, санаторно –курортное лечение.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей.

Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребёнок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев.

Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец – хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) – калькулезный холицестит.

Осмотр: ребёнок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно – сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 +2 +в/3. Пузырные симптомы: МЕрфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).

***Общий анализ крови**: Hb - 130 г/л; Эр - 4×1012/л; Ц.п. - 0,95; Лейк - 10,0×109/л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%; СОЭ – 15 мм/час.*

***Общий анализ мочи:** цвет – светло -желтый, прозрачность полная; pH – 6,5; плотность - 1025; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет, желчные пигменты - (+++).*

***Биохимический анализ крови:** общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 - 3%, α2 - 12%, β - 12%, γ - 18%, АлАТ, - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, ЩФ - 160 Ед/л (норма 70- 140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -5 ед, билирубин -32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.*

***УЗИ органов брюшной полости:** печень* – контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь – стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа – гетерогенная эхогенность; головка – 19 мм (норма 18), тело – 15 мм (норма 15), хвост – 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.

Задача № 3

Девочка 13 лет предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. В течение 2,5 лет беспокоят боли в животе, локализующиеся в эпигастрии и появляющиеся утром натощак, при длительном перерыве в еде иногда ночью боли купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспепсических явлений отрыжка, редко изжога.

Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает.

Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце ЧСС - Мб/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шея (шум "волчка"), АД - 85/50 мм рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, умеренная болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии ипилородуоденальной области. Печень +0 +0 +в/3, симптомы желчного пузыря отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо -Робсона.

***Общий анализ крови**: Эр - 2,8×1012/л; Hb - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретикулоциты - 50‰ - 5%, анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; ЛЕЙК - 8,7×109/л; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390×109/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало -1 минута, конец - 2,5 минут.*

***Общий анализ мочи**: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. -немного; лейкоциты -2-3 в п/з.*

***Биохимический анализ крови**: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 - 6%, α2 - 10%, β - 13%, γ - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ, - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70- 142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.*

***Кал на скрытую кровь:** реакция Грегерсона положительная (+++).*

***Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении**: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антреме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5х1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз.*

Эзофагогастродуоденоскопия через 2 суток: *эндоскопическая картина та же. признаков кровотечения из язвы нет. Взята биопсия слизистой оболочки антрального отдела на ИР.*
Биопсийный тест (де-ноя тест) на НР*: (+++).*
УЗИ органов брюшной полости*: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенностъ обычная, сосуды и протоки не расширены, пери-портальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56х27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22). тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.*
Коагулограмма*: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов сристоцетином и АДФ не изменена.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение острых и хронических панкреатитов детей.
2. Этиология и патогенез острого панкреатита.
3. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
4. Классификация панкреатитов.
5. Клиническая картина острого панкреатита.
6. Клиническая картина хронического панкреатита.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика панкреатитов.
8. Дифференциальный диагноз панкреатитов.
9. Лечение острого панкреатита и обострения хронического панкреатита.
10. Профилактика панкреатита.
11. Диспансерное наблюдение детей при остром и хроническом панкреатите.
12. Понятие о диспанкреатизме.
13. Этиология диспанкреатизма.
14. Клиника диспанкреатизма.
15. Диагностика диспанкреатизма.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:
1) боли в левом подреберье и/или опоясывающие
2) гектическая температура
3) пятнисто-папулезная сыпь
4) дыхательная недостаточность
2. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
1) общий анализ крови
2) определение уровня ферментов поджелудочной железы в
крови
3) рентгенологическое исследование
4) копрограмма
3. БИОХИМИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
1) гиперлипаземия
2) диспротеинемия
3) снижение уровня стандартных бикарбонатов

4) повышением уровня ингибитора трипсина
4. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
1) сульфаниламиды
2) антациды
3) антихолинэргические препараты
4) прокинетики
Эталоны ответов.
1 -1) 2 -2) 3 -1) 4 -2)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Пороки и аномалии развития поджелудочной железы.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.10. «Язвенный хронический колит у детей. Болезнь Крона»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков при язвенном хроническом колите и болезни Крона.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний пищеварительной системы: язвенный хронический колит у детей и болезнь Крона и дифференциальной диагностик и с другими патологическими состояниями.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии ЖКТ, а именно при язвенном хроническом колите у детей и при болезни Крона.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при язвенном хроническом колите у детей и при болезни Крона.

Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение болезни Крона.
2. Этиологические факторы при болезни Крона.
3. Патогенез болезни Крона.
4. Классификация болезни Крона.
5. Клиническая картина болезни Крона.
6. Дифференциальный диагноз болезни Крона.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Крона. Особенности эндоскопической картины при болезни Крона.
8. Лечение и диета при болезни Крона.
9. Диспансерное наблюдение при болезни Крона.
10. Определение болезни НЯК.
11. Этиологические факторы при болезни НЯК.
12. Патогенез болезни НЯК.
13. Классификация болезни НЯК.
14. Клиническая картина болезни НЯК.

15. Дифференциальный диагноз болезни НЯК.
16. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни НЯК. Особенности эндоскопической картины при болезни НЯК.
17. Лечение и диета при болезни НЯК.
18. Диспансерное наблюдение при болезни НЯК.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 2 лет. В течении 6 месяцев у ребёнка разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребёнок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) – гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце – ЧСС 116 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т.Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Керра – положительны.

Общий анализ крови: Hb - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр - $3,7\times10^{12}$/л; ретикулоциты - 18‰; Лейк - $12,0\times10^{9}$/л; п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%, л - 36%, м - 9%; СОЭ - 18 мм/час; тромбоциты - 330×10^{9}/л.

Общий анализ мочи: цвет – светло -желтый, прозрачная; pH – 5,5; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: α1 - 6%, α2 - 14%, β - 13%, γ - 14%, АлАТ, - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70- 140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -3 ед, общий билирубин -13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л; железо - 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ (++).

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л – 12 – 15 – 30 в п/з, Эр – 30 – 40 – 50 в п/з, слизь – много.

Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Лестничная биопсия.

Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.
Разбор по алгоритму:
1.неспецифический язвенный колит, тотальный, среднетяжёлая форма, активная фаза.
Осложнение: постгеморрагическая анемия, лёгкая форма.
2 Аллергозы, перенесенные заболевания ЖКТ, дисбиоз, глистная инвазия.
3. Иммунологический анализ.
4. Стол ЩД с исключением молочных продуктов, жареного, копчёного, острых блюд и приправ; сульфаниламидные препараты, синбиотики, препараты железа, гормоны, мембраностабилизаторы, ферменты.
3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течении последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение. Кожные покровы бледные.
Ребёнок от 6-й беременности, вторых стремительных родов на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. искусственное вскармливание с рождения.
Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.
Общий анализ крови: Hb - 114 г/л; Ц.п. - 0,83; Эр – $3,8\times10^{12}$/л; Лейк - $11,8\times10^{9}$л, я- 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%; СОЭ – 18 мм/час.
Общий анализ мочи: цвет светло -желтый, прозрачная; pH – 5,5; плотность - 1021; белок - нет, сахар - нет; эп. пл. – небольшое количество; л – 1-2 в п/з, Эр – нет, слизь - немного.
Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, альбумины -52%, глобулины: α1 - 5%, α2 - 13%, β - 10%, γ - 20%, амилаза - 54 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -4 ед, билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.
Копрограмма: цвет темно-коричневый, неоформленный; pH – 7,5; мышечные волокна – небольшое количество; крахмал внутриклеточный – немного; йодофильная флора – незначительное количество; слизь – много; Л – 15-20 в п/з; Эр – 14-17 в п/з.
Анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсона – положительная.
Колоноскопия: осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «булыжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъявлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.
Гистология: поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителио-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

Задача № 3

Девочка, 5 лет, с 1-го года жизни страдает запорами, стул в последний год через 4-5дней, преимущественно после очистительной клизмы, самостоятельная дефекация редко, затрудненная неполная. В течение 6 месяцев энкопрез.
Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяцев, наблюдалась v невропатолога с диагнозом синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этнологии.
Матери 38 лет, страдает запорами. Отец 40 лет, здоров; старший брат -13 лет здоров.
Осмотр: рост 105 см, масса 16 кг, кожа бледно-розовая, синева под глазами, живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена, каловые камни. Печень +1 +1,5 +в/3, слабо положительные пузырные симптомы. По другим органам без изменения.

Общий анализ крови: Но - 118 г/л, Эр - $4{,}0\times10^{12}$/л; Ц.п. - 0,89, Лейк -$6{,}2\times10^{9}$/л; п/я- 43% с/я - 47% э - 4%. л -40%, м - 6%, СОЭ-11 мм/час.
Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1018; белок - нет; сахар -нет; эп. пл. - небольшое количество; Эр - нет; слизь - немного.
Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины -56%, глобулины: α1-5%, α2 - 9%, β -13%, γ -17%; АлАТ- 24 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 177 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 54 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3,5 ед, билирубин общ. -12 мкмоль/л, из них связ. - нет.
Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; pH - 7,5; мышечные волокна -в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный и внеклеточный - много; йодофильная флора - значительное количество; растительная клетчатка непереваримая - немного; слизь - много; Л -1-2 в п/з.
Ирригография: толстая кишка гипотонична, сигмовидная - значительно удлинена, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Понятие о болезни Крона.
2. Предрасполагающие и этиологические факторы при болезни Крона.
3. Патогенез болезни Крона.
4. Классификация болезни Крона.
5. Клиническая картина болезни Крона.
6. Дифференциальный диагноз болезни Крона.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Крона. Особенности эндоскопической картины при болезни Крона.
8. Лечение болезни Крона.
9. Диспансерное наблюдение при болезни Крона.
10. Понятие о болезни НЯК.
11. Предрасполагающие и этиологические факторы при болезни НЯК.
12. Патогенез болезни НЯК.
13. Классификация болезни НЯК.
14. Клиническая картина болезни НЯК.
15. Дифференциальный диагноз болезни НЯК.
16. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни НЯК. Особенности эндоскопической картины при болезни НЯК.
17. Лечение болезни НЯК.
18. Диспансерное наблюдение при болезни НЯК.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОИ ЭНТЕРОПАТИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

1) диарея
2) полифекалия
3) отечный синдром

4) гипертермия
2. С ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:
1) неспецифический язвенный колит
2) болезнь Крона
3) целиакию
Ответы: 1. – 3) 2 – 3)

4) Подготовить реферат по данной теме.
1.Гранулематозный колит (болезнь Крона).

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

	болезни у детей».				

Тема 1.11: «Гастроэзофагальный рефлюкс у детей»
Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при гастроэзофагальном рефлюксе у детей.
Задачи:
Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний пищеварительной системы, протекающих с гастроэзофагальным рефлюксом у детей.
Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при гастроэзофагальном рефлюксе у детей.
Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при гастроэзофагальном рефлюксе у детей.
Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии, а в частности при гастроэзофагальном рефлюксе у детей.
Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Определение гастроэзофагального рефлюкса.
2. Этиология гастроэзофагального рефлюкса.
3. Патогенез гастроэзофагальной рефлюксной болезни.
4. Клиническая картина **г**астроэзофагального рефлюкса.
5. Критерии диагностики ГЭРБ.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данной патологии.
7. Дифференциальный диагноз гастроэзофагального рефлюкса и других заболеваний ЖКТ.
8. Лечение **г**астроэзофагальной рефлюкса (диетотерапия, медикаментозные методы, физиолечение).
2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 12 лет, в течение последнего года беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной, обильной пищи, газированной воды. Редко боли за грудиной и чувство затруднения при прохождении «кусковой» пищи. Беспокоит изжога, отрыжка. Также имеются боли в эпигастрии при длительном перерыве в еде. Из анамнеза: мать ребенка - 38 лет, гастрит; отец - 40 лет, гастродуоденит; дедушка (по матери) - рак пищевода. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 5 месяцев. До 4 лет пищевая аллергия на цитрусовые в виде сыпи. Начал заниматься тяжелой атлетикой - штангой.

Осмотр- рост 160 см, масса 50 кг, кожа, зев, сердце и легкие - без патологии. Живот не увеличен, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая изжога и болезненность, болезненность и в пилородуоденальной области. Печень у края реберной дуги безболезненная. Стул регулярный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 136 г/л; Ц.п. - 0,92; Эр - 4,4х1012/л; Лейк -7,2х109/л; п/я - 3%, с/я - 54%, э - 3%; л - 32%, м - 8%; СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, прозрачная; рН - 6,0; плотность - 1023; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины -56%, глобулины: α1-5%, α2-10%, β-12%, γ-18%, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 78 Ед/л (норма 70- 140), амилаза -60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин -15 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л, железо -16 мкмоль/л.

Кал на скрытую крови: отрицательная реакция.

Эзофагогастродуодеиоскопия: слизистая пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, гиперемия по типу "языков пламени", на задней стенке крупная эрозия до 0,3 см, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов не изменена.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь 52х30, содержимое его гомогенное, толщина стенки 1 мм. Поджелудочная железа не увеличена, с ровными контурами, эхогенность нормальная.

Внутриполостная рН-метрия 3-х электродным зондом: натощак - рН в н/3 пищевода 6,3; периодически кратковременное на 15-20 сек снижение до 3,3-3,0; в теле же- лудка 1,7, в антруме 3,8; после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг – рН пищеводе 6-6,5 со снижением уровня рН чаше по 30-40 сек до 2,8-3,3; в теле 1,3; в антруме 3,6.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР-инфекцию: отрицательный.

Разбор по алгоритму:

1. Гастроэзофагальный рефлюкс с терминальным эрозивным эзофагитом.

Сопутствующий диагноз – хронический, поверхностный. не ассоциированный с хеликобактериозом гастрит.

2. Искусственное вскармливание с 2 месяцев, пищевая аллргия, нерегулярное, порой сухоедение.

3.Копрграмма, кал на дисбиоз, УЗИ органов брюшной полости.

4. Стол ЩД, исключить питание после 19 часов, не ложиться горизонтально после приёма пищи, исключить мяту, томатный сок, цитрусовые, морковь, яйца, избегать стрессы. Спаз-

молитики при боли, ферменты, прокинетики, блокаторы протонного насоса, антациды при необходимости.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5 – 2 часа после еды, ночью, купируются приёмом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

У матери ребёнка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо – Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

***Общий анализ крови**: НЬ - 128 г/л, Ц.п. – 0,91, Эр - 4,2×1012/л, Лейк - 7,2×109/л, п/я 3%, с /я - 51%, э - 3%, л - 36%, м -7%, СОЭ - 6 мм/час.*

***Общий анализ мочи**: цвет – светло -желтый, прозрачный; pH – 6,0; плотность - 1017; белок - нет, сахар - нет; эп. кл. – 1-2-3 в п/з; лейкоциты -2-3 в п/з.*

***Биохимический анализ крови**: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ, - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -3 ед, билирубин -15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.*

***Эзофагогастродуоденоскопия:** слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум – очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.*

***УЗИ органов брюшной полости**: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенностъ не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55×21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18). тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.*

***Ацидометрия желудка:** натощак -pH в теле2,4; в антруме 4,2; через 30 минут после стимуляции 0,1% р-ром гистамина в дозе 0,008 мг/кг –pH в теле 1,4; в антруме 2,8.*

***Дыхательный уреазный тест:** положительный.*

***Биопсийный тест НР-инфекцию**: положительный (++).*

Задача № 3

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь.

Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в

эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0 +1 +в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный I раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".
***Общий анализ крови**: НЬ - 132 г/л; Эр - 4,4х1012/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3х109/л; п/я - 3% с/я - 47%, л-38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.*
***Общий анализ мочи**: цвет - светло-желтый, pH - 5,5; прозрачная; плотность -1019; белок -нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного соли – небольшое количество оксалатов.*
***Биохимический анализ крови**: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, Ал АТ - 32 Ед/л, общий билирубин – 18 мкмоль/л, ЩФ -140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120).*
***Эзофагогастродуоденофиброскопия:** слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.*
***Биопсийный тест на НР**: (++).*
***Дыхательный уреазный тест**: положительный.*
***УЗИ органов брюшной полости**: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Определение гастроэзофагального рефлюкса.
2. Этиология гастроэзофагального рефлюкса.
3. Патогенез гастроэзофагальной рефлюксной болезни.
4. Клиническая картина гастроэзофагального рефлюкса.
5. Критерии диагностики ГЭРБ.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данной патологии.
7. Дифференциальный диагноз гастроэзофагального рефлюкса и других заболеваний ЖКТ.
8. Лечение гастроэзофагальной рефлюкса (диетотерапия, медикаментозные методы, физиолечение).

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ:
1) ночные
2) ночные и поздние
3) ранние
4) ранние и поздние
5) зависят от локализации гастрита
2. ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА БОЛИ В ЖИВОТЕ:
1) ранние
2) ночные
3) поздние и ночные
4) ранние и поздние
3. ГАСТРИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С *HELICOBACTER PYLORI,* ОТНОСИТСЯ К:
1) аутоиммунному (тип А)

2) бактериально-обусловленному (тип В)
3) смешанному (тип А и В)
Ответы: 1. – 5); 2. – 4); 3. – 2)

4) Подготовить реферат по данной теме.
1. Заболевания пищеварительной системы, протекающие с гастроэзофагальным рефлюксом.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Цикл «Нефрология»
Тема 1.12: «Инфекция мочевыводящих путей. Цистит у детей»
Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего ка-

чества оказания педиатрической помощи при инфекции мочевыводящих путей и цистите.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний мочевыделительной системы: инфекции мочевыводящих путей и цистите и лечения при данныхпатологических состояниях у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при инфекции мочевыводящих путей и цистите.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях мочевыделительной системы: инфекции мочевыводящих путей и цистит.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии, а именно знания по диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей и цистита.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Классификация инфекций мочевой системы
2. Факторы риска развития инфекций мочевой системы
3. Критерии диагностики инфекции мочевой системы
4. Бессимптомная бактериурия
5. «Малая» бактериурия
6. Выраженная бактериурия
7. Контаминация
8. Этапы диагностики инфекций мочевой системы
9. Патогенная флора: сосуществование в организме
10. Этиология инфекций мочевой системы
11. Клиника инфекций мочевой системы
12. Течение цистита у детей и подростков
13. Течение пиелонефрита у детей и подростков
14. Дифференциальная диагностика инфекций мочевой системы
15. Лабораторная диагностика инфекций мочевой системы
16. Лечение инфекций мочевой системы

2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков под контролем преподавателя)*

1) Освоить практический навык «Провести обследование больного, выявить жалобы». Провести обследование больного с пиелонефритом, выявить жалобы на пастозность, снижение или учащение диуреза, слабость, адинамию, боли в поясничной области, повышение температуры тела.

2) Освоить практический навык «Сбор анамнеза». При сборе анамнеза обратить внимание на начало заболевания, предшествующее заболевание стрептококковой этиологии или вирусной этиологии, или другие неблагоприятные факторы, порядок появления симпромов, наследственность по заболеваниям мочевыделительной системы.

3) Освоить практический навык «Осмотр больного». При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, бледность кожных покровов, пастозность век и голеней, положительный симптом Пастернацкого.

4) Освоить практический навык «Обоснование диагноза». При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, мочу на пробу Зимницкого, кровь на креатинин, мочевину, общий белок, холестерин, β-липопротеиды, пробу Реберга), данные иммунологических исследований, данные УЗИ почек.

1. Цель работы: освоение практических навыков.
2. Методика проведения работы – сбор анамнеза и выявление жалоб осуществляется путём беседы с ребёнком и родителями пациента, осмотр больного проводится в палате по всем системам, обоснование диагноза пишется по схеме, предложенной преподавателем.
3. Результаты: записи в тетрадях.
4. Выводы: освоены или нет практические навыки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение., опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1

Мальчик 10 лет, поступил в нефрологическое отделение с жалобами на нарушение аппетита, боли в животе.

Ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне нефропатии второй половины. Роды в срок, без осложнений. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Период новорожденности протекал без особенностей. После 1 года жизни часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: матери 32 года, здорова. Отцу 36 лет, страдает гипертензией и заболеванием почек, проявляющимся гематурией, протеинурией, уратурией, оксалатно-кальциевой кристаллурией. У бабушки по линии отца гипертоническая болезнь, изменения в анализах мочи в виде протеинурии и гематурии. У дедушки по линии материи мочекаменная болезнь.

Ребенок заболел 3 года назад, когда на фоне ОРВИ, протекающего с длительным субфебрилитетом, была обнаружена оксалатно-кальциевая кристаллурия. Лечение по этому поводу не проводилось, диета не соблюдалась. Мальчик детским нефрологом не наблюдался. За 1 неделю до поступления в нефрологическую клинику внезапно появилась боль в левой поясничной области, повышение температуры тела до 38,5°С, рвота. Участковый врач направил ребенка в стационар.

Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Кожные покровы чистые, отеков нет, «синева под глазами». Миндалины увеличены, рыхлые. Имеются кариозные зубы. В

легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД — 24 в 1 минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС — 82 ударов в мин. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность по ходу мочеточников. Стул не нарушен, дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - 4,5хЮ12/л, Лейк -12,8хЮ9/л, п/я - 6%, с - 70%, э - 1%, л - 18%, м - 5%, СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,099%о, лейкоциты - 20-25 в п/з, относительная плотность - 1,030, слизь - большое количество.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты - 25000, эритроциты - 800.

Бактериологический анализ мочи: получен рост кишечной палочки - 200000 микробных тел/мл.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -58%, агглобулины - 2%, а2- глобулины - 12%, р-глобулины - 11%, у-глобулины - 17%, мочевина - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,06 ммоль/л (норма - 0,035-0,01), калий - 3,9 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: титрационная кислотность - 72 ммоль/сут (норма - 48-62), аммиак - 110 ммоль/сут (норма - 30-65), фосфор - 60,7 ммоль/сут (норма - 19-32), оксалаты - 270 мкмоль/сут (норма 90-135), мочевая кислота - 14,5 ммоль/сут (норма - 0,48-6,0), кальций 10 ммоль/сут (норма - 1,5-4).

Обзорная рентгенография области почек: патологии нет.

Экскреторная урография: пиелоэктазия слева

1. Хронический пиелонефрит, период обострения, без нарушения функции почек. Пиелоэктазия слева. Оксалурия. Урикурия.
2. Родословная, нефролитиаз у отца, у ребёнка была обнаружена оксалатно-кальциевая кристаллурия, но не лечился.
3. Проба Реберга. Проба Зимницкого.
4. Диета по коррекции оксалурии и урикурии. Антибиотики, затем нитрофурановые, фитотерапия, мембраностабилизаторы, витаминотерапия.
5. «Д» до перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.
Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту.
Страдал атоническим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.
Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери -бронхиальная астма.
Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.
При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.
Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, Эр - 5,2х10^{12}/л, Тромб. -416,0х10^{9}/л, Лейк - 9,8х10^{9}/л, п/я - 3%, с -36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0%о, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.
Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины -20 г/л, СРВ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий -137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 ммоль/л (норма - до

100 ммоль/л).
Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.
Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.
УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.
Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/суг (норма – до 17).

Задача 3

Ребенок 2-х месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая. С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке. Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС -132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.
Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.
Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3,0\times10^{12}$/л, Лейк - $12,0\times10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.
Общий анализ мочи: белок - 3,6 %о, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.
Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, α_1-глобулины - 4%, α_2-глобулины - 14%, β- глобулины -18%, γ- глобулины - 24%, мочевина - 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.
Свободная мочевая проба: относительная плотность - 1,002-1,005, ДД - 50,0 мл, НД -120,0 мл.
Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.
Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

4. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Классификация инфекций мочевой системы
2. Факторы риска развития инфекций мочевой системы
3. Критерии диагностики инфекции мочевой системы
4. Бессимптомная бактериурия
5. «Малая» бактериурия
6. Выраженная бактериурия
7. Контаминация
8. Этапы диагностики инфекций мочевой системы
9. Патогенная флора: сосуществование в организме
10. Этиология инфекций мочевой системы
11. Клиника инфекций мочевой системы
12. Течение цистита у детей и подростков

13. Течение пиелонефрита у детей и подростков
14. Дифференциальная диагностика инфекций мочевой системы
15. Лабораторная диагностика инфекций мочевой системы
16. Лечение инфекций мочевой системы

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. СРЕДИ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
   1. острый постстрептококковый гломерулонефрит
   2. липоидный нефроз
   3. хронический гломерулонефрит
   4. инфекции мочевыделительной системы и пиелонефрит
   5. тубулопатии
2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
   1. клебсиелла
   2. кишечная палочка
   3. микоплазма
   4. эпидермальный стафилококк
   5. гемолитический стрептококк

Ответы: 1) - 4 2) - 2

4) Подготовить реферат:

1. Нейрогенный мочевой пузырь.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет

	детей				
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.13. «Нефротический синдром. Дизметаболическая нефропатия»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с диагнозами нефротический синдром и дизметаболическая нефропатия.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики таких заболеваний мочевыделительной системы, как нефротический синдром и дизметаболическая нефропатия.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии почек: нефротический синдром и дизметаболическая нефропатия.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при нефротическом синдроме.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии, а именно по заболеванию: нефротический синдром и дизметаболическая нефропатия.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме

1.Ответить на вопросы по теме занятия

1. Определение нефротического синдрома.
2. Формы нефротического синдрома:
   а) первичный

б) вторичный.

3. Этиология нефротического синдрома.
4. Патогенез нефротического синдрома.
5. Классификация нефротического синдрома.
6. Клиническая картина врождённого нефротического синдрома финского типа.
7. Клинико-лабораторные проявления острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом.
8. Клинико-лабораторные проявления при нефротической форме хронического гломерулонефрита.
9. Дифференциальный диагноз гломерулонефрита с нефротическим синдромом с другими формами гломерулонефрита.
10. Лечение больных с нефротическим синдромом гломерулонефрита.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение., опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1

Ребенок 7 лет поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов Масса тела при рождении 3800 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая -на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Hb -111 г/л, Эр - 4,2х1012/л, Лейк - 13,1х109/л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%. л -38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3%о, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: α1 - 5%, α2 -15%, β- 10%, γ- 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевина - 6,2 ммоль/л, калий -4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л

Биохимический анализ мочи: белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут (норма -до 17).

В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.

Разбор по алгоритму:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, с нарушением функции почек, вторичная оксалурия.
2. Заболевание после перенесенного ОРВИ, обострениям заболевания предшествовали ОРВИ. Механизм поражения иммунокомплексный.
3. Проба Реберга, креатинин, мочевина в динамике, проба Зимницкого.
4. Стол с ограничением соли и белка, постельный режим, антибиотики, мочегонные препараты, инфузионная терапия, гормоны, цитостатики, антикоагулянты, дезагреганты.
5. До перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача 2

Ребенок 2-х месяцев, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4 - 5 см.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3{,}0\times10^{12}$/л, Лейк - $12{,}0\times10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 3,6 г/л, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, α_1-глобулины - 4%, α_2-глобулины - 14%, β- глобулины - 18%, γ- глобулины - 24%, мочевина - 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.

Свободная мочевая проба: относительная плотность - 1,002-1,005, ДД - 50,0 мл, НД - 120,0 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

Задача 3

Мальчик 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атоническим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, Эр - 5,2х10^{12}/л, Тромб. - 416,0х10^{9}/л, Лейк - 9,8х10^{9}/л, п/я - 3%, с - 36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0 г/л, лейкоциты - 0 - 1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины - 20 г/л, СРВ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7 - 4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий - 137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 мкмоль/л (норма - до 100 мкмоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.

УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 0,2 г/сут), оксалаты - 28 мг/сут (норма – до 17).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение нефротического синдрома.
2. Формы нефротического синдрома:
   а) первичный
   б) вторичный.
3. Этиология нефротического синдрома.
4. Патогенез нефротического синдрома.
5. Классификация нефротического синдрома.
6. Клиническая картина врождённого нефротического синдрома финского типа.
7. Клинико-лабораторные проявления острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом.
8. Клинико-лабораторные проявления при нефротической форме хронического гломерулонефрита.
9. Дифференциальный диагноз гломерулонефрита с нефротическим синдромом с другими формами гломерулонефрита.
10. Лечение больных с нефротическим синдромом гломерулонефрита.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРОГНОЗ ВРОЖДЕННОГО НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА:
1) благоприятный
2) неблагоприятный

2. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ОТЕКИ ИМЕЮТ СЛЕ¬ДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:
1) отеки распространенные
2) пастозность век и голеней
3) отеки «плотные»

Ответы: 1. – 2) 2. – 1)

4) Подготовить реферат:

1. Врожденный нефротический синдром.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед. вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.14. «Тубулоинтерстициальный нефрит»
Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков при тубулоинтерстициальном нефрите.
Задачи:
Рассмотреть вопросы диагностики таких заболеваний мочевыделительной системы, как тубулоинтерстициальный нефрит и дфдиагностика с другими патологическими состояниями у детей.
Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных со-

стояний при патологии почек: тубулоинтерстициальный нефрит.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях мочевыделительной системы с тубулоинтерстициальными изменениями.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии, а именно по заболеванию тубулоинтерстициальный нефрит.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Определение тубулоинтерстициального нефрита.
2.Этиология интерстициального нефрита.
3. Патогенез тубулоинтерстициального нефрита.
4. Классификация тубулоинтерстициального нефрита.
5.Клиническая картина острого интерстициального нефрита.
6.Клинико-лабораторные проявления при хроническом интерстициальном нефрите.
7.Дифференциальный диагноз интерстициального нефрита с другими нефритами.
8.Лечение больных с тубулоинтерстициальным нефритом.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение., опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок 6 лет поступил в больницу с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов Масса тела при рождении 3800 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая -на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Hb -111 г/л, Эр - 4,2х10^{12}/л, Лейк - 13,1х10^{9}/л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%. л -38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3%о, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 -15%, β- 10%, γ- 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевина - 6,2 ммоль/л, калий -4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л

Биохимический анализ мочи: белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут (норма -до 17).

В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.

Разбор по алгоритму:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, с нарушением функции почек, вторичная оксалурия.
2. Заболевание после перенесенного ОРВИ, обострениям заболевания предшествовали ОРВИ. Механизм поражения иммунокомплексный.
3. Проба Реберга, креатинин, мочевина в динамике, проба Зимницкого.
4. Стол с ограничением соли и белка, постельный режим, антибиотики, мочегонные препараты, инфузионная терапия, гормоны, цитостатики, антикоагулянты, дезагреганты.
5. До перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 14 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отеки.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атоническим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.

Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери -бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.

Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, Эр - 5,2х10^{12}/л, Тромб. -416,0х10^{9}/л, Лейк - 9,8х10^{9}/л, п/я

- 3%, с -36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0%о, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.

Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины -20 г/л, СРВ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие ли-пиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий -137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 ммоль/л (норма - до 100 ммоль/л).

Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.

Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.

УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.

Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/суг (норма – до 17).

Задача № 3

Ребенок 3 месяца, от первой беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Роды на 37-й неделе беременности. Масса тела при рождении 3500 г, длина 48 см, плацента большая.

С первых дней жизни ребенок редко мочился, отмечались отеки на конечностях, лице, передней брюшной стенке.

Генеалогический анамнез: у родственников больного отмечалась ранняя детская смертность. Ребенок поступил на обследование в нефрологическое отделение. Масса тела 5900 г. Состояние тяжелое. Выражены стигмы дизэмбриогенеза: синдактилия, укороченные и искривленные мизинцы на руках, гипертелоризм, неправильная форма ушных раковин. Кожные покровы бледные, выражены отеки на лице, конечностях, асцит. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 132 уд/мин. Печень выступает из-под реберного края на 4-5 см.

Несмотря на проводимую терапию, состояние больного оставалось тяжелым. В лечение были включены глюкокортикоиды, которые не оказали позитивного эффекта.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $3,0\times10^{12}$/л, Лейк - $12,0\times10^{9}$/л, п/я - 3%, с - 28%, э - 7%, л - 52%, м -10%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 3,6 %о, эритроциты - 1-2 в п/з, лейкоциты - 1-2 в п/з, гиалиновые цилиндры - 6-9 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 50 г/л, альбумины -38%, α_1-глобулины - 4%, α_2-глобулины - 14%, β- глобулины -18%, γ- глобулины - 24%, мочевина - 3,0 ммоль/л, холестерин -8,0 ммоль/л.

Свободная мочевая проба: относительная плотность - 1,002-1,005, ДД - 50,0 мл, НД -120,0 мл.

Клиренс по эндогенному креатинину: 20 мл/мин.

Гистологическое исследование почек (биопсия): микрокистоз, пролиферация мезенхимальных клеток, фиброзные изменения в обеих почках.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Определение тубулоинтерстициального нефрита.

2.Этиология интерстициального нефрита.

3. Патогенез тубулоинтерстициального нефрита.

4. Классификация тубулоинтерстициального нефрита.

5.Клиническая картина острого интерстициального нефрита.

6.Клинико-лабораторные проявления при хроническом интерстициальном нефрите.
7.Дифференциальный диагноз интерстициального нефрита с другими нефритами.
8.Лечение больных с тубулоинтерстициальным нефритом.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРИ ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОМ НЕФРИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ:
   1) интерстициальная ткань почек
   2) клубочек
   3) канальцы, чашечно – лоханочный аппарат и интерстиций
   4) корковое и мозговое вещество почек
   5) слизистая оболочка мочевого пузыря
2. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ТУБУЛОИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО НЕФРИТА ПРИМЕНЯЕТСЯ:
   1) гидрокортизон
   2) делагил
   3) антибиотики
   4) капотен

Ответы: 1.- 1) 2.- 3)

4) Подготовить реферат по данной теме.

1.Тубулоинтерстициальный нефрит.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические	гл. ред. А.А. Бара-	2007	5+9	ЭБС Кон-

	рекомендации» 2007г.	нов, Союз педиатров России.	2009		сультант врача
6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.15. «Хроническая болезнь почек. Почечная недостаточность»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с хронической болезнью почек, с почечной недостаточностью.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний мочевыделительной системы, протекающих с хронической болезнью почек, с почечной недостаточностью.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии почек с хронической болезнью почек, с почечной недостаточностью.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях мочевыделительной системы с хронической болезнью почек, с почечной недостаточностью.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии, а именно при хронической болезни почек, при почечной недостаточности.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Определение ХБП (хроническая болезнь почек).

2.Этиология ХБП.

3. Патогенез ХПН (хроническая почечная недостаточность).

4.Стадии ХБП и ХПН. Их соответствие.

5.Клиническая картина ХБП и ХПН.
6.Клинико-лабораторные проявления при ХБП и ХПН.
7.Дифференциальный диагноз ХПН.
8.Лечение больных с ХБП и ХПН.

2.Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение., опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 7 лет поступил в стационар с жалобами на редкое мочеиспускание и отёки.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов Масса тела при рождении 3800 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Заболел в 2-летнем возрасте, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.

При поступлении: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая -на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез -120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: Hb -111 г/л, Эр - 4,2х10^{12}/л, Лейк - 13,1х10^{9}/л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%. л -38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3%о, лейкоциты -3-5 в п/з, цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 -15%, β- 10%, γ- 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевина - 6,2 ммоль/л, калий -4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л

Биохимический анализ мочи: белок - 6700 мг/сут (норма - до 200), оксалаты - 55 мг/сут (норма -до 17).

В отделении проводилась диетотерапия, медикаментозная терапия, в остром периоде - инфузионная терапия. На фоне проводимой терапии состояние постепенно улучшилось.

Разбор по алгоритму:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, с нарушением функции почек, ХБП вторичная оксалурия.
2. Заболевание после перенесенного ОРВИ, обострениям заболевания предшествовали ОРВИ. Механизм поражения иммунокомплексный.
3. Проба Реберга, креатинин, мочевина в динамике, проба Зимницкого.
4. Стол с ограничением соли и белка, постельный режим, антибиотики, мочегонные препараты, инфузионная терапия, гормоны, цитостатики, антикоагулянты, дезагреганты.
5. До перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2

Мальчик 12,5 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания.

Ребенок от второй беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Грудное вскармливание до 2 мес. До 1 года страдал атоническим дерматитом. Из инфекций перенес краснуху, вирусный гепатит В. Медицинский отвод от прививок.

Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV - V ст., мегауретер. По поводу этого проведения антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи - нарастающая протеинурия. В биохимическом анализе крови - периодическое повышение уровня мочевины и креатинина. При осмотре: кожные покровы бледные, сухие, отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Общий анализ крови: НЬ - 95 г/л, Эр - $4{,}3x10^{12}$/л, Лейк - $11{,}0x10^{9}$/л, п/я - 7%, с - 71%, э - 1%, л - 16%, м - 5%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: белок - 0,3г/л, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - единичные в преп., бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 66,0 г/л, холестерин - 4,4 ммоль/л, мочевина - 15,8 ммоль/л, креатинин - 280,0 мкмоль/л, кальций ионизированный - 1,2 ммоль/л.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка - 82х40 мм, паренхима - 10 мм. Левая почка - 96х48 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

СКФ (скорость клубочковой фильтрации): – 25 мл/мин.

Проба по Зимницкому: ДД - 350,0, НД - 1600,0; колебания относительной плотности - 1,000 - 1,006.

Задача № 3

Девочка 8 лет, поступила в клинику с жалобами на головные боли, слабость, тошноту и рвоту, бурое окрашивание мочи.

Из анамнеза жизни известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины (нефропатия), первых срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 51 см. Ранее развитие без особенностей. С рождения находилась на искусственном вскармливании. Привита по возрасту, на III АКДС - аллергическая реакция в виде крапивницы. С 5 лет частые ОРВИ, хронический тонзилит. В возрасте 7 лет девочка перенесла скарлатину, после которой в анализах мочи появились протеинурия до 0,2 г/л, гематурия до 30 - 40 в поле зрения, что было расценено как последствия перенесенного заболевания. В дальнейшем изменения в анализах мочи сохранялись, периодически у ребенка отмечались эпизоды макрогематурии, протеинурия и гематурия носили упорный характер.

При поступлении в стационар состояние довольно тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Отмечается пастозность лица, голеней, стоп. Костно-мышечная система без патологии. ЧСС - 72 уд/мин. Над всей поверхностью сердца выслушивается негрубый систолический шум. АД 140/100 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез 300 - 400 мл/сут, моча бурого цвета.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Эр - 3,1х10^{12}/л, Лейк - 6,6х10^{9}/л, п/я - 2%, с - 56%, э - 9%, л - 31%, м - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50 мл, цвет - бурый, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,009, белок - 0,3 г/л, эпителий - 2 - 3 в п/з, лейкоциты - 4 - 5 в п/з, эритроциты - измененные сплошь все поля зрения, зернистые цилиндры - 10 - 12 в п/з.

Биохимический анализ мочи: белок - 1,2 г/сут (норма - до 0,2 г/сут), фосфаты - 21 ммоль/сут (норма 15 - 40), углеводы - 9,76 ммоль/сут (норма - до 1,11), оксалаты - 42 мг/сут (норма - до 17).

Клиренс по эндогенному креатинину: 45 мл/мин (норма 80 - 120).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Определение ХБП (хроническая болезнь почек).
2.Этиология ХБП.
3. Патогенез ХПН (хроническая почечная недостаточность).
4.Стадии ХБП и ХПН. Их соответствие.
5.Клиническая картина ХБП и ХПН.
6.Клинико-лабораторные проявления при ХБП и ХПН.
7.Дифференциальный диагноз ХПН.
8.Лечение больных с ХБП и ХПН.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ИСХОДАМИ ОПН ВСЕ, КРОМЕ:

1) переход в хпн
2) смерть
3) развитие интерстициального нефрита, пиелонефрита
4) развитие амилоидоза
5) выздоровление

2.КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАДИИ ХПН ЛЮБОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ:

1) диета с ограничением белка (0,8-1,0 г/кг)
2) статины
2) лечение анемии, гипертензии
3) лечение остеодистрофии
4) все перечисленное

Ответы: 1.- 4) 2.- 4)

4) Подготовить реферат по данной теме.

1.Методы диагностики в детской нефрологии.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Цикл «Пульмонология»

Тема 1.16: «Аллергический ринит, бронхиальная астма и другие респираторные аллергозы»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи у детей с респираторными аллергозами.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с респираторными аллергозами.

Обучить студентов установлению клинического диагноза респираторного аллергоза.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики респраторных аллергозов с другими заболеваниями респираторной системы, принципам патогенетической и симптоматической терапии больных, оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации ока-

зания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при аллергических ринитах, бронхиальной астм и других респираторных аллергозах. **Сформировать** базовые знания в области аллергопатологии детей раннего и старшего возраста.

Обучающийся должен знать.

1) Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
2) Особенности реактивности организма у детей раннего возраста.
3) Гемограмму здоровых детей.
4) Рентгенограмму у здоровых детей.
5) Фармакологическое действие антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов нитрофуранового ряда, интерферона, противогриппозного гамма-глобулина, кортикостероидов, спазмолитиков, муколитиков, отхаркивающих препаратов, антигистаминных средств, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, сердечных гликозидов, АТФ, кокарбоксилазы.

Обучающийся должен уметь.

1. Собрать анамнез жизни и заболевания, семейный анамнез.
2. Провести осмотр больного.
3. Определить частоту дыхания, провести пальпацию, перкуссию и аускультацию.
4. Дать интерпретацию изменениям гемограммы, рентгенограммы грудной клетки.
5. Провести горчичные обертывания, растирания грудной клетки камфарным спиртом и скипидарной мазью.
6. Осуществлять пероральное, подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных препаратов, подачу кислорода больному.

Обучающийся должен владеть:

1. культурой мышления;
2. навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения;
3. методами общего клинического обследования детей раннего возраста;
4. интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста;
5. написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка;
6. алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиология респираторных аллергозов у детей раннего возраста.
2. Значение предрасполагающих факторов в возникновении респираторных аллергозов – переохлаждение, нарушение режима жизни и питания, изменение гомеостаза вследствие сопутствующих заболеваний (рахит, гипотрофия, паратрофия, анемия, атопический дерматит, тимомегалия и др.).
3. Патогенез.
4. Патологоанатомические изменения.
5. Классификация.
6. Клиника аллергического ринита.
7. Клинические проявления дыхательной недостаточности I, II, III степени.
8. Изменения гемограммы у больных респираторными аллергозами.
9. Рентгенологические данные.
10. Дифференциальный диагноз с бронхитами, с острой пневмонией, бронхиолитом, бронхиальной астмой, коклюшем.
11. Препараты, применяемые при бронхитах вирусного происхождения (интерферон, дезоксирибонуклеаза, противогриппозный гамма-глобулин).

12. Лечение респираторных аллергозов.
13. Физиотерапевтические процедуры.
14. Особенности лечения больных бронхиальной астмой. Ступенчатый подход. Терапия обострений.
15. Профилактика респираторных аллергозов.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, отработка практических навыков под контролем преподавателя.

1) Освоить практический навык «Провести обследование больного, выявить жалобы». Провести обследование детей с респираторного аллергозами, выявить жалобы.

2) Освоить практический навык «Сбор анамнеза». При сборе анамнеза обратить внимание на неблагоприятные факторы, имевшие место во время беременности, обращать внимание на наличие аллергических заболеваний у матери, выяснять, есть ли в семье дети с аллергическими заболеваниями, дети с хроническим ринитом.

3) Освоить практический навык «Осмотр больного». При осмотре определить характерные признаки изучаемой патологии.

4) Освоить практический навык «Обоснование диагноза». При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ, кровь на общий белок, холестерин, β-липопротеиды, амилазу), данные дополнительных обследований.

1. Цель работы: освоение практических навыков.

2. Методика проведения работы – сбор анамнеза и выявление жалоб осуществляется путём беседы с родителями пациента, осмотр больного проводится в палате по всем системам, обоснование диагноза пишется по схеме, предложенной преподавателем.

3. Результаты: записи в тетрадях.

4. Выводы: освоены или нет практические навыки.

3. Решить ситуационные задачи.

1) Пример алгоритма решения задачи:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.
5. Какова тактика дальнейшего наблюдения?

Задача№ 1

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение. Наследственность по аллергопатологии не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезнен-

ный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.
2) Разбор задачи по алгоритму:
1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I.
2. Диагноз «острый бронхит» установлен на основании жалоб больного на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднѐнное дыхание, беспокойство; предшествующие признаки ОРВИ, невысокая температура, отсутствие токсикоза и лейкоцитоза, диффузные хрипы. Синдром бронхиальной обструкции определѐн по наличию одышки экспираторного характера с 4 дня заболевания, вздутия грудной клетки, отсутствия отягощѐнного аллергоанамнеза, данных объективного осмотра (дыхание с удлинѐнным выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, перкуторно – коробочный звук, аускультативно в лѐгких – диффузные сухие «свистящие» хрипы на фоне удлинѐнного выдоха). Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (30 в минуту), умеренном цианозе, бледности кожных покровов, умеренной тахикардии (114 ударов в минуту).
3. Пациенту рекомендовано: при подозрении на атипичную этиологию заболевания - серологическое исследование на определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (Clilamidia pneumoniae), антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови; проведение рентгенографии органов грудной клетки при подозрении на пневмонию, инородное тело; исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при рецидивирующем течении БОС; консультация врача-оториноларинголога (при наличии синдрома «шумного дыхания»), врачафизиотерапевта (с целью улучшения дренажа ТБД).
4. Обильное питьѐ (тѐплое питьѐ) до 100 мл/кг в сутки. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции. Ингаляционные β2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день; Сальбутамол на приѐм 5 мл либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или Фенотерол + Ипратропия бромид на приѐм 2 капли/кг, максимально 1,0 мл либо 1- 2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней. При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β2-агонистов назначают: ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – Будесонид в суспензии, в среднем 250-500 мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней. Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукорегуляторы: например, Амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. по 15 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.
5. Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу и врачу-пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.
3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача № 2

Мальчик 4 месяцев заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2°С, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилось затруднение дыхания, со слов матери, ребёнок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длиной

тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение врача-педиатра участкового на 3 сутки после рождения. В возрасте ребёнка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту. Семья – 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8 и 4 лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое, за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO2 – 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ – 68 в минуту, мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа. Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.

Задача № 3

Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°С, появились кашель и шумное дыхание. Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура. Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Отец страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью первой линии из-за гипогалактии у матери. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперимии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные. Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура – 37,5°С. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 66 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

4. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология респираторных аллергозов у детей раннего и старшего возраста.
2. Значение предрасполагающих факторов в возникновении респираторных аллергозов – переохлаждение, нарушение режима жизни и питания, изменение гомеостаза вследствие сопутствующих заболеваний (рахит, гипотрофия, паратрофия, анемия, атопический дерматит, тимомегалия и др.).
3. Патогенез респираторных аллергозов.
4. Патологоанатомические изменения при респираторных аллергозах.
5. Классификация респираторных аллергозов.
6. Клиника респираторных аллергозов.

7. Клинические проявления дыхательной недостаточности I, II, III степени.
8. Изменения гемограммы у больных респираторных аллергозов.
9. Рентгенологические данные при респираторных аллергозов.
10. Дифференциальный диагноз респираторных аллергозов с бронхитами, с острой пневмонией, бронхиолитом, бронхиальной астмой, коклюшем.
11. Лечение при аллергическом рините.
12. Физиотерапевтические процедуры.
13. Особенности лечения больных бронхиальной астмой. Базисная терапия. Неотложная помощь при обострении.
14. Профилактика респираторных аллергозов у детей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ, КАК ПРАВИЛО, ОБУСЛОВЛЕН СЕНСИБИЛИЗАЦИЕЙ:
1. пыльцой растений
2. солями тяжелых металлов
3. антигенами бактериальных капсул
4. бытовой пылью
5. пищевыми аллергенами

2. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ ПРЯМЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ?
1. тяжелый астматический приступ
2. атопический дерматит, локализованная форма
3. синдром Стивена-Джонсона
4. анафилактический шок
5. легочной эозинофильный инфильтрат

Ответы: 1. – 1),4) 2. – 1),3),4

3) Подготовить реферат по данной теме:

1.Острая и хроническая дыхательная недостаточность (причины, патогенез, клиника, диагностика и лечение).

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского

	практике участкового педиатра				ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.17: «Наследственные хронические болезни легких. Муковисцидоз»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи детям с наследственными хроническими болезнями легких.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики наследственных хронических заболеваний лёгких и патологических состояний связанных с муковисцидозом.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при наследственных хронических болезнях легких у детей.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при наследственных заболеваниях лёгких, при обострении муковисцидоза.

Сформировать базовые знания о наследственных хронических болезнях легких у детей.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабора-

торно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие о наследственных хронических заболеваниях лёгких.
2. Патогенез муковисцидоза.
3. Клинические формы муковисцидоза.
4. Критерии диагностики – анамнестические, клинические и параклинические.
5. Клиника смешанной формы муковисцидоза,
6. Клиника легочной формы муковисцидоза.
7. Клиника кишечной формы муковисцидоза.
8. Диагностика и лечение муковисцидоза.
9. Синдром Картагенера. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 8 лет, поступил в больницу с жалобами на затрудненное дыхание. Мальчик от третьей беременности (дети от первой и второй беременности умерли в неонатальном периоде от кишечной непроходимости).

Болен с рождения: отмечался постоянный кашель, на первом году жизни трижды перенес пневмонию. В последующие годы неоднократно госпитализировался с жалобами на высокую температуру, одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой.

При поступлении состояние мальчика очень тяжелое. Масса тела 29кг, рост 140см. Кожные покровы бледные цианоз носогубного треугольника. Выражены симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек». ЧД - 40 в 1 минуту, ЧСС - 120 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Грудная клетка бочкообразной формы. Перкуторный звук над легкими с тимпаническим оттенком. Аускультативно: справа дыхание ослаблено, слева -жесткое. Выслушиваются разнокалиберные влажные и сухие хрипы, больше слева. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке слабой интенсивности. Печень +5-6см, н/3. Селезенка не пальпируется. Стул обильный, с жирным блеском, замазкообразный.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,5х10 /л, Ц.п. - 0,85, Лейк - 7,7х10 /л, л/я - 8%, с -54%, э - 3%, л - 25%, м - 10%, СОЭ -45 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, альбумины -46%, альфа$_1$-глобулины - 9%, альфа$_2$-глобулины -15%, бета-глобулины -10,5%, гамма-глобулины - 19,5%, тимоловая проба - 9,0, СРВ - ++ Щф -850 Уд/л (норма - 220-820), АЛТ - 36 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л.

Пилокарпиновая проба: натрий -132 ммоль/л, хлор - 120 ммоль/л.

Копрограмма: большое количество нейтрального жира.
Рентгенограмма грудной клетки: усиление и резкая двухсторонняя деформация бронхососудистого рисунка, преимущественно в прикорневых зонах, густые фиброзные тяжи. В области средней доли справа значительное понижение прозрачности. Отмечается расширение конуса легочной артерии, "капельное сердце".
УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена за счет левой доли, уплотнена, неоднородна. сосудистый рисунок по периферии обеднен, умеренное разрастание соединительной ткани; поджелудочная железа -15х8х25 мм, увеличена, диффузно уплотнена, имеет нечеткие контуры (газы); желчный пузырь S-образной формы, с плотными стенками; селезенка увеличена, уплотнена. стенки сосудов плотные, селезеночная вена извита.
Разбор по алгоритму:
1. Муковисциоз, смешанная форма, тяжелое течение, правосторонняя среднедолевая пневмония, легочное сердце, НК II Б степени, цирроз печение, задержка физического развития, анемия I степени.
2. Наследственность отягощена, проявления заболевания с рождения.
3. Иммунологические исследования; кариотип.
4. Диета, антибиотики в/м, ферменты, гепатопротекторы, препараты железа, пульмикорт.
5. С «Д» учёта не снимается.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 4 лет. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты.
Ребенок от2 беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов (первый ребенок, мальчик, болеет хронической пневмонией, гайморитом). Масса тела при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественное. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Вес в 1 год – 9 кг, в 2 года – 10,5 кг. Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте 1 года и 2 лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни – частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул.
При поступлении масса тела 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД – 32 в минуту. Перкуторно над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 100 ударов в мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки.
Общий анализ крови: Hb – 115 г/л, Эр – $4,2*10^{12}$/л, Лейк – 6,8*10 /л, п/я - 10%, с/я - 52%, э - 1%, л – 28%, м – 9%, СОЭ 12 мм/час.
Общий анализ мочи: количество – 60,0 мл, относительная плотность – 1,014, прозрачность – неполная, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты – нет.
Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка.
Бронхоскопия: двусторонний диффузный гнойный эндобронхит.
Бронхография: двусторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S 6, 8, 9, 10 справа.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:
Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1.Понятие о наследственных хронических заболеваниях легких.
2.Патогенез и клинические формы муковисцидоза.
3.Критерии диагностики – анамнестические, клинические и параклинические.
4.Клиника смешанной формы муковисцидоза, легочной и кишечной форм муковисцидоза.
5.Диагностика и лечение муковисцидоза.
6.Прогноз.
7.Синдром Картагенера. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ:
1) аутосомно-доминантный
2) аутосомно-рецессивный
3) Х-сцепленный рецессивный
2. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАРУШАЕТСЯ ТРАНСПОРТ:
1) хлора и натрия
2) брома и натрия
3) железа и натрия
3. В ПАТОГЕНЕЗЕ КИШЕЧНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ИГРАЕТ РОЛЬ:
1) снижение вязкости панкреатического сока
2) бактериальное воспаление поджелудочной железы
3) ферментативная недостаточность поджелудочной железы
Ответы: 1. – 2) 2. – 1) 3. – 3)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Муковисцидоз.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского

	практике участкового педиатра				ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 2. Патология детей раннего возраста.

Тема 2.1: Аллергодерматозы. Атопический дерматит у детей раннего возраста.

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с аллергодерматозами, в т. ч. с атопическим дерматитом.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики аллергических заболеваний с кожными проявлениями и патологических состояний аллергического характера у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при аллергологической патологии: с аллергодерматозами, в т. ч. с атопическим дерматитом.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при аллергических заболеваниях: с аллергодерматозами, в т. ч. с атопическим дерматитом.

Сформировать базовые знания в области детской аллергологии, в том числе знания по аллергодерматозам, в т. ч. с атопическим дерматитом.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и

оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных с аллергодерматозами, в т. ч. с атопическим дерматитом; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Дать определение аллергодерматозов и АтД
2. Основные факторы риска развития аллергодерматозов, АтД.
3. Роль клеток Лангерганса в развитии АтД.
4. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД.
6. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.
7. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете.
8. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД.
9. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете.
10. Как используют топические стероиды в лечении Ат
11. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД

2. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Клиническая задача № 1

Больная Ч. 12 лет. Жалобы на постоянный зуд кожи, высыпания, раздражительность, вспыльчивость, плаксивость, нарушение сна, головные боли, повышенную утомляемость, снижение настроения.

Из анамнеза: бабушка страдала экземой. У тети бронхиальная астма. Родилась первым ребенком, в срок. Со слов матери, беременность и роды протекали без осложнений. С пяти месяцев находилась на искусственном вскармливании – почти сразу появились высыпания на коже. Наблюдалась дерматологами. Были длительные периоды относительного благополучия, когда оставался ограниченный дерматит (в области локтевых суставов, кистей). Летом всегда улучшение, обострение в сентябре—октябре. С 6 лет в мае появились явления ринита. Отмечалось обострение дерматита после употребления в пищу орехов, шоколада, яиц, цитрусовых. В 7 лет отек Квинке после употребления яблок, после этого яблоки не ела. Отмечено резкое обострение дерматита на фоне стрессовых ситуаций.

Последнее ухудшение около года на фоне психотравмирующей ситуации в семье (развод ро-

дителей). Распространились кожные высыпания, беспокоит постоянный зуд, из-за этого нарушился сон. Принимала антигистаминные препараты с незначительным эффектом. Местное лечение, назначенное дерматологом (крем Адвантан), давало только кратковременное улучшение.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, на фоне участков гиперемии множественные расчесы, мелкопапулезные, везикулярные рассеянные высыпания, корочки. В области шеи, локтевых суставов, запястий выраженная лихенификация. Отеков нет. Явлений ринита, конъюнктивита нет. Слизистая полости рта и зева не изменена. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД – 110/70. Пульс 88 в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Дизурии нет. Стул не регулярный, склонность к запорам. Астенизирована. Настроение снижено.

Результаты клинико-лабораторного обследования: кл. ан. крови – НВ-124, Л-5,0; п.1, с.46, э.12, л.36, м.5, соэ-8 мм/час. Биохим. ан. крови: общий белок 80,0; мочевина 4,4; креатинин 89,1, холестерин 5,1; бета-липопротеиды 6,1; билирубин общ. 14,8; АЛТ–0,25; АСТ-0,34; глюкоза 4,7; серомукоид 0,10. СРБ – отрицат., р-ция Вассермана отрицат.

Ан. мочи – без особенностей.

ЭКГ: без патологии.

Рентгенография ППН – прозрачность пазух не нарушена.

ЭГДС: гастрит, дуодено-гастральный рефлюкс.

Конс. ЛОР: здорова.

Конс. гастроэнтеролога: хронический гастрит со сниженной секреторной фукцией. Дискинезия толстой кишки.

Конс. невропатолога: соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Иммунный статус: Л:5,0; Лф-36%, — 1,9; фагоцитоз 74%, Тлф-61%-1,1; Влф 5%-0,09; IgA 230, IgM 110, IgG 1400, IgE- общ. 360.

Аллергологическое обследование: скарификационные тесты положительные с аллергенами из пыльцы березы +++, ольхи +++, орешника +++, дуба ++, ясеня ++, тополя +, с эпидермальными и бытовыми аллергенами – отрицательные. Сертификационные тесты с пищевыми пассивными аллергенами – орехи (грецкий, фундук, миндаль, арахис), морковь, яблоки (старкин, гольден) — положительные. Тестирование проводилось на спине.

Разбор по алгоритму:

Атопический дерматит, распространенная форма в стадии обострения (при выписке ремиссия). Поллиноз. Аллергический риноконъюнктивит. Сенсибилизация к пыльце деревьев. Пищевая аллергия к орехам, яблокам, моркови. Хронический гастрит со сниженной секреторной функцией. Дискинезия толстой кишки.

2. Отягощённый семейный анамнез, раннее искусственное вскармливание.

3.Копрограмма, обследование на наличие дисбиоза.

4. Индивидуальная гипоаллергенная диета с исключением яблок, орехов, меда, моркови, косточковых, а также продуктов гистаминолибераторов;, Зиртек 10 мг 1 раз в день, местная обработка кожи кремом Тридерм 2 раза в день, полиоксидоний 0,15 мкг/кг 5 инъекций с интервалом 2 дня, физиотерапия, (электросон, УФО), иглорефлексотерапия, комплексная психотерапия, лечебная релаксационная гимнастика, групповые и индивидуальные занятия с психологом. ГБО – 5 сеансов.

5. Решает аллерголог, возможно до перевода во взрослую сеть.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина – 50 см. Оценка по шкале

Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь «Агу-1») у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-х месяцев проводилась частая смена молочных смесей («Фрисолак», «Энфамил», «Симилак», «Хумана», «Нан» и др.), на фоне чего кожные заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств («болтушки», кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29 лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения), отец – 31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде «чепчика». Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 114 ударов в минуту. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах, урчание по ходу кишечника. Печень + 3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Hb – 104 г/л, Эр – 3,5*10^{12}/л, Ц.п. – 0,8, Лейк – 11,2*10 /л, п/я - 7%, с/я - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес 1010, белок – нет, глюкоза – нет, лейкоциты – 6-8 в п/з, эпителий плоский – много, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 ммоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма 0,8 – 1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма 0,6 – 1,6), железо сыворотки – 8,1 мкмоль/л (норма 10,4 – 14,2), железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма 63,0 – 80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма нет), IgE – 830 МЕ/л (норма до 100 МЕ/л).

3. Задания для групповой работы

Не предусмотрены программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Как формулируется определение аллергодерматозов и АтД?

2. Какие основные факторы риска развития АтД вы знаете?
3. Какова роль клеток Лангерганса в развитии АтД?
4. Какие вы знаете основные и дополнительные диагностические критерии АтД?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать АтД?
6. Опишите возрастные особенности клинических проявлений АтД у детей и подростков.
7. Какие основные принципы лечения АтД вы знаете?
8. Какие группы лекарственных средств используют для лечения АтД?
9. Какие средства для местной терапии АтД вы знаете?
10. Как используют топические стероиды в лечении АтД?
11. Какие профилактические мероприятия проводятся при АтД?

3). *Проверить свои знания с использованием тестового контроля.*

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

а) антигистаминные препараты
б) седативные препараты
в) ферменты
г) системные глюкокортикоиды

2. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД МЕСТНО ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

а) не содержащие глюкокортикостероидные гормоны
б) содержащие глюкокортикостероидные гормоны в негалогенизированной форме, препятствующей системному воздействию
в) содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты
г) содержащие антибактериальные противовоспалительные средства

3. РАЗВИТИЕ АЦЕТОНЕМИЧЕСКОЙ РВОТЫ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНО ПРИ ДИАТЕЗЕ:

а) нервно-артритическом
б) лимфатико-гипопластическом

4. ПРОЯВЛЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНЫ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ:

а) IgA
б) IgE
в) IgM

5. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ТАКИХ СОСТОЯНИЙ, КАК:

а) синдром мальабсорбции
б) желчекаменная болезнь
в) синдром внезапной смерти
г) подагра
д) мочекаменная болезнь

6. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ПИЩЕВЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) коровье молоко
б) белок куриного яйца
в) желток куриного яйца
г) рыба
д) манная крупа

7. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ТАКИХ СОСТОЯНИЙ, КАК:

а) синдром мальабсорбции
б) синдром внезапной смерти

в) подагра
г) аутоиммунные заболевания
д) неврастенический синдром
Эталоны ответов.

1. г
2. б
3. а
4. б
5. б, г, д
6. а, б, г, д
7. б, г

4) Подготовить реферат по данной теме:

1) Дифференциальная диагностика атопического дерматита и других заболеваний с кожными проявлениями.

Рекомендуемая литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача

6	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
8	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.2: «Острые аллергические заболевания у детей раннего возраста. Анафилактический шок и сывороточная болезнь»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с острыми аллергическими заболеваниями.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики острых аллергических заболеваний и патологических состояний, связанных с анафилактическим шоком и сывороточной болезнью у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при острой аллергологической патологии.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при аллергических заболеваниях. В том числе с анафилактическим шоком и сывороточной болезнью.

Сформировать базовые знания в области детской аллергологии, знания о диагностике и помощи при анафилактическом шоке и сывороточной болезни.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных с острыми аллергическими заболеваниями; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при острых аллергических заболеваниях заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами острых аллергических заболеваний .

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Роль генетических факторов и окружающей среды в иммунопатогенеза аллергии
2.Современные представления об аллергии и атопии. Атопия как системное заболевание.
3. Типы и основные стадии иммунологических реакции.
4. Современные аспекты аллергологической диагностики. Скрининговые методы в оценке аллергии. Элиминационные и провокационные пробы в аллергологии. Виды кожных проб.
5. Современные принципы противоаллергического терапии и иммунологических методов лечения в аллергологии.
6. Медикаментозная аллергия: клинические проявления токсико-аллергических реакций.
7. Особенности клинических проявлений патологических реакций на медикаменты. Лечение и профилактика.
8. Анафилактический шок: иммунопатогенез, клиника, неотложная помощь.
2. Решить ситуационные задачи.
1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

У девочки 11 лет 2 ч назад после употребления в пищу шоколада с орехами появился сильный зуд кожи, генерализованные уртикарные высыпания, отек век и верхней губы, кистей рук. Родилась в срок, без асфиксии. С двухмесячного возраста была переведена на искусственное вскармливание. В грудном возрасте отмечены кожные проявления аллергического диатеза. Росла и развивалась соответственно возрасту. Изредка болела простудными заболеваниями. В дальнейшем никаких проявлений аллергического дерматоза не было. У отца девочки — бронхиальная астма. Больная госпитализирована.

Разбор по алгоритму:

1. Крапивница, ангионевротический отек (Квинке).
2. Данный случай — типичный вариант аллергической реакции немедленного типа, развившийся вскоре после употребления в пищу высокоаллергенных продуктов (шоколад, орехи). Уртикарный характер сыпи (розовые зудящие папулезные элементы с тенденцией к слиянию) свидетельствует о крапивнице. Отечность кистей рук, совпадающая по времени с появлением сыпи, свидетельствует о развитии у ребенка ангионевротического отека с типичной локализацией (лицо, кисти) по типу Квинке, характерного для аллергической реакции немедленного типа. Об аллергической природе этого состояния свидетельствует и анамнез: дерматоз в грудном возрасте и отягощенная наследственность (отец девочки болен бронхиальной астмой).
3.Клинический минимум, аллергопробы, кровь на АЛТ, АСТ, общий белок, холестерин, β-липопротеиды, иммуноглобулин Е; данные иммунологических исследований; данные копрограммы.
4. Неотложные мероприятия включают назначение солевого слабительного и очистительной клизмы для выведения антигенов из организма ребенка с последующим назначением адсорбента (активированный уголь по 0,5 г 4 раза в день). Одновременно парентерально вводят антигистаминные препараты (1 мл 2 % раствора супрастина внутримышечно). После стихания клинических проявлений — антигистаминные второго поколения. При неэффективности указанной терапии назначают преднизолон, 1-2 мг/(кг/сут).
ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ (до поступления в отделение реанимации):

1. Прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена.
2. При возможности наложить жгут выше места введения медикамента или обколоть место введения препарата 0,1 % раствором адреналина или норадреналина в дозе 0,3-0,5 мл с 4-5 мл физиологического раствора.
3. Провести венепункцию/венесекцию и начать в/в введение препаратов: при необходимости в/в капельно: дофамин (доза индивидуальна) от 300 до 700 мкг/мл (макс. 1500 мкг/мл) с постепенным снижением, длительность определяется гемодинамическими показателями. Введение ГКС (гидрокортозон 250 мг в/в капельно, преднизолон 90-120 в/в струйно, дексаметазон 8-32 мг и др.) При систолическом артериальном давлении выше 90 мм рт. ст. могут быть введены антигистаминные препараты [клемастин (тавегил) 2.0 мл]
Плазмозамещающие препараты в/в капельно или струйно. При возникновении бронхообструктивного синдрома – аминофиллин (эуфиллин) 2.4 % 10 мл в/в на физиологическом растворе. Введение прессорных аминов (0,1 % раствор адреналина подкожно с интервалом 5-10 минут). Оксигенация Коррекция КЩС Терапия острой дыхательной недостаточности, перевод на ИВЛ и транспортировка больного в реанимацию
Симптоматическая терапия Госпитализация в реанимационное отделение после проведения комплекса неотложных лечебных мероприятий. Для оказания квалифицированной помощи больному в анафилактическом шоке необходим набор лекарственных средств и специальные приборы (противошоковый набор).
Минимальная противошоковая аптечка: 1. ампульные растворы: адреналина 0,1%, норадреналина 0,2%, мезатон 1%. супрастин 2%, тавегил 0,1%. эфедрина гидрохлорида 5%, эуфиллина 2,4%, строфантина К 0,05%, коргликона 0,06%, кофеина 10%, кордиамина, 11 глюкозы 40% и 5% (500 мл – стерильной), хлорида натрия (0,9%), преднизолона (30 мг),дексаметазона (4 мг), гидрокортизона (по 5 мл – для в\в введения), пенициллиназы (100 тысЕД). 2. Инструменты: воздуховод для дыхания — рот в рот‖, портативный аппарат для искусственного дыхания, система для в/в инфузии (одноразовая стерильная), шприцы (20 мл, 10 мл, 1 мл) и стерильные иглы к ним, жгут резиновый, роторасширитель, языкодержатель и металлический держатель для тампонов. 3. Спирт этиловый 80% - 100 мл, марлевые тампоны (для удаления слизи).
2) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 2

Ребенку 5 месяцев. У мамы бронхиальная астма, у брата частые риниты. В течение последних 10 дней у ребёнка после употребления апельсинового сока появились пятнисто-везикулярные высыпания на коже, беспокоит зуд кожи. При осмотре: на туловище имеются остаточные элементы сыпи (единичные пятна, корочки, расчесы), мокнутие в паховых складках.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
2). Ответить на вопросы для самоконтроля:
1. Значение генетических факторов и окружающей среды в развитии аллергических реакций.
2.Представления об аллергии и атопии. Атопия как системное заболевание.
3. Типы и стадии иммунологических реакции.
4. Современные аспекты аллергологической диагностики. Скрининговые методы в оценке аллергии. Элиминационные и провокационные пробы в аллергологии. Виды кожных проб.
5. Современные принципы противоаллергического терапии и иммунологических методов лечения в аллергологии.

6. Медикаментозная аллергия: клинические проявления токсико-аллергических реакций.
7. Особенности клинических проявлений патологических реакций на медикаменты. Лечение и профилактика.
8. Анафилактический шок: иммунопатогенез, клиника, неотложная помощь.
3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля.
Тестовые задания.
1. РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ СДЕЛАЛИ ИНЪЕКЦИЮ ПЕНИЦИЛЛИНА. ЧЕРЕЗ 40
МИНУТ НА ТЕЛЕ РЕБЕНКА ВОЗНИКЛА КРАПИВНИЦА, ПОЯВИЛСЯ ЗУД КОЖИ. КАКОЙ МЕХАНИЗМ АЛЛЕРГИИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

A. Реагиновий
B. Цитотоксическая реакция
C. Реакция Артюса
D. Клеточная иммунная реакция
E. Псевдоалергический

2. У ДЕВУШКИ 17 ЛЕТ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ ВОЗНИКЛИ СИЛЬНЫЕ БОЛИ В ПРАВОЙ ПОЛОВИНЕ ГОЛОВЫ И ЛИЦЕ. ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОЯВИЛИСЬ ПУЗЫРЧАТЫЕ ВЫСЫПАНИЯ НА ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ, ВПОСЛЕДСТВИИ ВО ЛБУ, ВЕРХНЕМ ВЕКЕ. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В УЧАСТКЕ ВЫСЫПАНИЙ СНИЖЕНА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ПОДУМАТЬ?

A. Дерматит
B. Псориаз
C. Герпетический ганглионит
D. Невралгия тройничного нерва
E. Аллергия

4. У ДЕВУШКИ 16 ЛЕТ, КОТОРАЯ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ СИНУСИТОМ, РАЗВИЛАСЬ, ОСТРАЯ ФОРМА АРТРИТА. ВРАЧ НАЗНАЧИЛ ЛЕЧЕНИЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ. В АНАМНЕЗЕ СКЛОННОСТИ К АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РЕАКЦИЯМ У БОЛЬНОЙ НЕ БЫЛО. ВНЕЗАПНО ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА У БОЛЬНОЙ РАЗВИЛСЯ БРОНХОСПАЗМ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ БРОНХОКОНСТРИКЦІЇ ЯВЛЯЕТСЯ:

A. Адренергический дисбаланс
B. Инфекционно зависимый
C. Имунопатологичний
D. Первично измененная реактивность бронхов
E. Атопический

5. У БОЛЬНОГО Н., 18 ЛЕТ ПОЯВИЛСЯ СУХОЙ НАДРЫВНЫЙ КАШЕЛЬ И АНГИОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ОТЕК.ПАЦИЕНТ БОЛЕЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ II СТ. ПРИНИМАЕТ КАПТОПРЕСС С
МЕТОПРОЛОЛОМ И КОРИНФАР-РЕТАРД КАК ОЦЕНИТЬ ВЫШЕ УКАЗАНЫ СИМПТОМЫ?

A. Побочные эффекты коринфару-ретарду
B. Побочные эффекты каптопресу. Побочные эффекты метопрололу

6. БОЛЬНАЯ 15 ЛЕТ, В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА БЕСПОКОИТ КАШЕЛЬ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 38,0 ГРАДУСОВ. В АНАМНЕЗЕ – АСКАРИДОЗ. НА R – ГРАММЕ ОБНАРУЖЕН ГОМОГЕННЫЙ ОТДЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ БЕЗ ЧЕТКИХ КОНТУРОВ. В АНАЛИЗЕ КРОВИ – ЭОЗИНОФИЛЫ 55 %. КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ДИАГНОЗ?

A. Очаговая пневмония
B. Туберкулѐз легких
C. Хронический бронхит, обострение

D. Эозинофильный инфильтрат (синдром Лефлера)

E. Опухоль легких

7. БОЛЬНАЯ ЖАЛУЕТСЯ НА ЛИХОРАДКУ, СУХОЙ КАШЕЛЬ, ОЩУЩЕНИЕ ПЕРШЕНИЯ В ГОРЛЕ И ЗА ГРУДИНОЙ, ОЩУЩЕНИЕ НЕДОСТАТКИ ВОЗДУХА, КОТОРЫЕ ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ.ПОЛУЧАЛА ФЕРВЕКС. В АНАМНЕЗЕ ОТСУТСТВУЮТ ДАННЫЕ О ЗАБОЛЕВАНИИ ЛЕГКИХ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37°С, I ЛЕГОЧНЫЙ ТОН С КОРОБКОВИМ ОТТЕНКОМ, ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ С СУХИМИ РАССЕЯННЫМИ И ВЛАЖНЫМИ СРЕДНЕГО И БОЛЬШОГО КАЛИБРА ХРИПАМИ. ВЫДОХ ПРОДЛЕННЫЙ. ВАШ ДИАГНОЗ?

A. Медикаментозный бронхоспазм

B. Острый трахеобронхит

C. Обструктивный бронхит

D. Пневмония

E. Бронхоэктатическая болезнь

8. БОЛЬНУЮ, КОТОРОЙ 16 ЛЕТ, ТРЕВОЖИТ БОЛЬ В ЖИВОТЕ ПОСЛЕ ПРИЕМА ЕДЫ, НОЧЬЮ, КОТОРАЯ УМЕНЬШАЕТСЯ ПОСЛЕ ДЕФЕКАЦИИ, ДИАРЕЯ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ЦЕЛЬНОГО МОЛОКА. ОБ-НО: ЖИВОТ МЯГКИЙ, СДУТЫЙ, ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЗОНЕ ПОРГЕСА. ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКА НЕ УВЕЛИЧЕНЫ. ПРИ КОЛОНОСКОПИИ - ГИПЕРЕМИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ. КАКОЙ ДИАГНОЗ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ?

A. Неспецифический
язвенный колит.

B. Хронический энтерит.

C. Функциональная диарея.

D. Лактазная недостаточность

E. Целиакия.

9. РЕБЕНКУ 5 ЛЕТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ СДЕЛАЛИ ИНЪЕКЦИЮ ПЕНИЦИЛЛИНА. ЧЕРЕЗ 40 МИНУТ НА ТЕЛЕ РЕБЕНКА ВОЗНИКЛА КРАПИВНИЦА, ПОЯВИЛСЯ ЗУД КОЖИ. КАКОЙ МЕХАНИЗМ АЛЛЕРГИИ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

A. Реагиновий

B. Цитотоксическая реакция

C. Реакция Артюса

D. Клеточная иммунная реакция

E. Псевдоалергический

10. ПАЦИЕНТУ, КОТОРОГО УКУСИЛА СОБАКА, С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ БЫЛА ВВЕДЕНА СЫВОРОТКА. ЧЕРЕЗ 7 ДНЕЙ У НЕГО РОЗВИЛИСЯ СИМПТОМЫ СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ? ЛИХОРАДКА, КРАПИВНИЦА, ОТЕК И БОЛИ В СУСТАВАХ, УВЕЛИЧИЛИСЬ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ. ЧТО ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА СЫВОРОТОЧНОЙ БОЛЕЗНИ?

A. Циркуляция иммунных комплексов

B. Выработке иммуноглобулинов E

C. Выработке иммуноглобулинов G

D. Т-лимфоциты

E. Макрофаги

Эталоны ответов:

1A, 2C, 3A, 4E, 5C, 6D, 7A, 8D, 9A, 10A

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Анафилактический шок и сывороточная болезнь.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	2	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема2.3. «Заболевания, протекающие с бронхообструктивным синдромом у детей. Острый бронхиолит. Бронхолегочная дисплазия. Понятие о пороках бронхолегочной системы, протека-ющих с бронхообструктивным синдромом»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи у детей с обструктивным бронхитом, бронхиолитом.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных детей с обструктивным бронхитом, бронхиолитом, бронхолегочной дисплазией, пороками бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом.
Обучить студентов установлению клинического диагноза детей с обструктивным бронхитом, бронхиолитом, бронхолегочной дисплазией, пороками бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом.
Изучить вопросы дифференциальной диагностики детей с обструктивным бронхитом, бронхиолитом, с другими заболеваниями респираторной системы, принципам патогенетической и симптоматической терапии больных, оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях с бронхолегочной дисплазией, пороками бронхолегочной системы, с заболеваниями, протекающими с бронхообструктивным синдромом.
Сформировать базовые знания в области патологии детей раннего возраста с обструктивным бронхитом, бронхиолитом, бронхолегочной дисплазией, пороками бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом.

Обучающийся должен знать.

- Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
- Особенности реактивности организма у детей раннего возраста.
- Гемограмму здоровых детей.
- Рентгенограмму у здоровых детей.
- Фармакологическое действие антибиотиков, сульфаниламидов, препаратов нитрофуранового ряда, интерферона, противогриппозного гамма-глобулина, кортикостероидов, спазмолитиков, муколитиков, отхаркивающих препаратов, антигистаминных средств, витаминов группы В, аскорбиновой кислоты, сердечных гликозидов, АТФ, кокарбоксилазы.

Обучающийся должен уметь.

- Собрать анамнез жизни и заболевания, семейный анамнез.
- Провести осмотр больного.
- Определить частоту дыхания, провести пальпацию, перкуссию и аускультацию.
- Дать интерпретацию изменениям гемограммы, рентгенограммы грудной клетки.
- Провести горчичные обертывания, растирания грудной клетки камфарным спиртом и скипидарной мазью.
- Осуществлять пероральное, подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных препаратов, подачу кислорода больному.

Обучающийся должен владеть:

- культурой мышления;
- навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения;
- методами общего клинического обследования детей раннего возраста;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей раннего возраста;
- написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка;
- алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ;

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Этиология детей с обструктивным бронхитом, бронхиолитом у детей раннего возраста.

2.Значение предрасполагающих факторов в возникновении бронхитов – переохлаждение, нарушение режима жизни и питания, изменение гомеостаза вследствие сопутствующих заболеваний (рахит, гипотрофия, паратрофия, анемия, атопический дерматит, тимомегалия и др.).

3. Патогенез обструктивных бронхитов.
4. Патологоанатомические изменения при обструктивных бронхитах и бронхиолитах.
5. Классификация обструктивных бронхитов и бронхиолитов.
6. Клиника обструктивных бронхитов и бронхиолитов.
7. Клинические проявления дыхательной недостаточности I, II, III степени.
8. Изменения гемограммы у больных при обструктивных бронхитах и бронхиолитах.
9. Рентгенологические данные при обструктивных бронхитах и бронхиолитах.
10. Дифференциальный диагноз с бронхитами, с острой пневмонией, бронхиолитом, бронхиальной астмой, коклюшем.
11. Препараты, применяемые при обструктивных бронхитах вирусного происхождения (интерферон, дезоксирибонуклеаза, противогриппозный гамма-глобулин).
12. Лечение при обструктивных бронхитах и бронхиолитах.
13. Физиотерапевтические процедуры при обструктивных бронхитах (отвлекающая терапия, аэрозольтерапия, УВЧ и др.).
14. Особенности лечения больных с пороками бронхолегочной системы, протекающих с бронхообструктивным синдромом.
15. Профилактика при обстуктивных бронхитах и бронхиолитах.

2. Решить ситуационные задачи.

1) Пример алгоритма решения задачи:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение больному. Принципы бронхолитической терапии.
5. Какова тактика дальнейшего наблюдения?

Задача №1

Мальчик 6 лет госпитализирован в стационар с жалобами матери на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднённое дыхание, беспокойство. Из анамнеза известно, что ребёнок заболел 1 неделю назад, когда отмечался подъём температуры тела до 38 °С, в последующие дни температура тела была субфебрильная (37,2–37,5 °С), отмечался насморк со слизистым отделяемым, малопродуктивный кашель. С 4 дня заболевания появилось шумное дыхание, одышка, самочувствие особо не страдало. Лечился амбулаторно: Интерферон-альфа в виде капель в нос, Ксилометазолин 0,5% в нос, сироп «Проспан». Так как положительной динамики не было, ребёнок был направлен на стационарное лечение. Наследственность по аллергопатологии не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Самочувствие не страдает, мальчик активный, контактный. Температура – 36,7 °С. Отмечается приступообразный сухой кашель, в конце влажный, шумное дыхание на выдохе. Кожные покровы бледной окраски, умеренно влажные, эластичные, чистые, инфраорбитальный цианоз. Плечевой пояс приподнят, втяжение уступчивых мест грудной клетки, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧДД – 30 в минуту. Грудная клетка вздута в переднезаднем направлении. Перкуторно – коробочный звук. Аускультативно в лёгких дыхание жёсткое, равномерно проводится по всем лёгочным полям, выдох удлинён, выслушиваются рассеянные сухие «свистящие» хрипы с обеих сторон. ЧСС – 114 ударов в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул оформленный, регулярный. В анализах: общие анализы крови, мочи – без изменений.

2) Разбор задачи по алгоритму:

1. Острый бронхит; синдром бронхиальной обструкции. ДН I.
2. Диагноз «острый бронхит» установлен на основании жалоб больного на частый малопродуктивный кашель приступообразного характера, затруднѐнное дыхание, беспокойство; предшествующие признаки ОРВИ, невысокая температура, отсутствие токсикоза и лейкоцитоза, диффузные хрипы. Синдром бронхиальной обструкции определѐн по наличию одышки

экспираторного характера с 4 дня заболевания, вздутия грудной клетки, отсутствия отягощѐнного аллергоанамнеза, данных объективного осмотра (дыхание с удлинѐнным выдохом, слышимое на расстоянии, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, перкуторно – коробочный звук, аускультативно в лѐгких – диффузные сухие «свистящие» хрипы на фоне удлинѐнного выдоха). Установление степени дыхательной недостаточности основано на цифрах ЧДД (30 в минуту), умеренном цианозе, бледности кожных покровов, умеренной тахикардии (114 ударов в минуту).

3. Пациенту рекомендовано: при подозрении на атипичную этиологию заболевания - серологическое исследование на определение антител классов A, M, G (IgA, IgM, IgG) к хламидии пневмонии (Clilamidia pneumoniae), антител классов M, G (IgM, IgG) к микоплазме пневмонии (Mycoplasma pneumoniae) в крови; проведение рентгенографии органов грудной клетки при подозрении на пневмонию, инородное тело; исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при рецидивирующем течении БОС; консультация врача-оториноларинголога (при наличии синдрома «шумного дыхания»), врачафизиотерапевта (с целью улучшения дренажа ТБД).

4. Обильное питьѐ (тѐплое питьѐ) до 100 мл/кг в сутки. Дренаж грудной клетки, стимуляция кашлевого рефлекса при его снижении, дыхательная гимнастика в периоде реконвалесценции. Ингаляционные β2-агонисты или комбинированные препараты через небулайзер, добавляя к препарату 0,9% раствор Натрия хлорида, или в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером с соответствующей лицевой маской или мундштуком, обычно до 3 раз в день; Сальбутамол на приѐм 5 мл либо 1-2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом до 3-5 дней или Фенотерол + Ипратропия бромид на приѐм 2 капли/кг, максимально 1,0 мл либо 1- 2 ингаляции ДАИ через спейсер коротким курсом не более 5 дней. При подостром и прогрессирующем характере нарастания проявлений, сопровождающихся гипоксемией (SaO2 менее 95%), а также в случае сохраняющихся симптомов или при повторном их появлении после отмены β2-агонистов назначают: ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) через небулайзер – Будесонид в суспензии, в среднем 250-500 мкг/сут, применение 2 раза в день, коротким курсом до 5 дней. Муколитические и отхаркивающие средства – при вязкой, трудно отделяемой мокроте: мукорегуляторы: например, Амброксол табл. 30 мг, р-р 7,5 мг/мл, сироп 15, 30 мг/5 мл. по 15 мг 3 р/день после еды. Ингаляции: по 2-3 мл 2 раза в день.

5. Профилактика респираторных инфекций (активная иммунизация против вакциноуправляемых вирусных инфекций, а также против пневмококковой и гемофильной инфекций), борьба с загрязнением воздуха, с пассивным курением. Детей с рецидивами острого бронхита и с обструктивными бронхитами следует направить на консультацию к врачу-аллергологу-иммунологу и врачу-пульмонологу для уточнения диагноза и тактики ведения.

3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача №2

1. Мальчик 4 месяцев заболел 3 дня назад с подъёма температуры тела до 37,2°С, заложенности носа, покашливания. В течение последующих двух дней отмечалась субфебрильная температура, кашель стал нарастать, сегодня появилось затруднение дыхания, со слов матери, ребёнок «задыхается», отказывается пить. Мать обратилась к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с массой тела 3400 г, длиной тела 52 см, период новорождённости протекал без особенностей, выписан под наблюдение врача-педиатра участкового на 3 сутки после рождения. В возрасте ребёнка 2 месяцев у матери пропало молоко (мать курила во время беременности и сейчас курит). Ребёнок находится на искусственном вскармливании. До настоящего времени не болел. Прививается по возрасту. Семья – 5 человек, есть ещё двое детей в возрасте 8 и 4 лет, старший ребёнок переносит лёгкую форму острого назофарингита. При осмотре состояние ребёнка тяжёлое, за счет симптомов дыхательной недостаточности. SaO2 – 92%. Ребёнок беспокоен, часто кашляет, кашель влажный. Отмечается одышка экспираторного типа, тахипноэ – 68 в минуту,

мелкопузырчатые хрипы и крепитация в лёгких с обеих сторон, выслушиваются редкие сухие свистящие хрипы. Визуально отмечается незначительное вздутие грудной клетки, перкуторно определяется коробочный оттенок звука. В акте дыхания принимают участие вспомогательные мышцы, отмечается втяжение межреберий на вдохе, раздувание крыльев носа. Живот мягкий и безболезненный при пальпации, печень выступает на 1,5 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стул до 4 раз в день без патологических примесей. Мочится редко.

2. Ребёнок 3 месяцев заболел остро, температура поднялась до 39°С, появились кашель и шумное дыхание. Данные анамнеза: за неделю до заболевания ребёнка у отца был насморк, кашель и субфебрильная температура. Ребёнок от первой беременности, родился доношенным. Во время беременности мать дважды болела ОРВИ, бронхитом, получила курс антибактериальной терапии. Отец страдает поллинозом, курит. Период новорождённости протекал без особенностей. На естественном вскармливании до 2 месяцев. Переведён на искусственное вскармливание адаптированной смесью первой линии из-за гипогалактии у матери. С переходом на искусственное вскармливание – проявления дерматита в виде гиперимии, мокнутия на щеках, сухости и шелушения кожи на груди, ягодицах. Темпы физического и психомоторного развития нормальные. Данные объективного осмотра: при осмотре состояние тяжёлое. Температура – 37,5°С. Экспираторная одышка, частый кашель. Снижена активность, сосёт вяло, с перерывами. Пена в углах рта, слизь в ротовой полости и оральная крепитация. Отмечается раздувание крыльев носа при дыхании, вздутие грудной клетки. Цианоз носогубного треугольника. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторный звук над лёгкими с коробочным оттенком. При аускультации дыхание с удлинённым выдохом, выслушиваются мелкопузырчатые влажные и сухие, свистящие хрипы над всеми отделами грудной клетки. Частота дыхательных движений – 66 в минуту. Частота сердечных сокращений – 150 в минуту, тоны сердца приглушены. По остальным органам без отклонений.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология обструктивных бронхитов у детей раннего и старшего возраста.
2. Значение предрасполагающих факторов в возникновении обструктивных бронхитов и бронхиолитов – переохлаждение, нарушение режима жизни и питания, изменение гомеостаза вследствие сопутствующих заболеваний (рахит, гипотрофия, паратрофия, анемия, атопический дерматит, тимомегалия и др.).
3. Патогенез обструктивных бронхитов.
4. Патологоанатомические изменения при обструктивных бронхитах и бронхиолитах, бронхолёгочной дисплазии.
5. Классификация обструктивных бронхитов.
6. Клиника обструктивных бронхитов.
7. Клинические проявления дыхательной недостаточности I, II, III степени.
8. Изменения гемограммы у больных при обструктивных бронхитах.
9. Рентгенологические данные при обструктивных бронхитах.
10. Дифференциальный диагноз обструктивных бронхитов, с острой пневмонией, бронхиолитом, бронхиальной астмой, коклюшем.
11. Препараты, применяемые при обструктивных бронхитах и бронхиолитах вирусного происхождения (интерферон, дезоксирибонуклеаза, противогриппозный гамма-глобулин).

12. Лечение при обструктивных бронхитах и бронхиолитах, бронхолёгочной дисплазии.
13. Физиотерапевтические процедуры при при обструктивных бронхитах и бронхиолитах, бронхолёгочной дисплазии (отвлекающая терапия, аэрозольтерапия, УВЧ и др.).
14. Особенности лечения при пороках бронхолёгочной системы, протекающих с бронхообструк-тивным синдромом.
12. Профилактика данной патологии - заболеваний, протекающих с бронхообструктивным синдромом у детей.

3) Подготовить реферат по данной теме:
1. Бронхолегочная дисплазия.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита,	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

	гастродуоденита, язвенной болезни у детей».				
8	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.4: «Гипертермический и судорожный синдромы у детей раннего возраста. Нейротоксикоз».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи детям младшего возраста с первичным инфекционным токсикозом.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики различных видов токсикоза, патологических состояний у детей, протекающих с признаками гипертермического и судорожного синдромов.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при первичном инфекционном токсикозе, показаниям и особенностям инфузионной терапии.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях первичном инфекционном токсикозе, виды и степени обезвоживания, вопросы оральной и парентеральной регидратации, программу диетической коррекции больных с различной степенью эксикоза, помощи при гипертермическом и судорожном синдромах.

Сформировать базовые знания в данной области педиатрии, а именно знания о диагностике, лечении детей с нейротоксикозом, с гипертермическим и судорожным синдромами.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных с первичным инфеционным токсикозом; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с первичным инфекционным токсикозом.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Судорожный синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный

диагноз, лечение, неотложная помощь.
2. Гипертермический синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, неотложная помощь.
3. Причины, патогенез, клинические синдромы первичного инфекционного токсикоза.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика первичного инфекционного токсикоза.
5. Лечение первичного инфекционного токсикоза.
6. Показания и особенности инфузионной терапии.
7. Коррекция сердечно-сосудистых расстройств и дыхательной недостаточности.
8. Токсикоз с эксикозом. Этиология. Патогенез.
9. Виды и степени обезвоживания.
10. Осложнения и исходы.
11. Основные направления терапии.
12. Оральная и панентеральная регидратация.
13. Программа диетической коррекции больных с различной степенью эксикоза.
14. Профилактика первичного инфекционного токсикоза.

2. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задачи:
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте план лечения.
4. Укажите профилактические мероприятия при данном заболевании.
5. Проведите противоэпидемические мероприятия в очаге.

Задача №1

Пациент – ребёнок 1,5 месяцев. Мать жалуется на желтушное окрашивание кожи, отказ от груди. Анамнез заболевания: болен в течение трёх дней. У матери ребёнка во время беременности был выявлен HBs-антиген. В родильном доме ребёнок получил прививку БЦЖ. Объективный статус. При осмотре: состояние тяжёлое, рвота кофейной гущей, выражена желтушность кожи и склер, геморрагическая сыпь на коже живота и туловища, сознание спутанное. Печень +1 см. Селезёнка не пальпируется. Стул обесцвечен. Моча интенсивно прокрашивает пелёнку. Результаты анализов. Общий анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – 3,7×1012/л, цветовой показатель – 0,8, лейкоциты – 12,3×109 /л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 44%, лимфоциты – 37%, моноциты – 9%, СОЭ – 2 мм/ч. Анализ мочи: цвет тёмный, удельный вес – 1018, желчные пигменты +++, уробилин +. Анализ кала: стеркобилин – отрицательно. В крови HBsAg – положительный. Биохимический анализ крови: билирубин общий – 158 мкмоль/л, прямой – 70 мкмоль/л, непрямой – 88 мкмоль/л, общий белок – 58 г/л, альбумин – 46%, АлАТ – 219 ЕД/л, АсАТ – 230 ЕД/л. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 12%.

2) Разбор задачи по алгоритму:
1. Злокачественная форма вирусного гепатита В (перинатальная передача).
2. Диагноз «фульминантная форма вирусного гепатита В» поставлен на основании клинических данных: синдрома интоксикации – ребѐнок вялый, отказывается от груди, сознание спутанное; рвота кофейной гущей и геморрагии на коже; синдрома желтухи – выражена желтушность кожи и склер, стул обесцвечен, моча интенсивно тѐмного цвета; гепатомегалии – печень увеличена незначительно; а также результатов анализов: в биохимическом анализе крови – гипербилирубинемия за счѐт прямой и непрямой фракции при относительно невысоком повышении уровня трансаминаз, гипоальбуминемия, желчные пигменты в моче +++; отсутствие стеркобилина в кале; обнаружение HBsAg в крови. С учѐтом возраста ребѐнка (1,5 месяца) и анамнеза – обнаружение HBsAg в крови у матери во время беременности, отсутствие вакцинации от гепатита В в роддоме – предполагается перинатальная передача вируса гепатита В.
3. План лечения: Госпитализация в реанимационное отделение инфекционной больницы. -

Дробное кормление. - Виферон 150 тыс. по 1 свече 1 раз ректально. - Детоксикация: инфузия глюкозо-солевых растворов и коллоидов (5% раствор альбумина 10 мл/кг, Реополиглюкин) в соотношении кристаллоидов и коллоидов как 3:1. - Преднизолон до 10 мг/кг. - Ингибиторы протеолиза (Контрикал, Гордокс). - Энтеросорбенты. - Переливание свежезамороженной плазмы 10 мл/кг. - Экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферрез, гемосорбция). - Антикоагулянты под контролем МНО.

4. Профилактические мероприятия. Обследование беременных на HBsAg в 1 и 3 триместрах беременности. Беременные с хроническим гепатитом В (ГВ) подлежат наблюдению в областных (городских) перинатальных центрах, специализированных отделениях (палатах) роддомов с обеспечением строгого противоэпидемического режима. Новорождѐнным, родившимся от матерей-носителей HBsAg, больных ГВ или перенѐсших ГВ в третьем триместре беременности, вакцинация против ГВ проводится в соответствии с национальным календарѐм профилактических прививок по схеме 0-1-2-12. Все дети, родившиеся от женщин с вирусным ГВ и ХГВ и носителей ВГВ, подлежат диспансерному наблюдению врачом-педиатром участковым совместно с врачом-инфекционистом в детской поликлинике по месту жительства в течение одного года с биохимическим определением активности АлАТ и исследованием на HBsAg в 3, 6 и 12 месяцев. С целью предупреждения заражения ОГВ от беременных женщин-«носителей» HBsAg, а также больных ХГВ в женских консультациях, родильных домах проводятся: маркировка обменной карты, направлений к специалистам, в лабораторию, процедурный кабинет, пробирок с кровью, взятой для анализа.

5. Противоэпидемические мероприятия. Подача экстренного извещения не позднее 12 часов с момента выявления больного. Мероприятия в очаге инфекции: Текущая дезинфекция проводится. Заключительная дезинфекция – не проводится. Мероприятия в отношении контактных лиц. 1. Разобщение не проводится. Осуществляется медицинское наблюдение за контактными (дети и персонал в границах очага) в течение 6 месяцев с врачебным осмотром детей сразу после изоляции больного, а затем ежемесячно. 2. Эпидемиолог решает вопрос об обследовании детей и персонала в границах очага на наличие HBsAg и активность АлАТ сразу после регистрации больного. Обследование осуществляет территориальная поликлиника при консультации эпидемиолога. 3. Приѐм в группу детей, перенѐсших в период карантина какие-либо заболевания, осуществляется при предъявлении справки о состоянии здоровья и отрицательного результата обследования на HBsAg и активности АлАТ. 4. Эпидемиолог совместно с врачом учреждения решает вопрос о проведении вакцинации против ГВ. 5. В детских учреждениях (особенно закрытого типа) усиливают контроль за индивидуальным использованием предметов личной гигиены (зубные щѐтки, полотенца, носовые платки и другое). Допуск в коллектив: по выздоровлению, без дополнительного обследования

3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача №2

1. Ребёнок 5 лет (вес – 25 кг) заболел остро в 5 часов утра, когда внезапно появились обильная рвота и водянистый стул. В течение нескольких часов стул повторился 4 раза, был обильный. Появились судороги в икроножных мышцах, обморочное состояние. Из анамнеза было выяснено, что ребёнок накануне заболевания вернулся из туристической поездки в Индию, где находился с родителями в течение 7 дней. При осмотре ребёнок заторможен, на вопросы отвечает медленно. Температура – 36,1°С, руки и ноги холодные на ощупь. Кожные покровы бледные с серым оттенком, цианоз губ, акроцианоз. Глаза запавшие. Слизистая оболочка рта сухая, гиперемирована. Язык обложен белым налётом, сухой. Тургор мягких тканей и эластичность кожи снижены. Дыхание поверхностное, до 30 в минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Тоны сердца очень глухие, ритмичные. На верхушке сердца выслушивается мягкий систолический шум. ЧСС – 140 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, АД – 80/40 мм рт.ст. Живот втянут, при пальпации умеренно болезненный в околопупочной области. Печень, селезёнка не пальпируются. При осмотре были обильная рвота «фонтаном» и жидкий водянистый обильный стул по типу «рисового

отвара» без патологических примесей. Диурез снижен.

Задача №3

2. Ребёнок в возрасте полутора лет заболел остро, когда утром повысилась температура до 39°С. После приёма Парацетамола температура снизилась до 38,7°С и сохранялась на субфебрильных цифрах в течение суток. Отмечались слабость, вялость, отказ от еды. Ребёнок был очень сонлив, заторможен, постоянно спал. На второй день утром температура тела повысилась до 40°С. Мать заметила необильную розовую сыпь на коже бедер, ягодиц и вызвала скорую помощь. Ребёнок осмотрен врачом скорой медицинской помощи, который ввёл внутримышечно литическую смесь. При осмотре: состояние ребёнка расценено как тяжёлое. Температура – 38,5°С, ЧДД – 50 в минуту, ЧСС – 155 в минуту. АД – 90/50 мм рт.ст. В сознании, но очень вялый, на осмотр реагирует негативно, плачет. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, усиливающимся при беспокойстве. На ягодицах, задних поверхностях бёдер, голеней имеется необильная геморрагическая «звёздчатая» сыпь с некрозом в центре, размером от 0,5 до 1,5 см, не исчезает при надавливании. В ротоглотке отмечается гиперемия нёбных дужек, миндалин, зернистость задней стенки глотки, налетов нет. В лёгких дыхание учащено, жёсткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Последний раз мочился час назад. Стула не было. Менингеальных знаков нет.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Судорожный синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, неотложная помощь.
2. Гипертермический синдром – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, неотложная помощь.
3. Причины, патогенез, клинические синдромы первичного инфекционного токсикоза.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика первичного инфекционного токсикоза.
5. Лечение первичного инфекционного токсикоза.
6. Показания и особенности инфузионной терапии.
7. Коррекция сердечно-сосудистых расстройств и дыхательной недостаточности.
8. Токсикоз с эксикозом. Этиология. Патогенез.
9. Виды и степени обезвоживания.
10. Осложнения и исходы.
11. Основные направления терапии.
12. Оральная и панентеральная регидратация.
13. Программа диетической коррекции больных с различной степенью эксикоза.
14. Профилактика нейротоксикоза.

3) Подготовить реферат по данной теме:

1.Нейротоксикоз у детей.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС

1	2	3	4	5	6
11	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
22	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
7	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
8	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.5: «Белково -энергетическая недостаточность у детей»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с белково - энергетическая недостаточностью.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики расстройств питания и профилактики данных патологических состояний у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при 3 степени белково -энергетической недостаточности.

Задачи:

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразде-

лениях при хронических расстройствах питания.
Сформировать базовые знания о хронических расстройствах питания у детей.
Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1.Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Роль алиментарного фактора в развитии белково-энергетической недостаточности.
2. Причины количественного недоедания или частичного голодания детей, их роль в развитии белково-энергетической недостаточности.
3. Значение инфекционных и соматических заболеваний в развитии белково-энергетической недостаточности.
4. Патогенез белково-энергетической недостаточности.
5. Классификация белково-энергетической недостаточности.
6. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности I степени.
7. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности II степени.
8. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности III степени.
9. Этиология и патогенез внутриутробной белково-энергетической недостаточности.
10. Клинические проявления внутриутробной белково-энергетической недостаточности.
11. Прогноз при белково-энергетической недостаточности I, II и III степеней.
12. Диетотерапия детей с I степенью белково-энергетической недостаточности.
13. Диетотерапия детей с II степенью белково-энергетической недостаточности.
14. Диетотерапия детей с III степенью белково-энергетической недостаточности.
15. Витаминотерапия, ферментотерапия, применение элькара и эубиотиков при белково-энергетической недостаточности.
16. Этиология параторфий.
17. Патогенез паратрофий.
18. Клиника паратрофий.
19. Критерии диагностики.
20. Дифференциальная диагностика паратрофии с другими хроническими расстройствами питания.
21. Алгоритм лечебных мероприятий.
22. Схема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с паратрофией.
2.Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 6,5 мес., поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен.

Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови: НЬ - 99 г/л, Эр - $3{,}3\times10^{12}$,/л, Лейк - $8{,}1\times10^{9}$,/л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты— 1-2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.

Разбор по алгоритму:

1. Пренатально - постнатальная белково-энергетическая недостаточность 2 степени. Рахит 2 степени, подострое течение, стадия разгара, анемия 1 степени, дисбиоз кишечника, вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания.
2. Патология вследствие неправильного кормления ребёнка, раннее искусственное вскармливание, рано начат прикорм кашей и кефиром. Также неблагоприятно ОРВИ во время беременности.
3. Кал на дисбиоз, копрограмма, биохимическое исследование крови: щелочная фосфатаза, кальций и фосфор сыворотки.
4. Стол малюточный, расчет питания, кисломолочные продукты, железосодержащие препараты, вигантол, элькар, синбиотики, витамины.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6-и месяцев. Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребёнок от II беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина –

53 см. Искусственное вскармливание с 2-х месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Энфамил» 220 мл на приём, каша 180 – 200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3-х, 4-х, 5-и месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5-а месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 г, длина – 67 см, окружность грудной клетки – 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит, берёт игрушку из рук взрослого, хорошо ест с ложки. Кожа и слизистые чистые. Питание повышено, отмечается пастозность и снижение тургора тканей. Большой родничок 1×1 см, не напряжён. Зубов нет. Со стороны опорно – двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Стул 2 – 3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

Задача №3

Мать с ребёнком пришла к участковому педиатру на плановый профилактический осмотр. Девочке 2 месяца 25 дней. На последнем приёме были в месячном возрасте. Ребёнок на естественном вскармливании. В последние 2 недели стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, реже мочится. Родители здоровы. Беременность у матери первая, протекала с токсикозом II половины. При сроке 32-х недель перенесла бронхит. Роды в срок. Девочка закричала сразу. Оценка по шкале Апгар – 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3200 г, длина – 51 см. Из роддома выписана на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии. До настоящего времени ребёнок ничем не болел.

Антропометрия: масса тела – 4600 г, длина 57 см, окружность грудной клетки – 38 см. Температура тела 36,8°С. Кожа чистая, нормальной окраски. Подкожно – жировой слой практически отсутствует на животе, истончён на конечностях. Слизистые оболочки чистые, зев спокоен. Дыхание – пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 2 см из-под края ребёрной дуги. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, жёлтого цвета с кислым запахом.

При осмотре: ребёнок беспокоен, плачет. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Значение алиментарного фактора в развитии белково-энергетической недостаточности.
2. Причины количественного недоедания или частичного голодания детей, их роль в развитии белково-энергетической недостаточности.
3. Роль инфекционных и соматических заболеваний в развитии белково-энергетической недостаточности.
4. Патогенез белково-энергетической недостаточности.
5. Классификация белково-энергетической недостаточности.
6. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности I степени.
7. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности II степени.
8. Клинические проявления белково-энергетической недостаточности III степени.
9. Этиология и патогенез внутриутробной белково-энергетической недостаточности.

10. Клинические проявления внутриутробной белково-энергетической недостаточности.
11. Прогноз при белково-энергетической недостаточности I, II и III степеней.
12. Диетотерапия детей с I степенью белково-энергетической недостаточности.
13. Диетотерапия детей с II степенью белково-энергетической недостаточности.
14. Диетотерапия детей с III степенью белково-энергетической недостаточности.
15. Витаминотерапия, ферментотерапия, применение элькара и эубиотиков при белково-энергетической недостаточности.
16. Этиология параторфий.
17. Патогенез паратрофий.
18. Клиника паратрофий.
19. Критерии диагностики.
20. Дифференциальная диагностика паратрофии с другими хроническими расстройствами питания.
21. Алгоритм лечебных мероприятий.
22. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с паратрофией.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА РЕПАРАЦИОННОГО ПРИ БЕЛКОВО - ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ I СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:
   1) 1-2 дней
   2) 7- 10 дней
   3) 10 -12 дней
   4) до 14 дней
2. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА РЕПАРАЦИОННОГО ПРИ БЕЛКОВО - ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II СТЕПЕНИ
   СОСТАВЛЯЕТ:
   1) 3-7дней
   2) 10 дней
   3) до 4 недель
   4) до 8 недель
3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА РЕПАРАЦИОННОГО ПРИ БЕЛКОВО - ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ III СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:
   1) 7 дней
   2) 17дней
   3) 10 дней
   4) до 4 недель
4. ДЕФИЦИТ МАССЫ ПРИ I СТЕПЕНИ ПОСТНАТАЛЬНОЙ БЕЛКОВО - ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СОСТАВЛЯЕТ:
   1) 5-8%
   2) 8-10%
   3) 10-20%
   4) 20-30%
   5) более 30%

Эталоны ответов:
1- 2) 2-3) 3-4) 4- 3)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Паратрофии у детей.

Рекомендуемая литература:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема2.6. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Дисахаридазная недостаточность. Экссудативная энтеропатия. Дифференциальная диагностика основных групп заболеваний, тактика ведения, подбор терапии.

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при синдроме нарушенного кишечного всасывания, дисахаридазной недостаточности, при экссудативной энтеропатии.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики синдрома нарушенного кишечного всасывания, дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при при синдроме нарушенного кишечного всасывания, дисахаридазной недостаточности, при экссудативной энтеропатии.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при при синдроме нарушенного кишечного всасывания, дисахаридазной недостаточности, при экссудативной энтеропатии.

Сформировать базовые знания о наследственных заболевания, проявляющихся синдромом нарушенного кишечного всасывания, знания о дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Клинические признаки синдрома мальабсорбции (дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии), особенности наследственных и приобретенных форм.
2. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.
3. Патогенез эксудативновой энтеропатии.
4. Диагностика эксудативной энтеропатии.
5. Клиника энтеропатии и дисахаридазной недостаточности.
6. Терапевтическая тактика и диета при дисахаридазной недостаточности и энтеропатии.
7. Диспансерное наблюдение, прогноз.
8. Принципы и методы реабилитации детей с энтеропатией.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) **Пример задачи с разбором по алгоритму:**

Задача №1

Девочка, 5,5 месяцев, от 1 беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, родилась в срок, с массой тела 3000 г, длиной 50 см, выписана из роддома на 7 день, с массой тела 2500 г. С первых дней полсе выписки мать обратила внимание на частый, до 15 раз в день жидкий пенистый стул. За 5 мес. прибавка в весе 2000 г. В поликлинике неоднократно проводилось исследование кала на патогенную флору. Посевы были отрицательные. При поступлении в инфекционную больницу по поводу жидкого стула ребенок пониженного питания с симптомами рахита 1 степени, гипотрофии 1 степени. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см. Стул 12 раз в сутки, жидкий, пенистый. дизурических изменений нет. Психическое состояние соответствует возрасту. Анализ периферической крови и мочи соответствует возрасту. В копрограмме неперевареные мышечные волокна, крахмал в значительном количестве.

1. Дисахаридозная первичная недостаточность (дефицит лактозы)
2. Дефицит или отсутствие фермента лактазы, наследственный характер.
3. Исследование кала на углеводы. pH кала должна быть положительная реакция (0,5%) при норме 0,25, pH снижена (5,0)

Суточная экскреция углеводов в кале — увеличена

Хроматографическое исследование углеводов кала, их идентификацию — как лактоза

Исследование хлоридов в коже — нормальные показатели

4. Перевод на гиполактозную диету — заметное улучшение состояния

Безлактозная диета. Замена грудного молока на кислые и низколактозные смеси

5. «Д» - длительность индивидуально, срок неопределённый.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Синдром мальабсорбции (целиакия, кишечной формы муковисцидоза, дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии), особенности наследственных и приобретенных форм.
2. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.
3. Этиология и патогенез глютеновой энтеропатии.
4. Диагностика глютеновой энтеропатии.
5. Клиника глютеновой энтеропатии.
6. Лечение и диета при глютеновой энтеропатии.
7. Диспансерное наблюдение, прогноз.
8. Методы реабилитации детей с дисахаридазной недостаточностью.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. БОЛЬНЫЕ С ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕ ПЕРЕНОСЯТ:

1) моносахара
2) микроэлементы
3) витамины
4) глютен

2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЭКСУДАТИВНОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ НЕОБХОДИМО:

1) дизентерию
2) дисахаридазную недостаточность
3) неспецифический язвенный колит
4) сепсис

3. ДЛЯ ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТИПИЧНЫ:
1) гипертермия
2) судороги
3) потеря массы тела
4.ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОИ ЭНТЕРОПАТИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:
1) диарея
2) полифекалия
3) отечный синдром
4) гипертермия
5. ПРИ ЦЕЛИАКИИ В ПИТАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:
1) рис
2) пшеница
3) рожь
4) овес
Эталоны ответов:
1- 1) 2- 2) 3- 3) 4- 2) 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Дисахаридазная недостаточность.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача

5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед. вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема2.7. «Целиакия»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при целиакии.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики при целиакии у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при

при целиакии**.**

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при целиакии.

Сформировать базовые знания о наследственных заболеваниях, в том числе о целиакии.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Клинические признаки синдрома мальабсорбции (целиакии, кишечной формы муковисцидоза, дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии), особенности наследственных и приобретенных форм.

2. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.
3. Патогенез глютеновой энтеропатии (целиакии).
4. Диагностика глютеновой энтеропатии (целиакии).
5. Клиника глютеновой энтеропатии (целиакии).
6. Терапевтическая тактика и диета при глютеновой энтеропатии (целиакии).
7. Диспансерное наблюдение, прогноз.
8. Принципы и методы реабилитации детей с глютеновой энтеропатией (целиакией).

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 3 лет, на приеме у гастроэнтеролога с жалобами матери на недостаточную прибавку ребенка в весе, задержку физического развития, полифекалию, сниженный аппетит. Анамнез заболевания: примерно с 6-месячного возраста у ребенка появилась немотивированная плаксивость, вялость, которая порой сменялась приступами беспокойства и агрессивности. С этого же времени участился стул, стала отмечаться недостаточная прибавка в массе тела, появилась мышечная гипотония. Несмотря на указанные жалобы и симптомы, педиатр порекомендовал матери провести обследование ребенка после года. При этом питательный рацион постепенно расширялся, и в 9-месячном возрасте после введения печенья отмечено резкое ухудшение состояния: появилась полифекалия, наросли признаки рахита, отмечена потеря ранее приобретенных навыков. В 2 года был перелом голени. В возрасте 2 лет 8 мес был установлен диагноз:

Хронический энтероколит. По поводу данного заболевания ребенок на протяжении 4-х месяцев постоянно получает сорбенты, ферментативные препараты, противомикробные препараты, но без видимого33 клинического эффекта. Направлен на консультацию к гастроэнтерологу для решения вопроса о проведении обследования и уточнения диагноза.

Анамнез жизни: мальчик от 2 беременности, протекавшей с угрозой прерывания на ранних сроках. Роды II в срок, путем кесарева сечения, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. До 4х-месячного возраста находился на естественном вскармливании, в 4 месяца введен первый прикорм рисовой кашей, а также яблочный, виноградный сок без сахара, овощные и фруктовые пюре; в 5,5 мес – овсяная каша. До этого времени рос и развивался соответственно возрасту. При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Вес 12,7 кг, рост 90 см. Обращает на себя внимание бледность и сухость кожи, выраженные костные деформации, множественный кариес, мышечная гипотония. Со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем патологических отклонений не выявлено. Живот увеличен в размерах, вздут, при глубокой пальпации выражено «урчание» по ходу кишечника, определяется спазмированная сигмовидная кишка. Стул 4-5 раз в сутки, зловонный, полифекалия.

Разбор по алгоритму:

1. Целиакия, типичная форма.
2. Протеолитическая недостаточность, высокая проницаемость слизистой оболочки кишечника, иммунная и генетическая теории.
3. 1) Серодиагностика: наличие антиглиадиновых АТ (IgA, IgG) – ИФА.
   2) Иммунологические тесты: Т – лимфоциты в крови, конц-ии IgG, IgM в сыворотке, уровень лизоцима.
   3) Копрограмма
   4) Б/х крови: ОБ, альб., ХС, фосфолипиды, Na, K, Ca, P, Fe, Mg, вит. К, фолиевая кислота,

липаза, трипсин, амилаза.

5) Rg: верхних отделов тонкого кишечника, залуковичный отдел ДПК.; конечностей; УЗИ органов брюшной полости; энтеробиопсия.

4. Диета безглютеновая пожизненно, панкреатические ферменты, поливитамины с микроэлементами, симбиотики, симптоматическая терапия.

5. С «Д» учета не снимается.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Ребенок 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500 г, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее — искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался хорошо. В возрасте 1 года вес 10500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см, тургор тканей снижен. Кожные покровы — бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке, рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ- 112 г/л, Эр — $3{,}6x10^{12}$/л, Ц.п. — 0,9, Тромб — $216x10^{9}$/л; Лейк — $4{,}3x10^{9}$/л; п/я — 4%, с/я — 64%, э — 1%, л — 27%, м -4%, СОЭ — 2 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, реакция — кислая, эпителий — единичный; Л — 1-2 в п/з; Эр — нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 58 г/л, альбумины — 40%, глобулины: aj — 5%, a_2 — 10%, р — 20%, у — 25%; мочевина — 3,7 ммоль/л, билирубин — 7,0 мкмоль/л, холестерин — 1,9 ммоль/л, калий — 3,7 ммоль/л, натрий — 140 ммоль/л, кальций ионизир. — 0,54 ммоль/л, фосфор — 0,93 ммоль/л, глюкоза — 4,7 ммоль/л; ЩФ — 830 Ед/л (норма 220-820).

Копрограмма: форма кашицеобразная, цвет — желтый, слизь и кровь — отсутствуют, мышечные волокна — немного, нейтральные жиры — единичные, жирные кислоты — много, крахмал — много.

Лилокарпиновая проба: хлориды пота — 39 мэкв/л. *Рентгенография брюшной полости:* в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

Анализ кала на дисбактериоз: общее количество кишечной палочки — $3хЮ^{8}$ (норма $3хЮ^{8}$-$4x10^{8}$), кокковая флора — 10% (норма до 25%), бифидобактерии — 10^{2} (норма более 10^{7}).

Липидограмма крови: общие липиды — 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды — 90 мг% (норма 100-160), триглицериды — 108 мг% (норма 160-190).

Липидограмма кала: общие липиды — 1380 мг% (норма 790), моно-глицериды — 173 мг% (норма 0), диглицериды — 53 мг% (норма 38).

УЗИ органов брюшной полости: печень — увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

Эзофагогастродуоденоеюноскопия: пищевод и желудок не изменены, двенадцатиперстная кишка обычного вида, начальные отделы тощей кишки — слизистая оболочка сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Взята биопсия.
Исследование кала на сывороточный белок: реакция положительная.
Исследование кала на углеводы: реакция положительная.
Тест с Д-ксилозой: через 30 минут — 1,2 ммоль/л; через 60 минут -1,5 ммоль/л; через 120 минут — 1,3 ммоль/л.
Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Синдром мальабсорбции (целиакия, кишечной формы муковисцидоза, дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии), особенности наследственных и приобретенных форм.
2. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции.
3. Этиология и патогенез глютеновой энтеропатии (целиакии).
4. Диагностика глютеновой энтеропатии (целиакии).
5. Клиника глютеновой энтеропатии (целиакии).
6. Лечение и диета при глютеновой энтеропатии (целиакии).
7. Диспансерное наблюдение, прогноз.
8. Методы реабилитации детей с глютеновой энтеропатией (целиакией).
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. БОЛЬНЫЕ ЦЕЛИАКИЕЙ НЕ ПЕРЕНОСЯТ:
    1) моносахара
    2) микроэлементы
    3) витамины
    4) глютен
2. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ЦЕЛИАКИЕЙ НЕОБХОДИМО:
    1) дизентерию
    2) дисахаридазную недостаточность
    3) неспецифический язвенный колит
    4) сепсис
3. ДЛЯ ЦЕЛИАКИИ ТИПИЧНЫ:
    1) гипертермия
    2) судороги
    3) потеря массы тела
4. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОИ ЭНТЕРОПАТИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:
    1) диарея
    2) полифекалия
    3) отечный синдром
    4) гипертермия
5. ПРИ ЦЕЛИАКИИ В ПИТАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:
    1) рис

2) пшеница
3) рожь
4) овес
Эталоны ответов:
1- 4) 2- 2) 3- 3) 4- 2) 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Целиакия.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед. вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

	детей».				

Тема 2.8. «Миокардиты, фиброэластоз у детей раннего возраста»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи детям младшего возраста с миокардитом, фиброэластозом.

Задачи:

Рассмотреть систематизировать и углубить знания по вопросам диагностики, дифференциальной диагностики и лечения миокардитов, фиброэластоза у детей раннего возраста.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при врожденных миокардитах, показаниям и особенностям инфузионной терапии.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при миокардитах, фиброэластозе.

Сформировать базовые знания в данной области педиатрии, в том числе знания по теме миокардиты, фиброэластоз.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных с врожденными кардитами; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с врожденными кардитами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. На основании чего врожденные кардиты относят к неревматическим кардитам.
2. Приведите классификацию неревматических кардитов.
3. Назовите наиболее частых возбудителей врожденных кардитов.
4. Охарактеризуйте основные патогенетические механизмы развития ранних и поздних врожденных кардитов.
5. Чем обусловлены значительные морфологические различия при ранних и поздних врожденных кардитах.
6. На основании каких критериев можно заподозрить врожденный кардит у новорожденного ребенка.
7. Перечислите возможные клинические проявления врожденных кардитов у детей.
8. Что является ведущим в клинике раннего врожденного кардита и чем это обусловлено.

9. Какие обследования необходимо назначить ребенку с подозрением на врожденный кардит для верификации диагноза.
10. Какие изменения следует ожидать в данных лабораторного обследования у ребенка с поздним врожденным кардитом и как это можно объяснить.
11. Какие впервые выявленные изменения в биохимическом анализе крови и на ЭКГ могут указывать на диагноз кардита у ребенка?

2. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задачи:
1. Поставьте диагноз в соответствии с классификацией.
2. Обоснуйте какой этиологии данное заболевание.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести.
4. Назначьте план лечения.
5. Какие изменения на ЭКГ могут быть.

Задача №1

Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура -37,2-37,5°С в течение 2 дней. С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать «ходить ножками». Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ - 100 г/л, лейкоциты - 6,4х10^9/л, п/я -2%, с - 43%, э - 1%, б - 1%, м - 3%, л - 40%, СОЭ - 11 мм рт.ст. С диагнозом: «Железодефицитная анемия» ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует, Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голенях — отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах — влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 ударов в мин. Печень +7 см по правой среднеключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии: *Общий анализ крови:* НЬ - 100 г/л, Лейк - 6,3х10^9/л, п/я - 2%, с -48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м- 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

2) Разбор задачи по алгоритму:
1. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖН II Б степени.
2. Предположительно, заболевание вирусной этиологии. Вирусы: Коксаки, А, В, ECHO, гриппа аденовирусы, парагрипп и др.
3. УЗИ сердца и брюшной полости, мониторирование ЭКГ, рентген грудной клетки с определением КТИ, измерение АД, ФКГ, биохимический анализ крови (с определением $ЛДГ_1$ и $ЛДГ_2$, активности витаминно-оксалатной пероксидазы, активности КФК.
4. Стационарный этап: ограничение двигательной активности 2-4 недели, продукты богатые солями калия. Преднизолон 0,7-1,5 мг/кг на 2-4 недели. Аспаркам (1/3 драже) или панангин, трентал в возрастной дозировке. Дигоксин (доза насыщения 0,04-0,05 мг/кг даётся 2-3 дня).

Верошпирон 3-5 мг/кг, сальуретики (лазикс). В амбулаторных условиях: рибоксин (2 мес), оротат калия, вит. В, ретаболил (не ранее 1,5-2 мес от начала заболевания).
3. ЭКГ: наиболее частыми признаками является снижение вольтажа комплексов QRS во всех отведениях, нарушения ритма и проводимости (синусовая тахи- и брадикардия, экстрасистолия, особенно политопная, пароксизмальная тахикардия, атриовентрикулярные блокады). Могут быть признаки перегрузки левого желудочка и предсердия, перегрузка правого желудочка, диффузные изменения миокарда – сглаженный или отрицательный зубец Т в стандартных или грудных отведениях. В ряде случаев возникают инфарктоподобные изменения на ЭКГ: глубокие зубцы Q в I, aVL, V5-V6 отведениях в сочетании с отрицательным зубцом Т и приподнятым сегментом ST, а также отсутствие увеличения зубца R в V1-V4.
ЭХОКГ: дилатация полостей сердца, снижение сократительной способности миокарда, КДО, ↓ ФВ.
3) Задачи для самостоятельного разбора:

Задача №2

Больной К, 17 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке и в покое, тяжесть в правом подреберье. Болеет около 4 лет. Неоднократно лечился в стационаре с кратковременным эффектом.
При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, пастозность голеней и стоп. Систолический шум над верхушкой сердца и по левому краю грудины, мерцательная аритмия с дефицитом пульса 20 в/. В задненижних отделах легких ослабленное дыхание. Печень выступает из-под реберной дуги на 5-6см.
Данные ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, комбинированная гипертрофия миокарда, сложные нарушения ритма сердца и проводимости.
Данные ЭхоКГ: полости обеих желудочков и левого предсердия значительно расширены, клапаны не изменены, сократительная функция миокарда снижена. В результате рентгенологического исследования изменений в легких не обнаружено. Сердце значительно расширено в поперечнике, талия не дифференцируется. Контрастированный пищевод отклоняется кзади пологой дугой.
Ваш диагноз? Каково значение ЭхоКГ в данном случае? Ваша врачебная тактика. Показаны ли сердечные гликозиды?

Задача №3

Больной К, 15 лет, направлен в клинику по поводу выраженной одышки в положении лежа, давящую боль за грудиной. Начало заболевания связывает с перенесенным гриппом. В анамнезе: в раннем детстве перенес бронхоаденит. Поступил в клинику с диагнозом «инфекционно-аллергический миокардит». Лечение сердечными гликозидами и мочегонными эффекта не дало.
При осмотре: положение больного вынужденное – сидит с опущенными ногами, наклонив вперед туловище, лицо одутловатое, цианотичное, набухшие шейные вены. Пульс 100 в/, ритмичный, тоны сердца глухие. Верхушечный толчок не определяется. Границы резко расширены влево и вправо. Рентгенологически обнаружено значительное увеличение размеров сердечной тени в обе стороны и признаки венозного застоя в легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов.
Анализ крови: СОЭ 36 мм/ч. Анализ мочи: без особенностей. Ваш диагноз? Какова этиология заболевания? Какие необходимы дополнительные методы исследования? Ваша врачебная тактика?

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Определение миокардита.
2. Этиология неревматических кардитов.
3. Патогенез миокардитов, фиброэластоза.
4. Классификация миокардитов.
5. Клиническая картина острого миокардита.
6. Клиническая картина подострого миокардита.
7. Клиническая картина хронического врожденного миокардита.
8. Критерии диагностики неревматических кардитов.
9. Лабораторно - инструментальные методы исследования при диагностике кардита.
10. Дифференциальный диагноз неревматических кардитов с ревматическими кардитами.
11. Лечение миокардитов. Стационарный и амбулаторный режимы. Диетотерапия. Медикаментозные методы лечения.
12. Санаторно-курортное лечение детей с неревматическими кардитами.
13. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение перикардитов.
14. Диспансерное наблюдение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для приобретенного кардита нехарактерно:
а) утолщение ногтевых фаланг рук и ног в виде барабанных палочек;
б) изменение ногтей в виде часовых стекол;
в) стойкий цианоз;
г) усиление пульса;
д) все перечисленное.
2. Для уточнения диагноза кардита необходимы:
а) анамнез пренатального развития;
б) сведения о наследственности;
в) результаты эхокардиографии и фонокардиографии;
г) данные рентгенографии органов грудной клетки;
д) все перечисленное.
3. Для кардита типичны все признаки, кроме:
а) одышки инспираторного характера с рождения;
б) нормальной массы ребенка при рождении;
в) малой прибавки массы ребенка на первом году жизни;
г) стойкого систолического шума в сердце;
д) склонности к респираторным инфекциям.
4. В лечебные мероприятия при недостаточности кровообращения не входит:
а) постельный режим;
б) диета;
в) прием сердечных гликозидов;
г) прием препаратов калия;
д) прием мочегонных препаратов;
е) прием кардиотрофных препаратов;
ж) инсулинотерапия;
з) прием периферических вазодилататоров
Ответы: 1 — г; 2 — д; 3 — а; 4 — ж.

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Фиброэластоз у детей раннего возраста.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.9. «Врождённые и наследственные заболевания почек у детей. Нефропатии. Наследственный нефрит»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при врожденных и наследственных заболеваниях почек у детей, при нефропатии, наследственном нефрите.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний мочевыделительной системы: врожденные и наследственные заболевания почек у детей, нефропатии, наследственный нефрит.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при врожденных и наследственных заболеваниях почек у детей, при нефропатии, наследственном нефрите.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях мочевыделительной системы, таких как: врожденные и наследственные заболевания почек у детей, нефропатии, наследственный нефрит.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии по теме: врожденные и наследственные заболевания почек у детей, нефропатии, наследственный нефрит.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Классификация наследственных и врождённых нефропатий.
2. Понятие о наследственном нефрите.
3. Патогенез наследственного нефрита.
4. Формы наследственного нефрита.
5. Клиническая картина наследственного нефрита.
6. Лечение ребёнка при наследственном нефрите.
7. Прогноз при наследственном нефрите.
8. Понятие о дисметаболической нефропатии.
9. Диагностика дисметаболической нефропатии.
10. Клиническая картина при дисметаболической нефропатии – оксалурии, при уратурии.
11. Диета и лечение.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.

5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 8 лет, поступил в отделение в связи с изменениями в анализах мочи, тугоухостью. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, вторых родов (первый ребенок, мальчик, умер в возрасте 11 лет от почечной недостаточности, страдал снижением слуха с 3 лет). Настоящие роды в срок. Масса при рождении 2800 г, длина 50 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал без особенностей. Болел ОРВИ редко (2-3 раза в год)

В 3 года после перенесенного ОРВИ в моче были выявлены: гематурия, незначительная лейкоцитурия, протеинурия до 600 мг/сут. С диагнозом «хронический нефрит, гематурическая форма» мальчик неоднократно лечился по месту жительства, эффекта не было. Стал отставать в физическом развитии. При поступлении в нефрологическое отделение состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Масса тела 20 кг. Подкожно – жировой слой развит плохо. Отеков, пастозности нет. АД 105/55 мм рт. ст. Отмечаются стигмы дизэмбриогенеза: гипертелоризм, эпикант, высокое небо, аномальная форма ушных раковин, искривление мизинца. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Общий анализ крови: *Hb – 110 г/л, Эр – 3,5×10 ^{12} /л, Лейк – 8,5×10^{9}/л, п/я – 2%, с -66%, э – 1%, л - 23%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.*

Общий анализ мочи: *белок – 0,9‰, лейкоциты – 6-7 в п/з, эритроциты – покрывают все поле зрения, относительная плотность – 1,007.*

Проба по Зимницкому: *колебания относительной плотности от 1,002 до 1,008; ДД – 250 мл, НД – 500 мл.*

Биохимический анализ крови: *общий белок – 70 г/л, холестерин –5,3 ммоль/л, мочевина – 4,3 ммоль/л, калий –4,1 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л. глюкоза – 4,3 ммоль/л.*

Клиренс по эндогенному креатинину: *75 мл/мин.*

Внутривенная урография: *правосторонняя пиелоэктазия, нерезко выраженная дилатация чашек, асимметрия размеров почек*

Аудиометрия: *выявлено снижение слуха на высоких частотах.*

Консультация окулиста: *диагностированы катаракта I степени, миопия.*

Разбор по алгоритму:

1. Синдром Альпорта.
2. Наследственный нефрит.
3. Проба Реберга, креатинин, мочевина в динамике, УЗИ почек.
4. Стол № 5 с исключением острых, солёных блюд, дезагреганты, делагил или плаквенил, витамины А и Е, препараты железа

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 12 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, сниженный аппетит, отёки. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атоническим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери -бронхиальная астма.

Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины,

левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.
Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, Эр - 5,2х10^{12}/л, Тромб. -416,0х10^{9}/л, Лейк - 9,8х10^{9}/л, п/я - 3%, с -36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0%о, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.
Биохимический анализ крови: общий белок - 48 г/л, альбумины -20 г/л, СРВ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий -137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 96 ммоль/л (норма - до 100 ммоль/л)
Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.
Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.
УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.
Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/суг (норма – до 17).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Наследственные и врождённые нефропатии.
2.Классификация наследственных и врождённых нефропатий.
3.Понятие о наследственном нефрите.
4.Патогенез наследственного нефрита.
5.Формы наследственного нефрита.
6.Клиническая картина наследственного нефрита.
7.Лечение при наследственном нефрите.
8.Прогноз при наследственном нефрите.
9.Понятие о дисметаболической нефропатии.
10.Диагностика дисметаболической нефропатии.
11.Клиническая картина при дисметаболической нефропатии – оксалурии, при уратурии.
12.Диета и лечение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ (СИНДРОМ АЛЬПОРТА) ПРОТЕКАЕТ С:
   1) гематурией
   2) лейкоцитурией
   3) тугоухостью
   4) интоксикацией
   5) прогрессирующим снижением функции почек
2. ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ ИМЕЕТСЯ:
   1) снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
   2) нарушенное кишечное всасывание
   3) повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону

4) незрелость ферментов печени

Эталоны ответов: 1. – 3) 2. – 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Дизметаболические нефропатии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностка первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача

Тема 2.10. «Тубулопатии»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при тубулопатиях.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики тубулопатий у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при такой патологии почек, как тубулопатии.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях мочевыделительной системы с поражением канальцев почек.

Сформировать базовые знания в области детской нефрологии, а именно знания по тубулопатиям.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятие о тубулопатиях.
2. Клиссификация тубулопатий в зависимости от ведущих клинических синдромов.
3. Фосфат-диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
4. Синдром Дебре – де Тони – Фанкони: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
5. Почечный тубулярный ацидоз. Основные клинико-лабораторные критерии тубулярного ацидоза I и II типа, лечение.
6. Почечный несахарный диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
7. Почечный солевой диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
8. Почечная глюкозурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
9. Цистинурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
10. Глицинурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
11. Иминоглицинурия: патогенез, клиническая картина.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек?
4. Назначьте лечение., опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 4 лет от первой беременности, протекавшей с выраженным токсикозом первой половины. Роды в срок. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Рос и развивался удовлетворительно. Зубы с 8 месяцев. На первом году жизни с профилактической целью получал витамин D_3. Ходит с 1 года 3 месяцев. Большой родничок закрыт с 1 года 6 месяцев. Часто болеет ОРВИ. Аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: у отца с детства выражена варусная деформация нижних конечностей, низкорослость; мать здорова.

В 1 год 3 месяца у ребенка появилась умеренная деформация голеней. По рекомендации ортопеда получал массаж, соленые ванны, препараты кальция. К концу второго года жизни походка стала "утиной", варусная деформация нарастала. На третьем году жизни проводились противорахитические мероприятия: витамин D_3 в курсовой дозе 600 000 МЕ, массаж, ЛФК, препараты кальция. В возрасте 3 лет направлен на консультацию в нефроурологический центр.

При поступлении жалобы на утомляемость, боли в ногах и позвоночнике при нагрузке. Походка "утиная". Рост 87 см. Выражена варусная деформация голеней и бедер, мышечная гипотония, "браслетки", реберные "четки", увеличение коленных и голеностопных суставов.

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л, Эр - $3,8x10^{12}$/л, Лейк - $6,0x10^{9}$/л, Тромб. - $280,0x10^{9}$/л, п/я - 2%. с - 33%, э - 1%, л - 52%, м - 12%, СОЭ - 9 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, ЩФ - 952 Ед (норма - до 600), кальций общий - 2,3 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,02 ммоль/л, фосфор - 0,75 ммоль/л, мочевая кислота - 0,31 ммоль/л, мочевина - 4,6 ммоль/л, креатинин - 0,1 мкмоль/л (норма - до 0,11).

Биохимический анализ мочи: оксалаты - 22,8 мг/сут (норма - до 17), фосфор - 46 мг/кг/сут (норма - до 20), кальций - 3,9 мг/кг/сут (норма 1,5 - 4,0).

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 80х25х10 мм, правая - 82х24х11 мм. Эхогенность паренхимы не изменена.

КОС: pH - 7,21; BS - 20,3 ммоль/л, BE - 9.

Рентгенография трубчатых костей: общий остеопороз, варусная деформация голеней, бедер, расширение метафизов, больше в медиальных отделах, склерозирование диафизов.

Разбор по алгоритму:

1. Фосфат-диабет.
2. наследственный характер.
3. Проба Реберга, креатинин, мочевина в динамике, УЗИ почек.
4. Стол ЩД с исключением острых, солёных блюд, дезагреганты, делагил или плаквенил, витамины А и Е, препараты железа.
5. До перевода во взрослую сеть.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 11 лет, поступил в стационар с жалобами на сниженный аппетит, отёки., слабость.
Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания на 3-м месяце. Роды в срок. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см. На грудном вскармливании до 2 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атоническим дерматитом до 3 лет. Перенес ветряную оспу, часто болел ОРВИ.
Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери -бронхиальная астма.
Ребенок заболел через 16 дней после перенесенного гриппа. Появился отечный синдром. В дальнейшем отеки нарастали, уменьшился диурез.
При поступлении в стационар состояние средней тяжести. АД 95/45 мм рт.ст. ЧСС - 82 уд/мин. Кожные покровы бледные. Выраженная отечность лица, голеней, стоп, передней брюшной стенки, поясничной области. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой средне -ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Выделил за сутки 300 мл мочи.
Общий анализ крови: НЬ - 159 г/л, Эр - $5,0x10^{12}$/л, Тромб. -$416,0x10^{9}$/л, Лейк - $9,8x10^{9}$/л, п/я

- 3%, с -36%, э - 7%, л - 54%, СОЭ - 37 мм/час.
Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,028, белок - 6,0%о, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - 0-1 в п/з, бактерии - мало.
Биохимический анализ крови: общий белок - 46 г/л, альбумины -20 г/л, СРВ - ++, серомукоид - 0,44, холестерин - 10,9 ммоль/л, общие липиды - 13,2 г/л (норма - 1,7-4,5), калий - 3,81 ммоль/л, натрий -137,5 ммоль/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, креатинин - 95 ммоль/л (норма - до 100 ммоль/л)
Клиренс по эндогенному креатинину: 80,0 мл/мин.
Коагулограмма: фибриноген - 4,5 г/л, протромбин - 130%.
УЗИ почек: почки расположены правильно, эхогенность коркового слоя умеренно диффузно повышена.
Биохимический анализ мочи: белок - 2,5 г/сут (норма - до 200 мг/сут), оксалаты - 28 мг/суг (норма – до 17).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дать определение тубулопатии.
2. Клиссификация тубулопатий в зависимости от ведущих клинических синдромов.
3. Фосфат-диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
4. Синдром Дебре – де Тони – Фанкони: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
5. Почечный тубулярный ацидоз. Основные клинико-лабораторные критерии тубулярного ацидоза I и II типа, лечение.
6. Почечный несахарный диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
7. Почечный солевой диабет: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
8. Почечная глюкозурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
9. Цистинурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
10. Глицинурия: патогенез, клиническая картина, диагноз, лечение.
11. Иминоглицинурия: патогенез, клиническая картина.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРИ ФОСФАТ-ДИАБЕТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:
1) низкий уровень паратгормона в сыворотке крови
2) нарушение реабсорбции фосфатов в проксимальных канальцах почек
3) нарушение утилизации глюкозы из-за дефицита макроэргов
4) гиповитаминоз д2
5) гиперфосфатурия
2. ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ ТОНИ-ДЕБРЕ-ФАНКОНИ ИМЕЕТСЯ:
1) снижение реабсорбции аминокислот, глюкозы, фосфатов из проксимальных канальцев
2) нарушенное кишечное всасывание
3) повышенная чувствительность эпителия почечных канальцев к паратгормону
4) незрелость ферментов печени

Эталоны ответов: 1. – 2) и 5) 2. – 1)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Тубулопатии.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
4	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соав	2009 Киров	90	Нет
5	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача

Тема 2.11. «Биоценоз, дисбиоценоз, дисбиоз. Коррекция дисбиоза»
Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при нарушениях биоценоза.
Задачи:
Рассмотреть вопросы диагностики проблем пищеварительной системы и состояний, связанных с дисбиозом у детей.
Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики состояний при дисбиозе.
Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при заболеваниях пищеварительной системы, протекающих с дисбиозом.
Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии, в частности знания по коррекции дисбиоза.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1.Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Понятия о функциональных нарушениях желудочно – кишечного тракта**.**
2. Этиология функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта: роль алиментарных погрешностей, пищевой аллергии, применение некоторых лекарственных препаратов, нервно-психических факторов, нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Патогенез функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта, в частности дисбиоза.
4. Клиническая картина дисбиоза.
5. Критерии диагностики.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз дисбиоза и хронического гастродуоденита, панкреатита, ДЖВП, холецистохолангита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
8. Лечение дисбиоза (стационарный и амбулаторный режимы, диетотерапия, медикаментозные методы лечения).
9.Программу лечения, включающую диеты, медикаментозное лечение (про-, пре- и синбиотики, ферментные препараты и заместительная терапия, сорбенты, нормализаторы моторики), санаторно-курортное лечение.
2. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 6,5 мес., поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Пе-

риод новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

***Общий анализ крови**: НЬ - 99 г/л, Эр - 3,3×1012/л, Лейк - 8,1×109/л, п/я - 4%, с -49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.*

***Общий анализ мочи**: реакция - кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.*

***Бактериологическое исследование кала**: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк — не выделены.*

Разбор по алгоритму:

1.пренатально – постнатальная гипотрофия 2 степени, рахит 2 степени, подострое течение, стадия разгара, анемия 1 степени, функциональные нарушения ЖКТ – дисбиоз кишечника, вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания.

2. Неблагоприятное течение беременности – токсикоз, пересенное ОРВИ на 33 неделе.

Родился в асфиксии, раннее и неправильное искусственное вскармливание, неправильное введение прикормов, антибиотикотерапия в 2 месяца.

3.Копрграмма, кал на дисбиоз, УЗИ органов брюшной полости, эхокардиография, нейросонография, биохимический анализ крови.

4. Адаптированныя смесь 6 раз, расчёт питания сначала на фактическую массу, затем на долженствующую, затем переход на 5 разовое питание адаптированной смесью и постепенное введение прикормов. Элькар, вигантол, препараты железа, синбиотики, ферменты.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 12 лет, предъявляет жалобы на острую боль в животе, локализующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.

Ребёнок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец – хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) – калькулезный холицестит. Осмотр: ребёнок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно – сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 +2 +в/3. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).

***Общий анализ крови**: Hb - 130 г/л; Эр - 4×1012/л; Ц.п. - 0,95; Лейк - 10,0×109/л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%; СОЭ – 15 мм/час.*

Общий анализ мочи: *цвет – светло -желтый, прозрачность полная; pH – 6,5; плотность - 1025; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет, желчные пигменты -(+++).*
Биохимический анализ крови: *общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 -3%, α2 - 12%, β - 12%, γ - 18%, АлАТ, - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -5 ед, билирубин -32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.*
УЗИ органов брюшной полости: *печень – контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь – стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа – гетерогенная эхогенность; головка – 19 мм (норма 18), тело –15 мм (норма 15), хвост – 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.*

Задача № 3

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.
Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.
Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +0 +1 +в/3, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный I раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".
Общий анализ крови*: НЬ - 132 г/л; Эр - 4,4х1012/л; Ц.п. - 0,9; Лейк -7,3х109/л; п/я -3% с/я - 47%, л-38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.*
Общий анализ мочи*: цвет - светло-желтый, pH - 5,5; прозрачная; плотность -1019; белок -нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного соли - небольшое количество оксалатов.*
Биохимический анализ крови*: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, Ал АТ -32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, ЩФ -140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120).*
Эзофагогастродуоденофиброскопия: *слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая ан-трального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на HP.*
Биопсийный тест на HP*: (++).*
Дыхательный уреазный тест*: положительный.*
УЗИ органов брюшной полости*: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65х38 мм (норма 50х30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое. Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Понятие о биоценозе, дисбиозе**.**
2. Этиология дисбиоза.

3. Патогенез дисбиоза.
4. Клиническая картина дисбиоза.
5. Критерии диагностики.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз дисбиоза и хронических заболевании ЖКТ.
8. Лечение дисбиоза, в том числе диета и медикаментозная терапия.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1. КАКИЕ СМЕСИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ
ДИСБИОЗЕ:
1) с добавлением крахмала
2) кисломолочные
3) с добавлением камеди
4) с полным гидролизом белка
5) последующие

2. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) употребление недоброкачественных продуктов
2) лактазная недостаточность
3) дисбиоз
Эталоны Ответов:
1. -2) 2. -2)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Клиническая картина дисбиоза.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ

3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.12. «**Запоры у детей»**

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при запорах.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний пищеварительной системы и функциональных нарушений у детей, протекающис с запорами.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии ЖКТ с запорами.

Изучить вопросы оказания медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при проблемах пищеварительной системы с запорами.

Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии, в застности знания по коррекции запоров у детей медикаментозными и немедикаментозными методами.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения детей; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного

больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Понятия о функциональных запорах у детей**.** Проявления при запорах органического характера.
2. Этиология функциональных запоров у детей, роль алиментарных погрешностей, пищевой аллергии, применение некоторых лекарственных препаратов, нервно-психических факторов, нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Патогенез функциональных функциональных запоров у детей.
4. Клиническая картина функциональных функциональных запоров у детей.
5. Критерии диагностики в том числе и запоров у детей органического характера.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз функциональных функциональных запоров у детей и хронического гастродуоденита, панкреатита, ДЖВП, холецистохолангита, колитов, запоров у детей органического характера.
8. Лечение функциональных запоров у детей (стационарный и амбулаторный режимы, диетотерапия, медикаментозные методы лечения, физиолечение, ЛФК, массаж).
9. Программу лечения, включающую диеты, медикаментозное лечение (про-, пре- и синбиотики, ферментные и слабительные препараты, сорбенты, нормализаторы моторики), санаторно-курортное лечение.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок 3 мес., родился от женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Беременность протекала с угрозой прерывания, в связи с чем до 36-й недели беременности получала гормональную терапию. Роды со стимуляцией родовой деятельности, длительным безводным промежутком. Ребенок на грудном вскармливании, удовлетворительно прибавляет в весе. Сон, аппетит в норме. Стул с рождения нерегулярный, через день, чаще после стимуляции (газоотводная трубка), кашицеобразный.

Разбор по алгоритму:

1. Функциональные нарушения ЖКТ –запор функционального характера; дисбиоз кишечника?
2. Неблагоприятное течение беременности и родов.
3. Копрограмма, кал на дисбиоз, УЗИ органов брюшной полости, нейросонография, биохимический анализ крови.
4. Грудное вскармливание. Элькар, вигантол, синбиотики, ферменты.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчику 8 месяцев. Масса при рождении 3500 г, рост 53 см. Родители здоровы. Находился на исключительно грудном вскармливании до 6 месяцев. С 6 месяцев начал получать кашу, фруктовые соки. В течение последнего месяца у ребенка ухудшился аппетит, нерегулярный стул, плотным каловым цилиндром. Ребенок по этому поводу не лечился. Объективно: ребенок активен, в контакт вступает. Кожа чистая, суховатая, тургор тканей в норме. Со стороны

дыхательной и сердечно-сосудистой систем патологии не выявлено. Язык обложен белым налетом. Живот подвздут. Определяется урчание по ходу кишечника, сигмовидная кишка с содержимым. Печень и селезенка не увеличены. Стул 1 раз в 3-4 суток, оформлен.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Понятия о функциональных запорах у детей и запорах органического характера.
2. Этиология функциональных запоров у детей, роль алиментарных погрешностей, пищевой аллергии, применение некоторых лекарственных препаратов, нервно-психических факторов, нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Патогенез функциональных функциональных запоров у детей.
4. Клиническая картина функциональных функциональных запоров у детей.
5. Критерии диагностики в том числе и запоров у детей органического характера.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз функциональных функциональных запоров у детей и хронического гастродуоденита, панкреатита, ДЖВП, холецистохолангита, колитов, запоров у детей органического характера.
8. Лечение функциональных запоров у детей (стационарный и амбулаторный режимы, диетотерапия, медикаментозные методы лечения, физиолечение, ЛФК, массаж).
9. Лечение, включающее диету, медикаментозное лечение (про-, пре- и синбиотики, ферментные и слабительные препараты, сорбенты, нормализаторы моторики), санаторно-курортное лечение.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания.

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ:

а) очистительные клизмы;
б) пребиотики;
в) антрахиноны;
г) прокинетики;
д) препараты группы дифенола.

2. К МЕТОДАМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ:

а) исследование кишечного транзита с помощью рентгеноконтрастных маркеров;
б) электрогастроинтестинография;
в) аноректальная манометрия;
г) ирригография;
д) эндоректальное УЗИ.

Эталоны Ответов:

1. -в); 2. -а), б), в), г)

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Хронические запоры.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.13. **«Функциональные нарушения ЖКТ у детей»**

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при функциональных нарушениях ЖКТ у детей.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики проблем пищеварительной системы и функциональных нарушений у детей.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при функциональной патологии ЖКТ.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих

медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при функциональных проблемах пищеварительной системы.
Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии, в частности знания о функциональных проблемах ЖКТ.
Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения детей; профилактические мероприятия и средства.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1.Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Понятия о функциональных нарушениях желудочно – кишечного тракта**.**
2. Этиология функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта: роль алиментарных погрешностей, пищевой аллергии, применение некоторых лекарственных препаратов, нервно-психических факторов, нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Патогенез функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта.
4. Клиническая картина функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта.
5. Критерии диагностики.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта и хронического гастродуоденита, панкреатита, ДЖВП, холецистохолангита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
8. Лечение функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта (стационарный и амбулаторный режимы, диетотерапия, медикаментозные методы лечения, физиолечение, ЛФК, массаж).
9.Программу лечения, включающую диеты, медикаментозное лечение (про-, пре- и синбиотики, ферментные препараты и заместительная терапия, сорбенты, нормализаторы моторики), санаторно-курортное лечение.
2. Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков под контролем преподавателя).*
1) Освоить практический навык «Провести обследование больного, выявить жалобы». Провести обследование больного с функциональными нарушениями желудочно – кишечного тракта, выявить жалобы на боли в животе, снижение аппетита, слабость, изжогу, отрыжку.
2) Освоить практический навык «Сбор анамнеза». При сборе анамнеза обратить внимание на начало заболевания, предшествующие заболевания, или другие неблагоприятные факторы,

порядок появления симптомов, наследственность по заболеваниям гастродуоденальной системы.

3) Освоить практический навык «Осмотр больного». При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, обложенность языка белым налётом, болезненность в эпигастрии и в пилородуоденальной зоне при пальпации.

4) Освоить практический навык «Обоснование диагноза». При обосновании диагноза выявить и интерпретировать лабораторные данные (ОАК, кровь на общий белок, холестерин, липопротеиды, а/т к Helicobacter pylori), данные ФГДС исследований, данные УЗИ органов брюшной полости, данные копрограммы и анализ кала на дисбактериоз кишечника.)

1. Цель работы: освоение практических навыков.
2. Методика проведения работы – сбор анамнеза и выявление жалоб осуществляется путём беседы с ребёнком и родителями пациента, осмотр больного проводится в палате по всем системам, обоснование диагноза пишется по схеме, предложенной преподавателем.
3. Результаты: записи в тетрадях.
4. Выводы: освоены или нет практические навыки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 7 мес., поступил в больницу с жалобами мамы: недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с

токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

***Общий анализ крови**: НЬ - 99 г/л, Эр - 3,3×1012/л, Лейк - 8,1×109/л, п/я - 4%, с -49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.*

***Общий анализ мочи**: реакция - кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1-2 в п/з, эритроциты — нет.*

***Бактериологическое исследование кала**: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафи-*

лококк — не выделены.
Разбор по алгоритму:
1.БЭН 2 степени, рахит 2 степени, подострое течение, стадия разгара, анемия 1 степени, функциональные нарушения ЖКТ – дисбиоз кишечника, вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания.
2. Неблагоприятное течение беременности – токсикоз, пересенное ОРВИ на 33 неделе.
Родился в асфиксии, раннее и неправильное искусственное вскармливание, неправильное введение прикормов, антибиотикотерапия в 2 месяца.
3.Копрграмма, кал на дисбиоз, УЗИ органов брюшной полости, эхокардиография, нейросонография, биохимический анализ крови.
4. Адаптированныя смесь 6 раз, расчёт питания сначала на фактическую массу, затем на долженствующую, затем переход на 5 разовое питание адаптированной смесью и постепенное введение прикормов. Элькар, вигантол, препараты железа, синбиотики, ферменты.
3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, локализующуюся в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку и поясничную область, тошноту и многократную рвоту съеденной пищей. Боль в животе появилась через 15 минут после завтрака, состоящего из бутерброда с маслом, яйца, кофе. Подобный приступ наблюдался 7 месяцев назад. Стул периодически обесцвечен.
Ребёнок от 1 беременности, срочных родов; масса при рождении 3500 г, длина 55 см. Естественное вскармливание до 9 месяцев. Мать страдает желчнокаменной болезнью (проведена холецистэктомия); отец – хронический гастродуоденит; бабушка (по матери) – калькулезный холицестит. Осмотр: ребёнок повышенного питания. Кожа слегка желтушного оттенка, склеры субиктеричны. Органы дыхания и сердечно – сосудистой системы без патологии. При поверхностной пальпации живота отмечается ригидность мышц правой половины живота, болезненность. Перкуторно: край печени +1 +2 +в/3. Пузырные симптомы: Мерфи (+), Ортнера (+), Френикус (+).
***Общий анализ крови**: Hb - 130 г/л; Эр - 4×1012/л; Ц.п. - 0,95; Лейк - 10,0×109/л; п/я - 7%, с/я - 62%, э - 2%, л - 24%, м - 5%; СОЭ – 15 мм/час.*
***Общий анализ мочи:** цвет – светло -желтый, прозрачность полная; pH – 6,5; плотность - 1025; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет, желчные пигменты -(+++).*
***Биохимический анализ крови:** общий белок - 75 г/л, альбумины -55%, глобулины: α1 -3%, α2 - 12%, β - 12%, γ - 18%, АлАТ, - 50 Ед/л, АсАТ - 60 Ед/л, ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 80 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -5 ед, билирубин -32 мкмоль/л, из них связ. - 12 мкмоль/л.*
***УЗИ органов брюшной полости:** печень – контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь – стенки до 6 мм (норма 2), в области шейки определяется гиперэхогенное образование размерами до 10-12 мм, дающее акустическую тень. Поджелудочная железа – гетерогенная эхогенность; головка – 19 мм (норма 18), тело –15 мм (норма 15), хвост – 20 мм (норма 18), гиперэхогенные включения.*

4. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Определение функциональных нарушениях желудочно – кишечного тракта**.**

2. Этиология функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта.
3. Патогенез функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта.
4. Клиническая картина функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта.
5. Критерии диагностики.
6. Лабораторно-инструментальные методы исследования при данном состоянии.
7. Дифференциальный диагноз функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта и хронических заболевании ЖКТ.
8. Лечение функциональных нарушений желудочно – кишечного тракта, в дом числе диета и медикаментозная терапия.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
Тестовые задания.
1. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС У НОВОРОЖДЕННЫХ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:
1) энтероколитом
2) аспирационным синдромом
3) высокой кишечной непроходимостью
4) запорами
2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) употребление недоброкачественных продуктов
2) лактазная недостаточность
Эталоны Ответов:
1. -2) 2. -2)

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. функциональные нарушения ЖКТ.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ

3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.14. «Заболевания полости рта у детей раннего возраста»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с заболеваниями полости рта у детей раннего возраста.

Задачи:

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний с заболеваниями полости рта у детей раннего возраста.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при заболеваниях полости рта у детей раннего возраста.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при проблемах полости рта у детей раннего возраста.

Сформировать базовые знания по заболеваниям полости рта у детей раннего возраста.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования отдельных органов и систем, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения детей; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей и подростков; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка и подростка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиология острого герпетического стоматита у детей.
2. Патогенез острого герпетического стоматита у детей.
3. Клинические проявления острого герпетического стоматита у детей: а) легкая форма ОГС; б) среднетяжелая форма ОГС; в) тяжелая форма ОГС.
4. Особенности клинической картины острой герпетической инфекции у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.
5. Особенности клинической картины острого герпетического стоматита у новорожденных.
6. Клиническая и лабораторная диагностика острого герпетического стоматита у детей.
7. Прогнозирование возникновения рецидивирующего герпетического стоматита у детей.
8. Принципы лечения острого герпетического стоматита.
9. Лекарственные препараты для общего и местного лечения острого герпетического стоматита у детей.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 6 мес., поступил в больницу с жалобами мамы: беспокойство, слюнотечение, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 мес. заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

Общий анализ крови: НЬ - 99 г/л, Эр - 3,3×1012/л, Лейк - 8,1×109/л, п/я - 4%, с -49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,015, лейкоциты — 1 -2 в п/з, эритроциты — нет.

Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафило-

кокк — не выделены.
Разбор по алгоритму:
1.БЭН 2 степени, рахит 2 степени, подострое течение, стадия разгара, анемия 1 степени, функциональные нарушения ЖКТ – дисбиоз кишечника, вторичный синдром нарушенного кишечного всасывания.
2. Неблагоприятное течение беременности – токсикоз, пересенное ОРВИ на 33 неделе.
Родился в асфиксии, раннее и неправильное искусственное вскармливание, неправильное введение прикормов, антибиотикотерапия в 2 месяца.
3.Копрграмма, кал на дисбиоз, УЗИ органов брюшной полости, эхокардиография, нейросонография, биохимический анализ крови.
4. Адаптированныя смесь 6 раз, расчёт питания сначала на фактическую массу, затем на долженствующую, затем переход на 5 разовое питание адаптированной смесью и постепенное введение прикормов. Элькар, вигантол, препараты железа, синбиотики, ферменты.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Ребенку 3 года. Со слов матери ребенок несколько дней назад закончил курс лечения по поводу острого бронхита. В это же время на слизистой оболочке языка и щек появился белый точечный налет, который легко снимался тампоном.
К врачу не обращались, полоскали рот отваром ромашки, на ночь смазывали полость рта медом. Состояние ребенка ухудшилось, повысилась температура до 37,4 ^{0}С.
В полости рта: на гиперемированной слизистой оболочке губ, щек и языка диффузно расположен творожистый налет серо-белого цвета, снимающийся тампоном с трудом. После снятия налета слизистая оболочка ярко-гиперемирована.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология острого герпетического стоматита у детей.
2. Патогенез острого герпетического стоматита у детей.
3. Клинические проявления острого герпетического стоматита у детей: а) легкая форма ОГС; б) среднетяжелая форма ОГС; в) тяжелая форма ОГС.
4. Особенности клинической картины острой герпетической инфекции у детей группы риска возникновения рецидивирующего герпетического стоматита.
5. Особенности клинической картины острого герпетического стоматита у новорожденных.
6. Клиническая и лабораторная диагностика острого герпетического стоматита у детей.
7. Прогнозирование возникновения рецидивирующего герпетического стоматита у детей.
8. Принципы лечения острого герпетического стоматита.
9. Лекарственные препараты для общего и местного лечения острого герпетического стоматита у детей.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ВТОРИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕРПЕТИЧЕСКОМ СТОМАТИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) эрозия
2) папула
3) пузырёк
4) пятно
2. ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) гингиво-стоматита Венсана
2) синдрома Бехчета
3) алиментарной анемии
4) железодефицитной анемии

Эталоны ответов:

1. -3) 2. -2)

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Кандидозный стоматит у детей.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор (ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
4	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
5	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
6	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
7	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.15. «Последствия гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при наличии последствий гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с перинатальным поражением нервной системы новорожденных.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с перинатальным поражением нервной системы; обследовать больных внутриутробными инфекциями детей, выявлять клинику неврологических синдромов раннего и позднего восстановительного периодов (степень выраженности физиологических рефлексов, развитие установочных рефлексов, состояние мышечного тонуса, симптоматику поражения черепномозговых нервов,менингиальные симптомы) и определить ведущий синдром; акроцианоз, пронзительный крик, слабость, адинамию, микроцефалию или гидроцефалию; при сборе анамнеза обращать внимание на акушерско-гинекологический анамнез матери, выяснять, есть ли в семье дети с аномалиями развития; лечение данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики перинатальных поражений нервной системы, лечение данной патологии у детей, в том числе с последствиями ГИЭ, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области педиатрии, в том числе знания по последствиям гипоксической ишемической энцефалопатии с различными синдромами: с гипертензионным и гидроцефальным синдромами, с синдромом гипервозбудимости, синдромом мышечного гипотонуса и гипертонуса.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, закономерности функционирования ЦНС у детей 1 года, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с внутриутробными инфекциями.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования детей; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей; написать историю болезни стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение понятий: перинатальная энцефалопатия, гипоксические и травматические нарушения ЦНС;
2. Основные причины и факторы риска возникновения перинатальных поражений ЦНС у детей; их последствия;
3. Классификация перинатальных нарушений ЦНС;
4. Основные неврологические синдромы острого и раннего восстановительного периодов; позднего восстановительного периодов;
5. Степени тяжести гипоксических нарушений ЦНС;
6. Диагностика последствий ГИЭ с различными синдромами;
7. Лечение последствий ГИЭ с различными синдромами;
8. Реабилитация детей после 1 месяца с последствиями ГИЭ с различными синдромами.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какие клинические синдромы ГИЭ вы знаете?
4. Какие патологические изменения возможно выявить при НСГ исследовании и офтальмоскопии у данного больного.
5. Лечение
6. Прогноз заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1.

На осмотре ребенок 1 мес., со слов мамы отмечаются нарушения сна ребенок, плохо засыпает, мало спит. Часто и обильно срыгивает, перед этим беспокоится, после успокаивается и может уснуть.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала с тяжелым гестозом II половины, с повышением АД 140-150/100 мм.вод.ст., с отеками ног и наличием белка в анализах мочи. Женщина находилась на лечении по поводу гестоза в отделении патологии беременности. Роды в срок, масса при рождении 2890гр, шкала Апгар 5-7 баллов. В родильном доме была предложена госпитализация в отделение новорожденных, женщина отказалась.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует негативно, плачет. Б.род. 2,5-2,5см., напряженный, расхождение по сагиттальному и коронарному швам до 0,2см. Глазные щели S=D, взгляд не фиксирует, симптом Грефе, сходящиеся косоглазие. Тонус мышц в конечностях повышенный, руки и ноги приведены к туловищу, кисти рук сжаты в кулачки. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются слабые, быстро угасают. Тремор рук и подбородка.

Разбор задачи по алгоритму:

1) ГИЭ, гипертензионно-гидроцефальный синдром, синдром мышечного гипертонуса, период ранний восстановительный.

2) Клинические синдромы:

-повышенной нервно-рефлекторной возбудимости;

-общего угнетения (вялость, адинамия);

-гипертензионный;

-гипертензионно-гидроцефальный;

-судорожный;

-синдром мышечного гипотонуса, мышечного гипертонуса.

3) НСГ – патологические изменения: МПЩ увеличена, увеличение размеров желудочков мозга, офтальмоскопия – полнокровие вен сетчатки.

4) диакарб, аспаркам, конс. нейрохирурга. реабилитация длительнас с курсами ноотропных препаратов, сосудистых, массажа, физиолечения.

5) Прогноз заболевания не всегда благоприятный, зависит от того, проводилось ли адекват-

ное лечение. Клинически характеризуется обратимыми неврологическими расстройствами.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2.

На осмотре ребенок 14 дней, со слов мамы ребенок плохо засыпает, мало спит. Часто и обильно срыгивает, перед этим беспокоится, после успокаивается и может уснуть.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала с тяжелым гестозом II половины, с повышением АД 140-150/100мм.вод.ст., с отеками ног и наличием белка в анализах мочи. Женщина находилась на лечении по поводу гестоза в отделении патологии беременности. Роды в срок, масса при рождении 2890гр, шкала Апгар 5-7 баллов. В родильном доме была предложена госпитализация в отделение новорожденных, женщина отказалась.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует негативно, плачет. Б.род. 2,5-2,5см., напряженный, расхождение по сагиттальному и коронарному швам до 0,2см. Глазные щели S=D, взгляд не фиксирует, симптом Грефе, сходящиеся косоглазие. Тонус мышц в конечностях повышенный, руки и ноги приведены к туловищу, кисти рук сжаты в кулачки. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются слабые, быстро угасают. Тремор рук.

4. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение понятий: перинатальная энцефалопатия, гипоксические и травматические нарушения ЦНС;
2. Основные причины и факторы риска возникновения перинатальных поражений ЦНС у детей; их последствия;
3. Классификация перинатальных нарушений ЦНС;
4. Основные неврологические синдромы острого и раннего восстановительного периодов; позднего восстановительного периодов;
5. Степени тяжести гипоксических нарушений ЦНС;
6. Диагностика последствий ГИЭ с различными синдромами;
7. Лечение последствий ГИЭ с различными синдромами;
8. Реабилитация детей после 1 месяца с последствиями ГИЭ с различными синдромами

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ДЛЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:

А) атетоза

Б) хореического гиперкинеза

В) торсионной дистонии

Г) хореоатетоза

Д) все вышеперечисленные

2. ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:

А) при спинальной мышечной атрофии

Б) при неавральной амиотрофии Шарко-Мари-Тута

В) при миастении, при миодистрофиях

Г) при ДЦП

Д) все вышеперечисленные

3. ЛЕГКАЯ ФОРМА РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

А) брадикардией

Б) тахикардией
В) тремором подбородка, тремором ручек
Г) желтушность кожных покровов
Д) коматозное состояние
4. РОДОВАЯ ТРАВМА СПИННОГО МОЗГА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:
А) хронической гипоксии
\Б) острой асфиксии
В) механического повреждения
Г) метаболического воздействия
Д) воздействия радиации
Эталон ответа: 1) Д; 2) Г;3) В; 4) В

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Лечение последствий ГИЭ с различными синдромами.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
2	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
4	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед. вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
5	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 3. «Неонатология».
Тема 3.1: «Организация медицинского обслуживания новорожденных. Гипоксическая

ишемическая энцефалопатия и родовая травма новорожденных».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при гипоксической ишемической энцефалопатии и родовой травме новорожденных.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с перинатальным поражением нервной системы новорожденных.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с перинатальным поражением нервной системы; обследовать больных внутриутробными инфекциями детей, выявлять клинику неврологических синдромов раннего и позднего восстановительного периодов (степень выраженности физиологических рефлексов, развитие установочных рефлексов, состояние мышечного тонуса, симптоматику поражения черепно-мозговых нервов,менингиальные симптомы) и определить ведущий синдром; акроцианоз, пронзительный крик, слабость, адинамию, микроцефалию или гидроцефалию; при сборе анамнеза обращать внимание на акушерско-гинекологический анамнез матери, выяснять, есть ли в семье дети с аномалиями развития; лечение данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики перинатальных поражений нервной системы, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, а именно знания по гипоксической ишемической энцефалопатии и родовой травме новорожденных.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, признаки доношенности и зрелости плода, закономерности функционирования отдельных органов и систем у новорожденных, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных с гипоксической ишемической энцефалопатией и родовой травмой новорожденных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с внутриутробными инфекциями.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение понятий: перинатальные поражения ЦНС, перинатальная энцефалопатия, гипоксические и травматические нарушения ЦНС, родовая травма ЦНС;
2. Основные причины и факторы риска возникновения гипоксической ишемической энцефалопатии и родовой травмы новорожденных;

3. Классификация перинатальных нарушений ЦНС;
4. Основные неврологические синдромы острого и раннего восстановительного периодов;
5. Степени тяжести гипоксических нарушений ЦНС;

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1. Поставить клинический диагноз.
2. Какие клинические синдромы острого периода вы знаете?
3. Указать сроки продолжительности острого периода при данном заболевании.
4. Какие патологические изменения возможно выявить при НСГ исследовании и офтальмоскопии у данного больного.
5. Прогноз заболевания.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1.

На осмотре ребенок 5 дней, со слов мамы ребенок беспокойный, плачет без видимой причины, плохо засыпает, часто просыпается, дрожит подбородок.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов, роды в срок, масса при рождении 3300гр, шкала Апгар при рождении 6-8 баллов. К груди приложен на вторые сутки. Сосет грудь хорошо, лактация достаточная.

Объективно: на осмотр реагирует негативно, плачет, повышенная спонтанная двигательная активность (ребенок кушал 40 минут назад). Вызывается спонтанный рефлекс Моро. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются, отсрочено, быстро угасают. Выраженный тремор рук и подбородка.

Разбор задачи по алгоритму:

1) Церебральная ишемия I степени, синдром церебрального возбуждения (или гипервозбудимости).
2) Клинические синдромы острого периода:
 -повышенной нервно-рефлекторной возбудимости;
 -общего угнетения (вялость, адинамия);
 -гипертензионный;
 -гипертензионно-гидроцефальный;
 -судорожный;
 - состояние.
3) Продолжительность острого периода у доношенных детей до 1 месяца, у недоношенных до 2 месяцев.
4) НСГ – без патологических изменений, офтальмоскопия – полнокровие вен сетчатки.
5) Прогноз заболевания благоприятный. Клинически характеризуется обратимыми неврологическими расстройствами.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2.

На осмотре ребенок 14 дней, со слов мамы отмечаются нарушения сна ребенок, плохо засыпает, мало спит. Часто и обильно срыгивает, перед этим беспокоится, после успокаивается и может уснуть.

Из анамнеза: ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала с тяжелым гестозом II половины, с повышением АД 140-150/100 мм.вод.ст., с отеками ног и наличием белка в анализах мочи. Женщина находилась на лечении по поводу гестоза в отделении патологии беременности. Роды в срок, масса при рождении 2890гр, шкала Апгар 5-7 баллов. В родильном доме была предложена госпитализация в отделение новорожденных, женщина отказалась.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести, на осмотр реагирует негативно, плачет. Б.род. 2,5-2,5см., напряженный, расхождение по сагиттальному и коронарному швам до 0,2см. Глазные щели S=D, взгляд не фиксирует, симптом Грефе, сходящиеся косоглазие.

Тонус мышц в конечностях повышенный, руки и ноги приведены к туловищу, кисти рук сжаты в кулачки. Физиологические рефлексы новорожденного вызываются слабые, быстро угасают. Тремор рук и подбородка.

4. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. частота церебральной патологии у новорожденных;
2. причины гипоксической ишемической энцефалопатии и родовой травмы новорожденных;
3. классификация перинатальных нарушений ЦНС у новорожденных и детей раннего возраста;
4. паталогоанатомические изменения и патофизиологические механизмы формирования нарушений ЦНС в зависимости от степени влияния этиопотических факторов;
5. клиника неврологических синдромов раннего и позднего восстановительного периодов;
6. специальные методы исследований, применяемые для диагностики нарушений ЦНС;
7. принципы комплексной терапии и реабилитации в остром и раннем восстановительном периоде энцефалопатии и родовой травмы ЦНС;
8. дифференциальная диагностика церебральных нарушений и новорожденных различной этиологии;
9. организация диспансерного наблюдения за новорожденными с перинатальной энцефалопатией.
10. перинатальная заболеваемость и смертность.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. ДЛЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЦП ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ:
   А) атетоза
   Б) хореического гиперкинеза
   В) торсионной дистонии
   Г) хореоатетоза
   Д) все вышеперечисленные
2. ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЕ:
   А) при спинальной мышечной атрофии
   Б) при неавральной амиотрофии Шарко-Мари-Тута
   В) при миастении, при миодистрофиях
   Г) при ДЦП
   Д) все вышеперечисленные
3. ЛЕГКАЯ ФОРМА РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:
   А) брадикардией
   Б) тахикардией
   В) тремором подбородка, тремором ручек
   Г) желтушность кожных покровов
   Д) коматозное состояние
4. РОДОВАЯ ТРАВМА СПИННОГО МОЗГА ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:
   А) хронической гипоксии
   \Б) острой асфиксии
   В) механического повреждения
   Г) метаболического воздействия

Д) воздействия радиации

5. БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНО:

А) не закончена дифференциация нервной системы, недоразвитием кровеносной системы

Б) малым весом

В) сопутствующими заболеваниями

Эталон ответа: 1) Д; 2) Г;3) В; 4) В; 5) Д.

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Особенности родовой травмы у недоношенных.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента

9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.2: «Внутриутробные инфекции».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей с внутриутробными инфекциями.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с внутриутробными инфекциями детей;

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных внутриутробными инфекциями детей; обследовать больных внутриутробными инфекциями детей, выявлять жалобы на лихорадку, кожную сыпь, на пастозность, снижение или отсутствие диуреза, акроцианоз, пронзительный крик, слабость, адинамию, микроцефалию или гидроцефалию; при сборе анамнеза обращать внимание на наличие инфекции у матери, выяснять, есть ли в семье дети с аномалиями развития.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики внутриутробных инфекций, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, в том числе знания по внутриутробным инфекциям.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных с внутриутробными инфекциями, признаки доношенности и зрелости плода, закономерности функционирования отдельных органов и систем у новорожденных, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с внутриутробными инфекциями.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиологию, патогенез, классификацию внутриутробных инфекций.
2. Клиническую картину различных внутриутробных инфекций.
3. Дифференциальную диагностику внутриутробных инфекций.
4. Пути заражения человека простейшими токсоплазмами, патогенез, клинические проявле-

ния токсоплазмоза у беременных женщин.
5. Общие клинические проявления манифестной формы токсоплазмоза.
6. Лабораторная диагностика и лечение токсоплазмоза у новорожденных.
7. Этиология и патогенез цитомегалии.
8. Клинические проявления цитомегалии у новорожденных (поражение нервной системы, сердечно-сосудистой системы, геморрагический синдром).
9. Лабораторная диагностика и лечение цитомегалии.
10. Лечение больных токсоплазмозом и цитомегалией.
11.Лабораторная диагностика и лечение половых инфекций.
12. Пути заражения человека палочкой листерии, патогенез.
13. Клинические проявления листериоза у беременных женщин.
14. Клинические проявления листериоза у новорожденных (септицемия, интоксикация, нарастающая дистрофия, поражение кожи и слизистых, внутренних органов).
15. Лабораторная диагностика и лечение листериоза.
16. Половые инфекции (уреоплазмоз, хламидиоз, герпетическая инфекция, микоплазмоз).
17.Этиология и патогенез половых инфекций.
18. Особенности клинических симптомов у новорожденных при половых инфекциях.

2.Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Инфекционные агенты данного заболевания?
3. Какой вероятен путь инфицирования в данном случае (обоснуйте).
4. Назначьте лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок Ц. От 3 беременности (1 – мед. аборт, 2 – мертворождние). Настоящая беременность протекала на фоне хронической маточно-плацентарной недостаточности. За 3 недели до родов у матери – рецидив генитального герпеса. Роды срочные, без осложнений. Масса тела – 3560г, рост – 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2-ой неделе жизни отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, на фоне которого состояние прогрессивно ухудшалось, появилась мозговая симптоматика, развился приступ тонических судорог. При проведении нейросонографии диагностированы порэнцефалические кисты, повышение эхоплотности затылочных бугров.

Разбор задачи по алгоритму:

1.Неонатальный герпес. Герпетический менингоэнцефалит.
2.ВПГ1 и ВПГ2
3.Путь ифицирования, в данном случае, интранатальный, т.к. имеет место «светлый промежуток», клиническая картина не разворачивается в первые сутки. 3-е суток – время для репликации вируса, постепенного развития симптоматики.
4.Этиотропная терапия – ацикловир парэнтерально 60 мг/кг/сут по 20 мг/кг в/в капельно (энтеральное применени ацикловира неэффективно!).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период -8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни. Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение

размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы - 40 см, грудной клетки - 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный - на 0,2 см, большой родничок 4х4 см, выполнен, малый родничок - 0,5 х 0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает изпод реберного края на 2,5 см, селезенка - на 1 см. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок – 1,6 г/л, цитоз - 32 в 3 мкл: нейтрофилы - 5%, лимфоциты - 95%. РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка - 1:64, у матери - 1:192.

Задача №3

Ребенок Ц. От 3 беременности (1 – мед. аборт, 2 – мертворождние). Настоящая беременность протекала на фоне хронической маточно-плацентарной недостаточности. За 3 недели до родов у матери – рецидив генитального герпеса. Роды срочные, без осложнений. Масса тела – 3560г, рост – 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2-ой неделе жизни отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, на фоне которого состояние прогрессивно ухудшалось, появилась мозговая симптоматика, развился приступ тонических судорог. При проведении нейросонографии диагностированы порэнцефалические кисты, повышение эхоплотности затылочных бугров.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Признаки доношенности и зрелости плода.
2. Транзиторные состояния новорожденных.
3. Рефлексы новорожденного.
4. Нормальную гемограмму у новорожденных.
5. Нормативы содержания билирубина в крови новорожденного.
6. Этиологию, патогенез, классификацию внутриутробных инфекций.
7. Пути заражения человека простейшими токсоплазмами, патогенез, клинические проявления токсоплазмоза у беременных женщин.
8. Общие клинические проявления манифестной формы токсоплазмоза.
9. Лабораторная диагностика и лечение токсоплазмоза у новорожденных.
10. Этиология и патогенез цитомегалии.
11. Клинические проявления цитомегалии у новорожденных (поражение нервной системы, сердечно-сосудистой системы, геморрагический синдром).
12. Лабораторная диагностика и лечение цитомегалии.
13. Лечение больных токсоплазмозом и цитомегалией.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. КАЛЬЦИФИКАТЫ В МОЗГЕ, ХОРИОРЕТИНИТ, АТРОФИЯ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ:
   1) цитомегаловирусной инфекции
   2) сифилисе
   3) токсоплазмозе
   4) листериозе
2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ:
   1) ацикловир

2) цитотект
3) ганцикловир
4) макролиды

3. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИТИЕ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТА:

1) характерно
2) не характерно

4. КАТАРАКТА, МИКРОФТАЛЬМИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И ГЛУХОТА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ:

1) вирусом герпеса
2) цитомегаловирусом
3) вирусом краснухи
4) листерией
5) хламидиями

5. ДЛЯ ВРОЖДЕННОГО ХЛАМИДИОЗА ХАРАКТЕРНЫ:

1) желтуха
2) гнойный конъюнктивит
3) судороги

Эталоны к тестам: 1 – 3; 2 – 2; 3 – 3; 4-3; 5 – 2.

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Особенности родовой травмы у недоношенных.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
2	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Та-	2012 Киров	10	ЭБС Кировского

		расова, соавт.			ГМУ
5	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
6	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
7	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
8	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.3: «Желтухи новорожденных»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей с желтухами новорожденных.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения при желтухах новорожденных детей.

Обучить студентов обследовать больных ГБН и другими желтухами новорожденных детей, выявлять жалобы на желтушность кожи и склер, вялость, отечность, снижение или отсутствие диуреза, пронзительный крик, слабость; при сборе анамнеза обращать внимание на резус фактор и группу крови у матери, выяснять, есть ли в семье дети с ГБН, гемолитическими анемиями; не были ли ВУИ, кровотечений.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики желтух, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, в том числе знания о желтухах новорожденных.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, признаки доношенности и зрелости плода, особенности билирубинового обмена у новорожденных, патогенез и клинику физиологической желтухи, закономерности функционирования отдельных органов и систем у новорожденных; основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных детей с желтухами.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения

лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1.Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Особенности билирубинового обмена у новорожденных.
2. Патогенез и клинику физиологической желтухи.
3. Диагностические критерии патологической желтухи.
4. Удельный вес патологических желтух в заболеваемости и смертности новорожденных детей.
5. Классификацию патологических желтух (по Таболину В.Н., Шабалову Н.П., МКБХ пересмотра).
6. Основные клинико-лабораторные критерии гемолитических желтух.
7. Основные клинико-лабораторные критерии коньюгационных желтух.
8. Патогенез и клиническую картину ядерной желтухи.
9. Основные направления консервативной терапии желтух в периоде новорожденности.
10. Фототерапия желтух (показания, противопоказания, методика, осложнения).
11. Показания к оперативному лечению желтух.
12. Методы оперативного лечения желтух (операция заменного переливания крови, гемосорбция, плазмоферез, лазеротерапия).
13. Прогноз при патологических желтухах.
14. Профилактика патологической желтухи у новорожденного ребенка.

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии
1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?
3. Показания для заменного переливания крови.
4. Назначьте лечение данному больному.
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1

Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет А(II) RH-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортом при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм.рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные (1 период –6 часов 30 минут, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 3 часа). Масса тела при рождении – 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до + 1,5 см.
При дополнительном обследовании: Билирубин пуповинной крови составил 45 мкмоль/л. В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. Hb периферической крови – 149 г/л.
Эталон ответа:
1) Гемолитическая болезнь новорожденного на почве резус - конфликта, желтушная форма, средней степени тяжести, неосложненная.
2) общеклиническое: общий анализ крови, биохимия крови, определение группы крови и резус принадлежности матери и ребенка, билирубин крови в динамике, нейросонография, УЗИ органов брюшной полости, консультация невропатолога.
3) Абсолютным показанием у доношенных детей является темп нарастания билирубина выше 6 мкмоль/л и уровень его в пуповинной крови выше 60 мкмоль/л в первые часы жизни.

- Раннее заменное переливание крови у новорожденных с ГБН по системе резус или АВО, у которых наблюдаются следующие симптомы:
- Желтуха, возникшая в первые 6 час жизни.
- Уровень гемоглобина – менее 72 г/л при рождении (уровень гематокрита – 40%), уровень билирубина критический.
- Выраженный ретикулоцитоз (более 7%).

4) Создание оптимальных условий для ранней неонатальной адаптации ребенка, фототерапия, инфузионная терапия, адсорбенты.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2

Новорожденная девочка А., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что настоящая беременность пятая, первые две беременности закончились мед. абортами, две последующие закончились выкидышами. В настоящее время матери 35 лет, она имеет А(II) RH-отрицательную группу крови. Настоящая беременность протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм.рт.ст. Роды срочные, самостоятельные (1 период – 18 часов 30 минут, 2-й – 45 минут, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении – 3860 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Сразу при рождении было отмечено отечность лица, анасарка, бледность кожных покровов, адинамия, пастозность тканей, брадикардия, глухость сердечных тонов, а также выявлено увеличение размеров печени до +5 см и селезенки до + 3,5 см.

Задача № 3

Мальчик А., 4 дней поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный. Общий анализ крови: Hb –141 г/л, эр – 3,9х1012/л, ЦП – 0,99, лейк – 9,4х109/л, п/я – 7 %, с – 53%, э – 1%, л – 32%, м – 7%, СОЭ –2 мм/час. Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок – 54,4 г/л, билирубин непрямой – 180 мкмоль/л, прямой – нет.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. АФО новорожденных детей;
2. Обмен билирубина в организме;
3. Группы крови и резус-принадлежность
4. Антигены системы резус, АВО и др. их антигенные свойства; способы выявления антител (проба Кумбса, желатиновая)
5. Билирубиновая энцефалопатия
6. Методика объективного и лабораторного обследования новорожденного ребенка

7. Механизм действия, форма выпуска, рецептура лекарственных средств
8. Классификация желтух.
9. Патогенез ГБН
10. Клиническая картина всех форм ГБН
11. Лечение, дифференциальная диагностика желтух

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тесты

1. ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
   1) при первой беременности
   2) при повторных беременностях
2. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ 1-БЕРЕМЕННОСТИ ОБУСЛОВЛЕНА ЧАЩЕ НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА:
   1) по АВ0-системе
   2) по резус-фактору
3. БОЛЕЕ ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ МАТЕРИ И ПЛОДА ПО:
   1) резус-фактору
   2) группе крови
4. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПОЯВЛЯЕТСЯ:
   1) до 48 часов жизни
   2) после 48 часов жизни
   3) после 7 дня жизни
   4) после 10 суток
5. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ ИСПОЛЬЗУЮТ ЭРИТРОЦИТАРНУЮ МАССУ:
   1) 0 (I) Rh-положительную
   2) 0 (I) Rh-отрицательную
   3) группы крови ребенка Rh-положительную
   4) группы крови ребенка Rh-отрицательную

Эталон ответов: 1-2; 2-2; 3-1; 4-1; 5-1.

4) Подготовить реферат по данной теме;

1. Билирубиновая энцефалопатия.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.4: «Анемии новорожденных»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья при анемии новорожденных.

Задачи:

Рассмотреть этиопатогенез, клинику, критерии диагностики, принципы лечения больных с анемиями новорожденных.

Обучить студентов обследовать больных анемией новорожденных, выявлять жалобы на желтушность кожи и склер или бледность кожи, вялость, на отказ от еды, слабость, адинамию; при сборе анамнеза обращать внимание на резус-фактор и группу крови у матери, выяснять, есть ли в семье дети с гемолитическими наследственными анемиями, не было ли ВУИ, кровотечений.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, в том числе знания по анемиям новорожденных.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных анемией новорожденных, особенности обмена железа у новорожденных, патогенез и клинику железодефицитной анемии, диагностические критерии анемии, классификацию различных анемий, этиопатогенез и клинику различных анемий, диагностические критерии и лечение различных анемий.

Основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения различных анемий.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с анемией.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1.Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Признаки доношенности и зрелости плода.
2. Транзиторные состояния новорожденных.
3. Рефлексы новорожденного.
4. Нормальную гемограмму у новорожденных.
5. Нормативы содержания сывороточного железа в крови новорожденного.
6. Классификация анемии.
7. Этиопатогенез. Клиника.
9. Диагностические критерии.
10. Лечение при разных видах анемии у новорождённых.
11. Методика объективного и лабораторного обследования новорожденного ребенка.
12. Механизм действия, форма выпуска, рецептура витаминов Е, А, мальтофера, актиферрина, феррум – лек.
2. Ситуационные задачи для разбора на занятии
1) Алгоритм разбора задач
1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному.
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №

Активно педиатр на дому осмотрел девочку 27 дней. Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок. С массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 2 недель, далее смесь “Агуша”. В возрасте 2 недель перенесла ОРВИ, лечилась симптоматически, на дому. При осмотре: состояние удовлетворительное, питание достаточное. Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Слизистые бледные, чистые. Лимфатические узлы безболезненные, пальпируются единичные, не спаянные с тканями. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, Тоны сердца ритмичные, нежный систолический шум на верхушке сердца. ЧСС – 125 уд/минуту, ЧД – 38 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см, край эластичный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневый, без примесей. Диурез нормальный.
Общий анализ мочи: pH – слабокислая, белок – 0,033г\л, лейкоциты – 1-3 в поле зрения.
В анализе периферической крови: Hb- 130 г/л, Эр – $3,7x10^{12}$/л; Л – $10,5x10^{9}$/л; п/я – 2%, с/я – 32%, б – 1%, э – 3%, л – 58%, м – 4%, СОЭ – 3 мм/час, гипохромия ++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз

Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-33 пг).
Разбор по алгоритму:
1. Железодефицитная анемия, лёгкой степени.
2. Неблагоприятные факторы: у мамы беременность протекала на фоне гестоза, анемии, ОРЗ перенесла. У ребёнка ОРЗ в 2 недели, искусственное вскармливание с 2 недель.
3. Исследование: сывороточное железо, железосвязывающая способность крови, билирубин, АСТ, АЛТ, УЗИ органов брюшной полости, нейросонография.
4. ЗГМ расчет питания, мальтофер, элькар, синбиотики, мультитабс.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 1

Мальчик, родился в 36 недель путем экстренной операции кесарева сечения в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, что привело к кровотечению у матери. Масса тела ребенка при рождении 2800 г, длина тела 49 см, оценка по шкале Апгар 4\8 баллов. В согласии с протоколом реанимации новорожденных в родильном зале проводился полный комплекс реанимационных мероприятий в соответствии с тяжестью асфиксии. При осмотре в палате интенсивной терапии состояние тяжелое за счет церебральной, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, обращает на себя внимание мышечная гипотония, гиподинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, симптом бледного пятна 4 секунды, тахикардия до 180 ударов в минуту, АД 50/35 мм рт.ст., приглушенность сердечных тонов при аускультации и нежный систолический шум, стонущее дыхание. Печень и селезенка не увеличены.
При исследовании по cito периферической крови уровень Hb составил 160 г\л.

Задача № 2

Ребенок Н. родился на 31 неделе гестации с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. Масса тела при рождении 1300 г. Ребенок находится на 2-м этапе выхаживания. На 3-й неделе усилилась бледность кожи, пастозность тканей. Ребенок сосет вяло и плохо прибавляет в весе. Двигательная активность снижена. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Клинический анализ крови на 12-й день жизни: Hb-70г/л, эр-2,3х1012/л, Ret. 20%0, tr-450*109/л, L-7,4*109/л, п-3%, с-40%, л-50%, м-7%, СОЭ-7мм/ч, анизоцитоз+++, пойкиллоцитоз ++. Эр в окр. мазке имеют «шиповидные отростки».
Кровь у ребенка 0(I) гр, Rh(+).
Биохимический анализ крови: непрямой билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин - нет, АЛТ-0,36, АСТ-0,34.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Оценить гемограмму у новорожденных.
2. Нормативы содержания сывороточного железа в крови новорожденного.
3. Оценить степень тяжести анемии.
4. Назначить необходимое лабораторное обследование при подозрении на анемию.
5. Оценить данные лабораторного исследования (ОАК, ОАМ, сывороточное железо, железосвязывающую способность крови, серологическое исследование).
6. Сформулировать и обосновать клинический диагноз анемии.
7. Провести дифференциальный диагноз анемий.
8. Назначить и обосновать консервативное лечение при анемии (вскармливание, медикаментозная терапия, в т.ч. препараты железа, вит. Е, эритропоэтин, инфузионная терапия).

9. Определить показания к оперативному лечению при анемии Минковского - Шоффара.
10. Провести профилактику анемии у новорожденного ребенка.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО СТЕПЕНИ НАСЫЩЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ГЕМОГЛОБИНОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) нормохромной
2) гиперхромной
3) гипохромной

2. К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА ВИТАМИН-К-ЗАВИСИМЫХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИВОДЯТ:

1) недостаточность белково-синтетической функции печени
2) нарушение функции тромбоцитов
3) гипокальциемия

Эталон ответов:1)1, 2) 1

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Наследственные гемолитические анемии новорожденных.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет

7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.5: «Геморрагический синдром у новорожденных»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при геморрагическом синдроме у новорождённых.

Задачи:

Рассмотреть этиопатогенез, клинику, критерии диагностики, принципы лечения больных с геморрагическим синдромом у новорождённых

Обучить студентов обследовать больных с геморрагическим синдромом у новорождённых, выявлять жалобы на мелену, рвоту кофейной гущей, вялость, на отказ от еды, слабость, адинамию; при сборе анамнеза выяснять, есть ли в семье дети с гемолитическими наследственными анемиями, не было ли ВУИ, кровотечений.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, в том числе по геморрагическому синдрому у новорождённых.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных анемией новорожденных, особенности обмена железа у новорожденных, патогенез и клинику железодефицитной анемии, диагностические критерии анемии, классификацию различных анемий, этиопатогенез и клинику различных анемий, диагностические критерии и лечение различных анемий.

Основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения различных анемий.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с анемией.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме.

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиология геморрагического синдрома у новорожденных.
2. Виды геморрагического синдрома у новорожденных.
3. Геморрагическая болезнь у новорожденных.
4. Нормальную гемограмму у новорожденных.

5. Нормативы содержания тромбоцитов в крови новорожденного.
6. Классификация геморрагического синдрома новорожденных.
7. Этиопатогенез. Клиника.
9. Диагностические критерии.
10. Лечение геморрагического синдрома у новорожденных.
11. Методика объективного и лабораторного обследования новорожденного ребенка
12. Механизм действия, форма выпуска, рецептура витаминов Е, А, К (викасол), дицинона.

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение данному больному.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок А. от 1-х срочных родов. Состояние с рождения нарушено за счет неврологической симптоматики. Имеется обширная кефалогематома правой теменной кости, множественные петехии на лице. По органам – без особенностей. Из анамнеза: во время беременности у матери отмечался судорожный синдром, по поводу которого она получала длительное лечение фенобарбиталом. Анализ крови на 1-е сутки жизни: Нв 130 г/л, эритроциты 3,5 х 1012/л, лейкоциты 18,4 х109 /л, палочкоядерные 5 %, сегментоядерные 50%, лимфоциты 34 %, моноциты 10%, СОЭ 5 мм/ч. Анализ системы гемостаза на 1-е сутки жизни: нормальное количество тромбоцитов и фибриногена, удлинение протромбинового времени, времени свертывания, нормальное тромбиновое время. Выберите правильный вариант диагноза: 1. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, среднетяжелая форма. Кефалогематома правой теменной кости, кожный геморрагический синдром.

Разбор по алгоритму:

1. Геморрагическая болезнь новорожденного, классическая, среднетяжелая форма. Кефалогематома правой теменной кости, кожный геморрагический синдром.
2. Неблагоприятные факторы: во время беременности у матери отмечался судорожный синдром, по поводу которого она получала длительное лечение фенобарбиталом.
3. Исследование: сывороточное железо, железосвязывающая способность крови, билирубин, АСТ, АЛТ, УЗИ органов брюшной полости, нейросонография.
4. Грудное вскармливание, викасол, элькар, синбиотики, консультация хирурга.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Ребенок Н. родился на 31 неделе гестации с оценкой по шкале Апгар 6-8 баллов. Масса тела при рождении 1300 г. Ребенок находится на 2-м этапе выхаживания. На 3-й неделе усилилась бледность кожи, пастозность тканей. Ребенок сосет вяло и плохо прибавляет в весе. Двигательная активность снижена. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Клинический анализ крови на 12-й день жизни: Hb-70г/л, эр-2,3х1012/л, Ret. 20%0, tr-450*109/л, L-7,4*109/л, п-3%, с-40%, л-50%, м-7%, СОЭ-7мм/ч, анизоцитоз+++, пойкиллоцитоз ++. Эр в окр. мазке имеют «шиповидные отростки».

Кровь у ребенка 0(I) гр, Rh(+).

Биохимический анализ крови: непрямой билирубин – 40 мкмоль/л, прямой билирубин - нет, АЛТ-0,36, АСТ-0,34.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология и патогенез геморрагиеского синдрома у новорожденных.
2. Виды геморрагического синдрома у новорожденных.
3. Геморрагическая болезнь у новорожденных.
4. Нормальную гемограмму у новорожденных.
5. Нормативы содержания тромбоцитов в крови новорожденного.
6. Классификация геморрагического синдрома новорожденных.
7. Этиопатогенез. Клиника.
9. Диагностические критерии.
10. Лечение геморрагического синдрома у новорожденных.
11. Методика объективного и лабораторного обследования новорожденного ребенка
12. Механизм действия, форма выпуска, рецептура витаминов Е, А, К (викасол), дицинона.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

3. ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ОБУСЛОВЛЕНА ДЕФИЦИТОМ СЛЕДУЮЩИХ ФАКТОРОВ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ:

1) II (протромбин)
2) VIII (антигемофильный глобулин)

4. ПЕРВЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

1) кровоточивость слизистых оболочек
2) тяжелая анемия
3) гемартрозы

Эталон ответов: 3) 2 4) 3

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Профилактика геморрагического синдрома у новорожденных.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ

4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.6: «Сепсис новорожденного»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей с сепсисом.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с сепсисом новорожденного.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с сепсисом новорожденного; обследовать больных с сепсисом детей, выявлять жалобы на лихорадку, кожную сыпь, на пастозность, снижение или отсутствие диуреза, акроцианоз, пронзительный крик, слабость, адинамию, при сборе анамнеза обращать внимание на наличие инфекции у матери.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики сепсиса новорожденного, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области неонатологии, в том числе по сепсису новорожденного.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, признаки доношенности и зрелости плода, закономерности функционирования отдельных органов и систем у новорожденных, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения новорожденных с внутриутробными инфекциями.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Этиологию, патогенез, классификацию сепсиса новорожденного.
2. Клиническую картину сепсиса новорожденного.
3. Дифференциальную диагностику сепсиса новорожденного.
4. Пути проникновения бактерий.
5. Общие клинические проявления пупочного сепсиса новорожденного.
6. Лабораторная диагностика и лечение сепсиса у новорожденных.
7. Прогноз, профилактика.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Инфекционные агенты данного заболевания?
3. Какой вероятен путь инфицирования в данном случае (обоснуйте).
4. Назначьте лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок от 4 беременности (1и 3 – мед. аборт, 2 – мертворождние). Настоящая беременность протекала на фоне хронической маточно-плацентарной недостаточности. За 3 недели до родов у матери – рецидив генитального герпеса. Роды срочные, без осложнений. Масса тела – 3460г, рост – 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2-ой неделе жизни отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, на фоне которого состояние прогрессивно ухудшалось, появилась мозговая симптоматика, развился приступ тонических судорог. При проведении нейросонографии диагностированы порэнцефалические кисты, повышение эхоплотности затылочных бугров.

Разбор задачи по алгоритму:

1. Неонатальный герпес. Герпетический менингоэнцефалит.
2. ВПГ1 и ВПГ2
3. Путь ифицирования, в данном случае, интранатальный, т.к. имеет место «светлый промежуток», клиническая картина не разворачивается в первые сутки. 3-е суток – время для репликации вируса, постепенного развития симптоматики.
4. Этиотропная терапия – ацикловир парэнтерально 60 мг/кг/сут по 20 мг/кг в/в капельно (энтеральное применени ацикловира неэффективно!).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик Ю., 1 месяца, находится в стационаре. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период -8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 г, длина тела 48 см, окружность головы - 35 см, грудной клетки - 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни. Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200 г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован. При поступлении со-

стояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой истончен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы - 40 см, грудной клетки - 34 см, сагиттальный шов открыт на 1 см, венечный - на 0,2 см, большой родничок 4х4 см, выполнен, малый родничок - 0,5 х 0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает изпод реберного края на 2,5 см, селезенка - на 1 см. Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность - мутная, белок – 1,6 г/л, цитоз - 32 в 3 мкл: нейтрофилы - 5%, лимфоциты - 95%. РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка - 1:64, у матери - 1:192.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиологию, патогенез, классификацию сепсиса новорожденного.
2. Клиническую картину сепсиса новорожденного.
3. Дифференциальную диагностику сепсиса новорожденного.
4. Пути проникновения бактерий.
5. Общие клинические проявления пупочного сепсиса новорожденного.
6. Лабораторная диагностика и лечение сепсиса у новорожденных.
7. Прогноз, профилактика.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1.ПРОФИЛАКТИКА СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ:
А. рациональное питание и правильный режим дня беременной
Б. асептика при уходе за новорожденным
В. санация генитальных и экстрагенитальных очагов инфекции женщин
Г. применение десенсибилизирующих средств
Д. холод к голове новорожденного в первые часы после родов
2.ЛЕЧЕНИЕ СЕПСИСА:
А. антибиотики широкого спектра действия курсами
Б. ферментотерапия: фестал, панзинорм, пепсин с соляной кислотой
В. перевод ребенка в специализированный санаторий
Г. раннее хирургическое вмешательство
3.КЛИНИКА СЕПСИСА:
А. отсутствие прибавки веса, срыгивание, плохой аппетит, сонливость
Б. снижение рефлексов, бледность кожи, геморрагии, пиодермия, анемия
В. гиперемия кожи, эрозия, мокнутие кожи и слизистых
Г. монотонный постоянный крик, отсутствие ритма в сердечной и дыхательной деятельности
Д. отслоение верхнего слоя кожи=ребенок ошпаренный

Эталоны к тестам: 1 – А, Б, В; 2 – А, Б; 3 – А. Б;

4) Подготовить реферат по данной теме:

1.Диагностика сепсиса у новорожденного.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
2	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
5	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
6	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
7	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
8	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 3.7: «Недоношенные дети».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи недоношенным детям.

Задачи:

Рассмотреть причины преждевременных родов, клинику, критерии диагностики, принципы лечения недоношенных детей.

Обучить студентов обследовать недоношенных детей, выявлять жалобы на изменение температуры тела, кожную сыпь, на пастозность, снижение или отсутствие диуреза, акроцианоз, пронзительный крик, слабость, адинамию, микроцефалию или гидроцефалию; при сборе анамнеза обращать внимание на наличие инфекции у матери, выяснять, есть ли в семье дети с аномалиями развития, недоношенные дети.

Изучить дифференциальную диагностику заболеваний недоношенных детей, лечение патологии недоношенных детей, прогноз, оказания скорой медицинской помощи детям при со-

стояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области неонатологии.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных, признаки доношенности и зрелости плода, закономерности функционирования отдельных органов и систем у новорожденных. Причины преждевременных родов. Внешние особенности и переходные состояния недоношенных новорожденных, вскармливание недоношенных детей. Лечение патологии у недоношенных детей.

Основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения недоношенных.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; разрабатывать тактику ведения недоношенных новорожденных.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у новорожденных; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Анатомо-физиологические особенности организма доношенных и недоношенных новорожденных.
2. Особенности периода адаптации у доношенных и новорожденных.
3. Фармакологическое действие препаратов железа, сульфата меди, витаминов Е, С, В1, В2, В15, Д, АТФ, элькара.
4. Внешний вид и антропометрические данные у доношенных новорожденных.
5. Транзиторные состояния новорожденных.
6. Рефлексы новорожденного.
7. Частоту дыхания и сердцебиения у здоровых новорожденных.
8. Причины преждевременных родов.
9. Внешние особенности и переходные состояния недоношенных новорожденных.
10. Вскармливание недоношенных детей.
11. Лечение патологии у недоношенных детей.

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы преждевременных родов?
3. Какие дополнительные исследования необходимы больному для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение данному новорожденному ребёнку.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Ребенок родился от третьей беременности, протекавшей с ОРЗ на 7-й неделе, токсикозом в первом триместре, фетоплацентарной недостаточностью, первых родов на 32-й неделе (пер-

вая и вторая беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 20-й неделе). Масса при рождении 1900 г, длина тела 42 см, окружность головы - 30 см, грудной клетки - 28 см. В раннем неонатальном периоде перенес СДР, тяжелый (первичные диссеминированные ателектазы), ДН IIIст. До 7 суток находился на ИВЛ.

На 14-е сутки жизни состояние тяжелое. Кожа бледная, чистая. ЧД 80 в 1 минуту, одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Дыхание проводится во все отделы, в нижних отделах - крепитирующие хрипы. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны ясные, ритмичные. II тон над легочной артерией акцентирован, расщеплен. Выслушивается грубый, "машинный" систоло-диастолический шум. ЧСС 170 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3,5 ем из-под реберной дуги, селезенка -+0,5 см.

Общий анализ крови: НЬ - 160 г/л, Эр - 6,7х10^{12}/л, Лейк - 5,4х10^{9}/л, п/я - 2%, с - 32%, э - 2%, л - 54%, м -10%, СОЭ-3 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки*:* легочные поля прозрачны. Отмечается усиление легочного рисунка, больше в области корней легких. Сердце увеличено в поперечнике, талия сглажена. КТИ = 66%. Тень сосудистого пучка незначительно расширена.

ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС - 180 уд/мин. ЭОС отклонена влево. Отмечаются признаки нарушения трофики миокарда желудочков.

ЭхоКГ: левые отделы сердца увеличены, отмечается ускорение движения створок митрального клапана. Визуализируется открытый артериальный проток, размеры 2,5 мм.

Разбор задачи по алгоритму:

1. Открытый артериальный проток, НК 2А степени, недоношенность, 32 недели гестации, ВУИ.
2. Неблагоприятные факторы: во время беременности у мамы ОРЗ на 7 неделе, фетоплацентарная недостаточность, предыдущие беременности закончились выкидышем вероятно вследствие ВУИ. У ребёнка имеет мести ВУИ.
3. Исследование крови на внутриутробные инфекции, копрограмма, биохимический анализ крови, УЗИ внутренних органов.
4. Грудное вскармливание через зонд, расчет питания, находиться должен в кувезе, элькар, синбиотики, кислородотерапия, антибиотик широкого спектра действия, сердечные гликозиды, кардиотрофики.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: гипоксико-ишемическая энцефалопатия, гнойный омфалит, недоношенность.

Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая - самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°С Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гиперемированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ.

Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, Ps 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на I см, плотноэластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арефлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5х2,5 см, напряжен. Общий анализ крови: НЬ - 140 т/л, Эр - 4,1×1012/л, Ц.п. - 0,9, тромб -120,0×109/л, Лейк - 5Л×109/л, миелоциты - 4%, метамиелоциты -18%, п/я -21%, с - 20%, л -18%. м -19%, СОЭ - 6 мм/час.

Исследование спинномозговой жидкости: *прозрачность - мутная, белок - 990 г/л, реакция Панди ++++, цитоз - 5960 в 3 мкл: нейтрофилы -82%, лимфоциты -18%.*

Задача № 3

Девочка Р., 3 дней, поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 34 лет. Беременность вторая (первая - выкидыш) протекала с токсикозом в первом триместре, во втором и третьем триместрах выявлено повышение содержания сахара в крови, в третьем триместре имели место повышение артериального давления и отеки. Роды преждевременные на 36-й неделе, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 13 часов, 2-й - 1 час, безводный промежуток - 4 часа. Масса тела при рождении 4500 г, длина тела 55 см, окружность головы - 37,5 см, грудной клетки - 36,5 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Закричала после отсасывания слизи и проведения первичных реанимационных мероприятий.

После рождения состояние расценено как тяжелое. Крик слабый, стонущий. Выражены стигмы дисэмбриогенеза: короткая шея, лунообразное лицо, широкие плечи, избыточное отложение подкожно-жировой клетчатки на лице и верхнем плечевом поясе. Лануго, низко расположенное пупочное кольцо. Кожные покровы с цианотичным оттенком, дистальный цианоз, периоральный цианоз. Выражен общий отечный синдром. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, тахикардия до 180 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка у реберного края. В неврологическом статусе отмечалось угнетение рефлексов, гиподинамия. В родильном доме проводили инфузионную терапию с включением 10% растворов глюкозы и альбумина, 25% сернокислой магнезии внутримышечно. На 3-й день жизни ребенок переведен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, вялая, не кричит, периодически стонет, сосет вяло, срыгивает, поза "лягушки". Кожные покровы бледные, иктеричные, мраморные, выражен акроцианоз. Пастозность мягких тканей, отеки на ногах. Пупочная ранка без воспалительных явлений. Дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ЧСС -152 в минуту, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на *2JS* см. селезенка - у реберного края. В неврологическом статусе: ребенок вялый, двигательная активность снижена, рефлексы новорожденного угнетены, при нагрузке появляется тремор подбородка.

Общий анализ крови: *НЬ - 222 г/л. Эр - 6,6×10^{12}/л, Ц.п. - 0,97, Лейк – 10,2×10^{9}/л, п/я – 3%, с – 56%, э -1%, л - 33%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час.*

Сахар крови: *сразу после рождения - 2,5 ммоль/л, в возрасте 3 дней -3,0 ммоль/л.*

Биохимический анализ крови: *общий белок - 51,0 г/л, билирубин: непрямой - 270 мкмоль/л, прямой - нет, мочевина - 5,0 ммоль/л, калий -6,0 ммоль/л, натрий -135 ммоль/л, кальций - 1,02 мм/л.*

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Особенности функционирования специализированных родильных отделений по приему родов до срока.
2. Степень готовности родильного блока обычного родильного дома к приему родов до срока (обогрев родильного зала, влажность воздуха в нем, согревание белья, наличие подготовленного кювеза).
3. Особенности туалета недоношенного новорожденного (отсасывание содержимого носоглотки и желудка, удаление родовой смазки, профилактика гонобленнореи, гигиеническая ванна, обработка пуповинного остатка.
4. Осмотр недоношенного новорожденного на пеленальном столике с подогревом, источником лучистой энергии или закрытом кювезе (оценка состояния, выявление стигм дизэмбриогенеза, морфологических признаков недоношенности, оценка соматического и неврологического статуса, формулирование диагностического заключения).
5. Оснащение палаты для недоношенных детей (кювезы, обеспечивающие оптимальные климатические условия, уменьшающие опасность инфицирования, пеленальные столики с подогревом, электроотсосы, аппаратура для ИВЛ, системы для спонтанного дыхания под положительным давлением.
6. Манипуляции с недоношенными новорожденными в кювезе и кроватке-грелке.
7. Показания и сроки перевода недоношенных новорожденных из палаты для новорожденных в специализированное отделение детской больницы.
8. Задачи специализированного отделения по выхаживанию недоношенных в детской больнице (стойкое восстановление или компенсация недоразвитых или утраченных функций, нормализация гомеостаза, повышение иммунологической реактивности, продолжение терапии церебральных нарушений или инфекционых заболеваний, профилактика анемии и рахита).
9. Особенности ухода за недоношенным новорожденным в специализированном отделении детской больницы.
10. Профилактика анемии у недоношенных новорожденных (рациональный режим питания, препараты железа, сульфат меди, витамин Е).
11. Профилактика рахита у недоношенных новорожденных (витамин Д, С, В 1, В2, В15, АТФ, УФО), проведение вакцинации БЦЖ.
12. Показания к выписке недоношенных детей из специализированного отделения.
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1.. ПОТРЕБНОСТЬ НЕДОНОШЕННОГО В КАЛОРИЯХ В ПЕРИОД ПРИБАВКИ МАССЫ ТЕЛА ДО ДОСТИЖЕНИЯ ВЕСА 2500Г СОСТАВЛЯЕТ:

1) 110 ккал/кг
2) 120 ккал/кг
3) 140 ккал/кг

2. ПОКАЗАНИЕМ К КОРМЛЕНИЮ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ЯВЛЯЕТСЯ:

1) наличие синдрома срыгивания
2) внутриутробное инфицирование
3) пороки развития мягкого и твердого неба

3. ЧЕРЕЗ СОСКУ СЛЕДУЕТ КОРМИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:

1) с массой тела менее 1000г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
2) с массой тела 1000-1250г и наличием сосательного и глотательного рефлексов
3) с массой тела 1250-1800г и наличием сосательного и глотательного рефлексов

4) с массой тела 1800г и наличием сосательного и глотательного рефлексов

4. К ГРУДИ МОЖНО ПРИЛОЖИТЬ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА:
   1) с массой тела более 1800г и удовлетворительном состоянии
   2) с массой тела более 1250г и наличием сосательного и глотательного рефлекса
   3) при достаточном количестве молока у матери
   4) с любой массой в удовлетворительном состоянии

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИШЕМИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА У НЕДОНОШЕННЫХ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:
   1) в парасагиттальной области
   2) в перивентрикулярном белом веществе
   3) в коре теменной доли

Эталоны ответов:1)2; 2)1;3)3;4)1);5)2.

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Профилактика анемии и рахита у недоношенных новорожденных.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клиниче-	гл. ред. А.А. Ба-	2007	5+9	ЭБС Консуль-

	ские рекомендации» 2007г.	ранов, Союз педиатров России.	2009		тант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 4. «Гематология».

Тема 4.1. «Дифференциальная диагностика и лечение лейкозов»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при лейкозах.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с данным заболеванием крови.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с острыми и хроническими лейкозами; обследовать больных детей, выявлять клинику при заболеваниях крови, определить ведущий синдром, основные клинические и лабораторные признаки острых и хронических лейкозов, стадии лейкозов в зависимости от их варианта. Обучить лечению данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики острых и хронических лейкозов, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области гематологии, в частности знания по лейкозам.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели иметоды ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных лейкозами, клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных лейкозами; инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике лейкозов.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; принципы лечения и этапы терапии лейкозов у детей.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования новорожденного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики лейкозов у детей; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), инновационными методами лабораторных и инструментальных исследований в диагностике лейкозов.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Определение понятия лейкоза
2.Совпкменные классификации лейкозов
3.Методы исследования гемопоэза
4.Этиология, патогенез лейкозов
5.Факторы риска острых и хронических лейкозов
6.Основные клинические и лабораторные признаки острых и хронических лейкозов
7.Стадии лейкозов в зависимости от варианта
8.Осложнения лейкозов
9.Алгоритм диагностического поиска при лейкозах
10.Дифференциальная диагностика лейкозов
11. Инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике лейкозов
12. Принципы лечения. Этапы терапии лейкозов
13. Реабилитация больных с лейкозами
14. Прогноз лейкозов
15. Диспансеризация больных с лейкозами.

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:
1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Составьте план обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача № 1

Больной 6 лет, жалуется на резкую слабость, потливость, отсутствие аппетита, боли в голеностопных суставах распирающего характера. В течение 3 недель отмечается лихорадка, устойчивая к антибиотикам, кровоточивость дёсен. Начало заболевания связывает с острым респираторным заболеванием.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, с петехиально-экхимозными геморрагиями по всему телу. Гингивит. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 110 в минуту. АД – 120/70 мм.рт.ст. Размеры печени: 12х10х9 см. Селезёнка на 5 см ниже рёберной дуги.

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 65 г/л; Эритроциты – $2,4x10^{12}$/л; Ретикулоциты – 0,9%; MCV- 82 fl, MCH- 29 пг RDW – 13%, Лейкоциты – $65x10^{9}$/л; Тромбоциты – 15 $x10^{9}$; СОЭ – 47мм/ч; миелобласты – 52%; п/я нейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 8%; эозинофилы – 3%, лимфоциты – 31%; моноциты – 4%,

Цитохимические реакции:

Реакция на пероксидазу – (++)

Реакция на гликоген – (–)

Разбор задачи по алгоритму:

1)Основные синдромы:

-синдром опухолевой пролиферации (миелопролиферации): бластоз в периферической крови (лейкоцитоз, 52% миелобластов), гепатоспленомегалия, гингивит, боли в голеностопных суставах, положительная реакция на пероксидазу;

-синдром опухолевой интоксикации: резкая слабость, потливость, отсутствие аппетита, лихорадка, ускоренная СОЭ;

-синдром тромбоцитопении

-геморрагический синдром петехиально-экхимозные геморрагии по всему телу, кровоточи-

вость десен;
-анемический синдром (циркуляторно-гипоксический): нормохромная, нормоцитарная, норморегенераторная анемия тяжелой степени тяжести, бледность кожных покровов, тахикардия.-синдром вторичного иммунодефицита (нейтропения).

2) Диагноз: Острый миелобластный лейкоз, впервые выявленный, острый период.

3) Дополнительные методы обследования:

- стернальная пункция;
- цитохимическое исследование бластных клеток костного мозга;
- иммунофенотипирование бластных клеток костного мозга;
- цитогенетическое, FISH исследование бластных клеток костного мозга;
- молекулярно-биологическое исследование бластов костного мозга (определение прогностически благоприятных или неблагоприятных кареологических дефектов – mРНК, PHL/RAR a);
- коагулограмма;
- группа крови и резус-фактор;
- маркеры вирусных гепатитов В и С;
- биохимический анализ крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин, глюкоза, креатинин (СКФ), мочевина, мочевая кислота, ЛДГ, СРБ, КОС, электролиты)
- общий анализ мочи;
- посевы из крови, зева, носа, мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭКГ;
- ЭХО-кардиография;
- РГ органов грудной клетки;
- КТ – головы
- консультация офтальмолога (осмотр глазного дна)

Дифференциальный диагноз:

1. Острые миелоидные лейкозы
2. Острый лимфобластный лейкоз
3. Хронический миелолейкоз на стадии акселерации или бластного криза
4. Миелодиспластический синдром – РАИБ, РАИБ тр.

Окончательный диагноз: Острый миелобластный лейкоз, впервые выявленный, острый период.

4) Лечение:

- химиотерапия: индукция ремиссии по программе: «7+3» (цитозар, даунорубицин).
- переливание эритроцитной массы, концентрата тромбоцитов;
- антибактериальная, противогрибковая терапия;
- дезинтоксикационная терапия (2-3 л/м^2/сут);
- аллопуринол 600 мг/сут;
- противорвотная терапия: ондансетрон 4 мл в/в стр. 2 раза в день в дни введения цитостатиков.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Больной В., 12 лет, поступил в отделение с жалобами на бледность кожи, боль в ногах, появление синяков на теле, увеличение лимфатических узлов, повышение температуры, слабость, Анамнез заболевания: считает себя больным в течение месяца. Сначала появилась слабость, бледность кожи, боли в ногах, повысилась температура, затем отметили увеличение лимфатических узлов. За 2 дня до поступления появились синяки на теле, обильные носовые кровотечения, кровоточивость из мест инъекций. При обследовании в поликлинике выявлены изменения в гемограмме, в связи с чем он госпитализирован.

Анамнез жизни без особенностей. Из перенесенных заболеваний отмечают ОРВИ 2-3 раза в год.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое: пациент вялый, кожа бледная. Явления язвенно-некротического стоматита. На коже туловища, конечностей масса петехий, экхимозов различных размеров и окраски. Отмечается увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфатических узлов до 1-3 см в диаметре. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, выслушивается средней интенсивности систолический шум на верхушке, в V точке. Живот увеличен в размере. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4-5 см, селезенка – на 6 см.

Гемограмма: эритроциты 2,5×1012/л, гемоглобин 62 г/л, ретикулоциты 0,1%, трмбоциты 13×109/л, лейкоциты 18,4×109/л, эозинофилы 1%, п/я 1%, с/я 2%, лимфоциты 70%, моноциты 6%, бластные клетки 20%, СОЭ 74 мм/час.

Миелограмма: повышенная клеточность – 600х10*9/л, лимфобласты 85%, гранулоцитарный, эритроцитарнный и мегакариоцитарнный ростки угнетены.

Задача № 3

Больной 8 лет, жалуется на резкую слабость, потливость, отсутствие аппетита, боли в голеностопных суставах распирающего характера. В течение 3-х недель лихорадка, устойчивая к антибиотикам, кровоточивость дёсен. Начало заболевания связывает с острым вирусным респираторным заболеванием.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, с петехиально-экхимозными геморрагиями по всему телу. Гингивит. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 110 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Размеры печени: 12х10х9. Селезёнка на 5 см ниже рёберной дуги.

Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л; эритроциты $2{,}2х10^{12}$/л; ЦП 0,95; лейкоциты $45х10^{9}$/л; тромбоциты $20х10^{9}$; СОЭ 47 мм/ч; миелобласты 72%; с/я нейтрофилы 8%; лимфоциты 16%; моноциты 4%.

Нормоцитоз (–); Анизоцитоз (+); Пойкилоцитоз (+); Макроцитоз (–); Микроцитоз (–); Микросфероцитоз (–); Гипохромия (–).

Цитохимические реакции: реакция на пероксидазу (++), реакция на гликоген (–).

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Современный взгляд на гемопоэз и иммуногенез. Генетические основы иммунного ответа.

2.Особенности регуляции кроветворения и иммунной системы в детском возрасте.

3.Показатели гемограммы, миелограммы, трепанобиоптата и иммунограммы в норме.

4.Показатели гемограммы, миелограммы, трепанобиоптата и иммунограммы при опухолях иммунной системы, аутоиммунных заболеваниях крови.

5.Основыне виды клеточной терапии в педиатрии.

6.Общие принципы аллогенной и аутологической трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

7.Показания для трансплантации, оценка эффективности терапии и прогноз.

8.Диспансерное наблюдение в посттрансплантационный период, диагностика и коррекция возможных осложнений.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тесты:

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:
1. биопсию лимфоузла
2. пункцию селезенки
3. стернальную пункцию*
4. определение числа ретикулоцитов

2. ФИЛАДЕЛЬФИЙСКУЮ ХРОМОСОМУ – Т (9;22) ПРИ ЦИТОГЕНЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ ПРИ:
1. хроническом лимфолейкозе
2. остром миелобластном лейкозе
3. хроническом миелолейкозе*
4. истинной полицитемии

3. ДИАГНОЗ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА НЕ ВЫЗЫВАЕТ СОМНЕНИЙ ПРИ:
1. Повышении уровня лейкоцитов в гемограмме
2. Наличии в костном мозге бластов более 20% *
3. Анемическом и геморрагическом синдромах
4. Угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге

4. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ?
1. Лимфоциты
2. Миелоциты
3. Промиелоциты
4. Миелобласты*
5. Лимфобласты

5. Т-ОСТРЫЙ ЛИМФОБЛАСТНЫЙ ЛЕЙКОЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЦИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЛАСТНЫХ КЛЕТОК:
1)ПАС-позитивный материал (++) в виде гранул*
2)миелопероксидаза отр. (--)
3)альфа-нафтилацетат отр. (--)
4)кислая фосфатаза пол. (+++)
5)все вышеперечисленное верно

4) Подготовить реферат по данной теме:
1.Осложнения лейкозов у детей.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача
3	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. А.Г Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской	Москва «ГЭОТАР-Медиа 2015	-	ЭБС Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	Нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
11	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 4.2. «Апластические анемии»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков с апластическими анемиями.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных апластической анемией.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных

с апластической анемией; обследовать больных детей, выявлять клинику при заболеваниях крови, определить ведущий синдром, основные клинические и лабораторные признаки апластической анемии. Обучить лечению данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики апластических анемий, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области гематологии, в том числе с апластическими анемиями.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных апластической анемией, клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике апластических анемии.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; принципы лечения и этапы терапии апластических анемий у детей.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования больного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики апластических анемий у детей; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), инновационными методами лабораторных и инструментальных исследований в диагностике анемий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение понятия апластическая анемия
2. Методы исследования гемопоэза
3. Характеристика гемопоэтических стволовых клеток
4. Этиология, патогенез апластической анемии
5. Факторы риска апластической анемии
6. Основные клинические и лабораторные признаки апластической анемии
7. Формы апластической анемии
8. Осложнения апластической анемии
9. Диагностика апластической анемии
10. Дифференциальная диагностика апластической анемии
11. Стандартные и инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике апластической анемии
12. Принципы лечения. Этапы терапии апластической анемии
13. Виды трансплантации при апластической анемии
14. Реабилитация больных с апластической анемией
15. Прогноз течения апластической анемии
16. Диспансеризация больных с апластической анемией

2. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Составьте план обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение.

Задача № 1

Больная 14 лет, через 2 недели, после перенесенной фолликулярной ангины, отметила повторный подъем температуры до 390С, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократно была рвота.

Анамнез: детские инфекции, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, желтушные, с «лимонным» оттенком, иктеричность склер. В зеве – спокойно, миндалины увеличены до II ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС –106 в мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11х9х8 см; селезенка на 3 см ниже левой реберной дуги. Стул не нарушен, моча темного цвета.

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 53 г/л; Эритроциты – 1.8х1012/л; MCV – 98 fl, MCH – 30 пг, RDW – 14,5%; Ретикулоциты – 460%0; Лейкоциты – 12х109/л; Тромбоциты – 170х109/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 5%; с/я нейтрофилы – 62%; Лимфоциты – 28%; Моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови:

Билирубин общ. – 47 мкмоль/л; Билирубин непр. – 40 мкмоль/л; Тимоловая проб – 0,5 ЕД; Щелочная фосфатаза – 190 ЕД; АЛТ – 20 Ед/л; АСТ – 21 Ед/л.

Серологический анализ:

Прямая проба Кумбса (титр) – 1:512;

Агрегат-гемагглютинационная проба – неполные тепловые агглютинины

Разбор задачи по алгоритму:

1) Основные синдромы:

1. синдром гемолиза: ретикулоцитоз, прямая проба Кумбса положительная, наличие неполных тепловых агглютининов, непрямая гипербилирубинемия, спленомегалия.
2. анемический синдром: нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная анемия тяжелой степени тяжести, бледные кожные покровы, тахикардия, функциональный систолический шум на верхушке сердце.
3. синдром желтухи: гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, лимонный оттенок кожных покровов, иктеричность склер, моча темного цвета,
4. интоксикационный синдром: повышение температуры, резкая слабость, озноб, тошнота, рвота.

2) Диагноз: Приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз.

3) Дополнительные методы обследования:

- стернальная пункция (миелограмма)
- осмотическая резистентность эритроцитов;
- Биохимия крови (АЛТ, АСТ), общий билирубин и фракции, общий белок, альбумин, глюкоза, креатинин (СКФ), мочевина, ЛДГ, свободный гемоглобин плазмы, гаптоглобин);
- группа крови и резус-фактор.
- общий анализ мочи;
- гемосидерин, железо, медь, гемоглобин в моче
- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ;
- Рентген грудной клетки;

Дифференциальный диагноз:

1. Приобретенная гетероиммунная гемолитическая анемия (на антибиотики, сульфаниламиды, вирусные и бактериальные инфекции)
2. Наследственные гемолитические анемии
3. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия
4. В-12 дефицитная анемия
5. Тромбоцитопеническая пурпура
6. Трансфузия несовместимых эритроцитов (без учета резус-фенотипа).
7. Маршевая гемоглобинурия
8. Болезнь Вильсона

Окончательный диагноз: приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз

4) Лечение:
- преднизолон 1 мг/кг – 21 день с дальнейшей постепенной отменой
- переливание эритроцитной массы;
- дезинтоксикационная терапия;
- фолиевая кислота 5-10 мг в сутк

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Больная, 17 лет. Жалуется на появление мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях, кровоточивость десен, периодически носовые кровотечения, слабость, головокружение, сердцебиение.

Из анамнеза: больна в течение 2-х последних месяцев.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, множественные петехии на нижних конечностях, подкожные гематомы разной величины в области живота, бедер. Кровоизлияние в склеру правого глаза. В ротоглотке слизистые бледные с мелкоточечными кровоизлияниями. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 100 в мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови:

гемоглобин – 63 г/л; эритроциты – $1,7x10^{12}$/л; MCV – 89 fl, MCH – 28 пг, MCHC – 34 г/дл, RDW – 12,5%, ретикулоциты – 0.1‰; Лейкоциты – 0,9 $x10^9$/л; тромбоциты – 6 $x10^9$/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 2%; с /я нейтрофилы – 4%; лимфоциты – 88%; моноциты – 6%

Длительность кровотечения по Дьюку – больше 15 мин.

Свертываемость крови по Ли-Уайту – 8 мин.

Ретракция кровяного сгустка – 25%

Трепанобиоптат костного мозга (подвздошная кость, задняя ость):

Костный мозг малоклеточный, представлен преимущественно жировой тканью (2/3). Деятельная гемопоэтическая ткань представлена единичными мелкими очагами эритроидных элементов, большими скоплениями лимфоцитов. Гранулоцитарные очаги и мегакариоциты не встречаются. Встречаются участки кровоизлияний.

Задача № 3

Больная 11 лет, через 3 недели, после перенесенной лакунарной ангины, отметила повторный подъем температуры до40 С, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократно была рвота.

Анамнез: детские инфекции, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, желтушные, с «лимонным» оттенком, иктеричность склер. В зеве – спокойно, миндалины увеличены до II ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС –106 в мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот

мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11х9х8 см; селезенка на 3 см ниже левой реберной дуги. Стул не нарушен, моча темного цвета.
Общий анализ крови:
Гемоглобин – 53 г/л; Эритроциты – 1.8х1012/л; MCV – 98 fl, MCH – 30 пг, RDW – 14,5%; Ретикулоциты – 460%0; Лейкоциты – 12х109/л; Тромбоциты – 170х109/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 5%; с/я нейтрофилы – 62%; Лимфоциты – 28%; Моноциты – 5%.
Биохимический анализ крови:
Билирубин общ. – 47 мкмоль/л; Билирубин непр. – 40 мкмоль/л; Тимоловая проб – 0,5 ЕД; Щелочная фосфатаза – 190 ЕД; АЛТ – 20 Ед/л; АСТ – 21 Ед/л.
Серологический анализ:
Прямая проба Кумбса (титр) – 1:512;
Агрегат-гемагглютинационная проба – неполные тепловые агглютинины

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определение понятия апластическая анемия, методы исследования гемопоэза.
2. Этиология, патогенез апластической анемии
3. Факторы риска апластической анемии, основные клинические и лабораторные признаки апластической анемии
4. Формы апластической анемии. Осложнения апластической анемии.
5. Диагностика апластической анемии. Дифференциальная диагностика апластической анемии.
6. Стандартные и инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике апластической анемии.
7. Принципы лечения. Этапы терапии апластической анемии
8. Виды трансплантации при апластической анемии
14. Реабилитация, прогноз, диспансеризация.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТНОСЯТ:
    1) химические вещества, типа бензола и его производных*
    2) вирус гепатита В или С*
    3) лекарственные препараты (антибиотики тетрациклинового ряда, препараты золота)*
    4) дефицит витамина В12
    5) дефицит фолиевой кислоты
2. АПЛАСТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
    1) поражение полипотентной стволовой гемопоэтической клетки*
    2) нарушение дифференцировки лимфопоэза
    3) дефицита витамина В12
    4) дефицита железа
3. ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ КОСТНОМОЗГОВОГО КРОВЕТВОРЕНИЯ:
    1) нормальное соотношение кроветворного и жирового костного мозга
    2) очаговая пролиферация лимфоцитов

3) преобладание в костном мозге кроветворной ткани над жировой
4) преобладание в костном мозге жировой ткани над кроветворной (более 50%)*

4. ВЫДЕЛИТЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ:
   1) панцитопения в общем анализе крови*
   2) ретикулоцитоз;
   3) низкий уровень сыворочного железа;
   4) спленомегалия;
   5) низкий уровень витамина В12 в сыворотке крови.
5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ДЛЯ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ:
   1. анемический синдром*
   2. геморрагический синдром*
   3. синдром инфекционных осложнений*
   4. синдром спленомегалии
   5. синдром лимфаденопатии
   6.

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Стандартные и инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике апластической анемии.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача
3	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. А.Г Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской	Москва «ГЭОТАР-Медиа 2015	-	ЭБС Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ

4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
11	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 4.3. «Гемолитеческие анемии»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при гемолитических анемиях.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных гемолитической анемией.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с гемолитической анемией; обследовать больных етей, выявлять клинику при заболеваниях крови, определить ведущий синдром, основные клинические и лабораторные признаки гемолитической анемии. Обучить лечению данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики гемолитических анемий, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области гематологии: по гемолитическим анемиям.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных гемолитической анемией, клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; ин-

новационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике гемолитических анемии.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; принципы лечения и этапы терапии гемолитических анемий у детей.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования больного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики гемолитических анемий у детей; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), инновационными методами лабораторных и инструментальных исследований в диагностике анемий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Общие критерии гемолиза
2. Признаки внутриклеточного гемолиза
3. Признаки внутрисосудистого гемолиза
4. Классификация гемолитических анемий
5. Этиология, патогенез наследственных гемолитических анемий
6. Этиология, патогенез приобретенных гемолитических анемий
7. Основные клинические и лабораторные признаки наследственных гемолитических анемий
8. Основные клинические и лабораторные признаки приобретенных гемолитических анемий
9. Осложнения наследственных гемолитических анемий. Осложнения пробретенных гемолитических анемий
10. Дифференциальный диагноз гемолитических анемий
11. Лечение наследственных гемолитических анемий
12. Лечение приобретенных гемолитических анемий
13. Прогноз наследственных и приобретенных гемолитических анемий
14. Диспансеризация наследственных и приобретенных гемолитических анемий

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Составьте план обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1.

Больная 14 лет, через 2 недели, после перенесенной фолликулярной ангины, отметила повторный подъем температуры до 390С, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократно была рвота.

Анамнез: детские инфекции, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, желтушные, с «лимонным» оттенком, иктеричность склер. В зеве – спокойно, миндалины увеличены до II ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС –106 в мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11х9х8 см; селезенка на 3 см ниже левой реберной дуги. Стул не нарушен, моча темного цвета.

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 53 г/л; Эритроциты – 1.8х1012/л; MCV – 98 fl, MCH – 30 пг, RDW – 14,5%; Ретикулоциты – 460%0; Лейкоциты – 12х109/л; Тромбоциты – 170х109/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 5%; с/я нейтрофилы – 62%; Лимфоциты – 28%; Моноциты – 5%.
Биохимический анализ крови:
Билирубин общ. – 47 мкмоль/л; Билирубин непр. – 40 мкмоль/л; Тимоловая проб – 0,5 ЕД; Щелочная фосфатаза – 190 ЕД; АЛТ – 20 Ед/л; АСТ – 21 Ед/л.
Серологический анализ:
Прямая проба Кумбса (титр) – 1:512;
Агрегат-гемагглютинационная проба – неполные тепловые агглютинины
Разбор задачи по алгоритму:
1) Основные синдромы:
1. синдром гемолиза: ретикулоцитоз, прямая проба Кумбса положительная, наличие неполных тепловых агглютининов, непрямая гипербилирубинемия, спленомегалия.
2. анемический синдром: нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная анемия тяжелой степени тяжести, бледные кожные покровы, тахикардия, функциональный систолический шум на верхушке сердце.
3. синдром желтухи: гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, лимонный оттенок кожных покровов, иктеричность склер, моча темного цвета,
4. интоксикационный синдром: повышение температуры, резкая слабость, озноб, тошнота, рвота.
2) Диагноз: Приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз
3) Дополнительные методы обследования:
- стернальная пункция (миелограмма)
- осмотическая резистентность эритроцитов;
- Биохимия крови (АЛТ, АСТ), общий билирубин и фракции, общий белок, альбумин, глюкоза, креатинин (СКФ), мочевина, ЛДГ, свободный гемоглобин плазмы, гаптоглобин);
- группа крови и резус-фактор.
- общий анализ мочи;
- гемосидерин, железо, медь, гемоглобин в моче
- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ;
- Рентген грудной клетки;
Дифференциальный диагноз:
1. Приобретенная гетероимунная гемолитическая анемия (на антибиотики, сульфаниламиды, вирусные и бактериальные инфекции)
2. Наследственные гемолитические анемии
3. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия
4. В-12 дефицитная анемия
5. Тромбоцитопеническая пурпура
6. Трансфузия несовместимых эритроцитов (без учета резус-фенотипа).
7. Маршевая гемоглобинурия
8. Болезнь Вильсона
Окончательный диагноз: приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз
4) Лечение:
- преднизолон 1 мг/кг – 21 день с дальнейшей постепенной отменой
- переливание эритроцитной массы;
- дезинтоксикационная терапия;
- фолиевая кислота 5-10 мг в сутк
3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2.

Больная, 17 лет. Жалуется на появление мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях, кровоточивость десен, периодически носовые кровотечения, слабость, головокружение, сердцебиение.

Из анамнеза: больна в течение 2-х последних месяцев.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожные покровы, видимые слизистые бледные, множественные петехии на нижних конечностях, подкожные гематомы разной величины в области живота, бедер. Кровоизлияние в склеру правого глаза. В ротоглотке слизистые бледные с мелкоточечными кровоизлияниями. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 100 в мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови:

гемоглобин – 63 г/л; эритроциты – $1,7x10^{12}$/л; MCV – 89 fl, MCH – 28 пг, MCHC – 34 г/дл, RDW – 12,5%, ретикулоциты – 0.1‰; Лейкоциты – 0,9 $x10^{9}$/л; тромбоциты – 6 $x10^{9}$/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 2%; с /я нейтрофилы – 4%; лимфоциты – 88%; моноциты – 6%

Длительность кровотечения по Дьюку – больше 15 мин.

Свертываемость крови по Ли-Уайту – 8 мин.

Ретракция кровяного сгустка – 25%

Трепанобиоптат костного мозга (подвздошная кость, задняя ость):

Костный мозг малоклеточный, представлен преимущественно жировой тканью (2/3). Деятельная гемопоэтическая ткань представлена единичными мелкими очагами эритроидных элементов, большими скоплениями лимфоцитов. Гранулоцитарные очаги и мегакариоциты не встречаются. Встречаются участки кровоизлияний.

Задача №3.

Больная 12 лет, через 1 недели, после перенесенной фолликулярной ангины, отметила повторный подъем температуры до 380С, резкую слабость, озноб, боли в поясничной области, постоянную тошноту, однократно была рвота.

Анамнез: детские инфекции, хронический тонзиллит.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, желтушные, с «лимонным» оттенком, иктеричность склер. В зеве – спокойно, миндалины увеличены до II ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум на верхушке. ЧСС –106 в мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 11х9х8 см; селезенка на 3 см ниже левой реберной дуги. Стул не нарушен, моча темного цвета.

Общий анализ крови:

Гемоглобин – 53 г/л; Эритроциты – 1.8х1012/л; MCV – 98 fl, MCH – 30 пг, RDW – 14,5%; Ретикулоциты – 460%0; Лейкоциты – 12х109/л; Тромбоциты – 170х109/л; СОЭ – 45 мм/ч; п/я нейтрофилы – 5%; с/я нейтрофилы – 62%; Лимфоциты – 28%; Моноциты – 5%.

Биохимический анализ крови:

Билирубин общ. – 47 мкмоль/л; Билирубин непр. – 40 мкмоль/л; Тимоловая проб – 0,5 ЕД; Щелочная фосфатаза – 190 ЕД; АЛТ – 20 Ед/л; АСТ – 21 Ед/л.

Серологический анализ:

Прямая проба Кумбса (титр) – 1:512;

Агрегат-гемагглютинационная проба – неполные тепловые агглютинины

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Общие критерии гемолиза
2. Признаки внутриклеточного гемолиза
3. Признаки внутрисосудистого гемолиза
4. Классификация гемолитических анемий
5. Этиология, патогенез наследственных гемолитических анемий
6. Этиология, патогенез приобретенных гемолитических анемий
7. Основные клинические и лабораторные признаки наследственных гемолитических анемий
8. Основные клинические и лабораторные признаки приобретенных гемолитических анемий
9. Осложнения наследственных гемолитических анемий. Осложнения пробретенных гемолитических анемий
10. Дифференциальный диагноз гемолитических анемий
11. Лечение наследственных гемолитических анемий
12. Лечение приобретенных гемолитических анемий
13. Прогноз наследственных и приобретенных гемолитических анемий
14. Диспансеризация наследственных и приобретенных гемолитических анемий
3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ГЕМОЛИЗА:
1. гипербилирубинемия*
2. гемоглобинурия*
3. повышение содержание сыворочного железа*
4. ретикулоцитоз*
5. лимфоцитоз
2. ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ МОГУТ ПРОВОЦИРОВАТЬ:
1. острые респираторные вирусные инфекции*
2. тяжелые физические нагрузки*
3. прием антибиотиков
4. уремия
3. ДЛЯ ВРОЖДЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ ХАРАКТЕРНО:
1. снижение осмотической резистентности эритроцитов*
2. увеличение содержания общего билирубина в сыворотке крови*
3. положительная проба Кумбса
4. снижение содержания сыворочного железа*
5. повышение глюкозы в сыворотке крови
4. ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАБЛЮДАЕТСЯ:
1. нормохромная анемия*
2. ретикулоцитоз*
3. ускоренное СОЭ*
4. лимфоцитоз
5. высокий лейкоцитоз, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
5. ВЫБЕРИТЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКИХ АНЕМИЙ:
1. лимфоаденопатия
2. петехии на коже
3. носовые кровотечения
4. желтушность кожи и склер*
5. спленомегалия*
6. К НАСЛЕДСТВЕННЫМ ГЕМОЛИТИЧЕСКИМ АНЕМИЯМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ДЕФЕКТОМ МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ, ОТНОСЯТ:

1. талассемия
2. серповидноклеточная анемия
3. апластическая анемия
4. болезнь Маркиафаве-Микели
5. болезнь Минковского-Шоффара*

4) Подготовить реферат по данной теме:
1. Дифференциальный диагноз гемолитических анемий.

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	2	ЭБС Консультант студента Консультант врача
3	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. А.Г Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской	Москва «ГЭОТАР-Медиа 2015	-	ЭБС Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	Нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача

8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
11	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 4.4. «Иммунные тромбоцитопении».

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при иммунных тромбоцитопениях.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения больных с иммунными тромбоцитопениями.

Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с иммунными тромбоцитопениями; обследовать больных детей, выявлять клинику при заболеваниях крови, определить ведущий синдром, основные клинические и лабораторные признаки иммунных тромбоцитопений. Обучить лечению данной патологии у детей, прогноз.

Изучить вопросы дифференциальной диагностики иммунных тромбоцитопений, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Сформировать базовые знания в области гематологии, в том числе по иммунным тромбоцитопениям.

Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных иммунными тромбоцитопениями, клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике иммунных тромбоцитопений.

Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; принципы лечения и этапы терапии иммунных тромбоцитопений.

Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования больного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных

методов диагностики иммунных тромбоцитопений у детей; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), инновационными методами лабораторных и инструментальных исследований в диагностике с иммунных тромбоцитопений.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1.Определение понятия тромбоцитопении
2.Механизмы развития тромбоцитопений
3.Методы исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза
4.Этиология, патогенез иммунной тромбоцитопении
5.Формы иммунной тромбоцитопении
6.Основные клинические и лабораторные признаки иммунной тромбоцитопении
7.Осложнения иммунной тромбоцитопении
8. Дифференциальный диагноз иммунной тромбоцитопении
9.Значение лабораторных исследований в диагностике иммунной тромбоцитопении
10.Принципы лечения. Этапы терапии иммунной тромбоцитопении
11.Прогноз иммунной тромбоцитопении
12.Диспансеризация больных с иммунной тромбоцитопенией

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:
1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Составьте план обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение.
2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1.

Больная 9 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, сниженный аппетит, мелкоточечные кровоизлияния на нижних конечностях.

Со слов мамы состояние ребенка ухудшилось последние 2 недели после вакцинации от гриппа. Геморрагии на коже появились 2 дня назад. Ночью было носовое кровотечение.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, на ногах множественные петехии, на туловище свежие единичные (не более 5) синяки до 3 см. в диаметре. В ротоглотке слизистые розового цвета, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 125 г/л, эритроциты 3,8*10/12/л, ретикулоциты 20 промилей, MCV – 80 фл, MCH – 28 пг, RDW – 13%, лейкоциты 8*10/9/л, тромбоциты 30*10/9/л, СОЭ 18 мм/час, п/я 3 %, с/я 26%, эоз.-1% , лимфоциты 67%, моноциты 3%.

Длительность кровотечения по Дьюку 20 минут, свертываемость крови по Ли-Уайту 5 минут, ретракция кровяного сгустка 30%

Миелограмма: Костный мозг нормальной клеточности. По составу полиморфный. Представлены все ростки гемопоэза. Увеличено содержание мегакариоцитов.

Разбор задачи по алгоритму:

1) Основные синдромы:

1.синдром гемолиза: ретикулоцитоз, прямая проба Кумбса положительная, наличие неполных тепловых агглютининов, непрямая гипербилирубинемия, спленомегалия.

2.анемический синдром: нормохромная, нормоцитарная, гиперрегенераторная анемия тяжелой степени тяжести, бледные кожные покровы, тахикардия, функциональный систолический шум на верхушке сердце.
3.синдром желтухи: гипербилирубинемия за счет непрямого билирубина, лимонный оттенок кожных покровов, иктеричность склер, моча темного цвета,
4.интоксикационный синдром: повышение температуры, резкая слабость, озноб, тошнота, рвота.
2) Диагноз: Приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз
3) Дополнительные методы обследования:
- стернальная пункция (миелограмма)
- осмотическая резистентность эритроцитов;
- Биохимия крови (АЛТ, АСТ), общий билирубин и фракции, общий белок, альбумин, глюкоза, креатинин (СКФ), мочевина, ЛДГ, свободный гемоглобин плазмы, гаптоглобин);
- группа крови и резус-фактор.
- общий анализ мочи;
- гемосидерин, железо, медь, гемоглобин в моче
- УЗИ брюшной полости;
- ЭКГ;
- Рентген грудной клетки;
Дифференциальный диагноз:
1. Приобретенная гетероимунная гемолитическая анемия (на антибиотики, сульфаниламиды, вирусные и бактериальные инфекции)
2. Наследственные гемолитические анемии
3. Пароксизмальная ночная гемоглобинурия
4. В-12 дефицитная анемия
5. Тромбоцитопеническая пурпура
6. Трансфузия несовместимых эритроцитов (без учета резус-фенотипа).
7. Маршевая гемоглобинурия
8. Болезнь Вильсона
Окончательный диагноз: приобретенная идиопатическая аутоиммунная гемолитическая анемия. Гемолитический криз
4) Лечение:
- преднизолон 1 мг/кг – 21 день с дальнейшей постепенной отменой
- переливание эритроцитной массы;
- дезинтоксикационная терапия;
- фолиевая кислота 5-10 м/кг

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача №2.

Больная 4 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, сниженный аппетит, мелкоточечные кровоизлияния на нижних конечностях.
Со слов мамы состояние ребенка ухудшилось последние 2 недели после вакцинации от гриппа. Геморрагии на коже появились 2 дня назад. Ночью было носовое кровотечение.
Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, на ногах петехии, на туловище свежие единичные синяки 2*3 см. В зеве спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.
Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, эритроциты 3,6*10/12/л, етикулоциты 20 промилей, лейкоциты 9*10/9/л, тромбоциты 30*10/9/л, СОЭ 18 мм/час, п/я 3 %, с/я 67%, лимфоциты 27%, моноциты 3%.

Длительность кровотечения по Дьюку 20 минут, свертываемость крови по Ли-Уайту 5 минут, ретракция кровяного сгустка 30% (норма 75%).
Миелограмма: Костный мозг нормальной клеточности. По составу полиморфный. Представлены все ростки гемопоэза. содержание мегакариоцитов.

Задача №3

Больная А. 16 лет. Заболела остро – 2 дня назад после переохлаждения появились мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях.
Из анамнеза: вирусный гепатит А, ОРВИ 1 -2 раза в год. Менструации с 13 лет, в течение последних 6 месяцев до 6 дней.
Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. Отмечаются петехии, синяки на ногах и туловище. В зеве гиперемия, миндалины увеличены до II ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 86 в минуту, АД 110/60 мм. рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.
Общий анализ крови: гемоглобин 93 г/л; эритроциты 3,5*10/12/л, MCV 78 fl., MCH 25 пг, MCHC 25 г/дл, ретикулоциты 1%, лейкоциты 5,4*10/9/л; тромбоциты 25*10/9/л; СОЭ 20 мм/час, п/я нейтрофилы 2%; с/я нейтрофилы 66%, моноциты 9%, лимфоциты 23 %.
Длительность кровотечения по Дьюку 10 минут.
Свертываемость крови по Ли-Уайту 6 минут.
Ретракция кровяного сгустка 55%.
Миелограмма: клеточность костного мозга 150*10/9/л, представлены все ростки кроветворения. Мегакариоцитарный росток раздражен.
Биохимический анализ крови: билирубин общий 8 мкмоль/л, АЛТ 8 ед/л, АСТ 10ед/л, креатинин 64 ммоль/л

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Определение понятия тромбоцитопении
2.Механизмы развития тромбоцитопений
3.Методы исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза
4.Этиология, патогенез иммунной тромбоцитопении
5.Формы иммунной тромбоцитопении
6.Основные клинические и лабораторные признаки иммунной тромбоцитопении
7.Осложнения иммунной тромбоцитопении
8.Дифференциальный диагноз иммунной тромбоцитопении
9.Значение лабораторных исследований в диагностике иммунной тромбоцитопении
10.Принципы лечения. Этапы терапии иммунной тромбоцитопении
11.Прогноз иммунной тромбоцитопении
12.Диспансеризация больных с иммунной тромбоцитопенией

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1.ВЫДЕЛИТЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ:

1) первичная иммунная тромбоцитопения*
2) цирроз печени*
3) вирусный гепатит С*
4) системная красная волчанка*

5) железодефицитная анемия

2. КАКОВЫ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ВРЕМЕНИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПО ДЬЮКУ?
   1) 10-12 минут
   2) 12-14 минут
   3) 6-10 минут
   4) 3-4 минуты*

3. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ:
1) число мегакариоцитов в костном мозге увеличено*
2) число мегакариоцитов в костном мозге снижено
3) не возникают кровоизлияния в мозг
4) характерно увеличение печени

4. Какой тип геморрагического синдрома характерен для иммунной тробоцитопении:
1) микроциркуляторный*
2) гематомный
3) васкулитно-пурпурный
4) ангиоматозный

5. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИИ:
   1) тромбоцитопения ниже 100,0×109/л;
   2) тромбоцитопения любой степени при наличии значительных геморрагических проявлений кровоточивости*;
   3) тромбоцитопения ниже 30,0×109/л при отсутствии симптомов кровоточивости*;
   4) наличие анемии и гранулоцитопении;
   5) все случаи.

6. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ АУТОИММУННАЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ?
   1) хронический лимфолейкоз*
   2) системные заболевания соединительной ткани*
   3) геморрагический васкулит;
   4) эритремия.

7. ВЫБЕРИТЕ ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ТРОМБОЦИТОВ:
   1) ангиотрофическая*
   2) репаративная*
   3) адгезивно-агрегационная*
   4) лизис эритроцитов

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Диспансеризация больных с иммунной тромбоцитопенией.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента Консультант врача
3	Клинические реко-	Под ред. А.Г	Москва	-	ЭБС

	мендации. Детская гематология: сборник	Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской	«ГЭОТАР-Медиа 2015		Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	Нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5 5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
11	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 4.5. «Гемофилии»

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков путем надлежащего качества оказания педиатрической помощи при гемофилии.

Задачи:

Рассмотреть вопросы этиопатогенеза, клиники, критерии диагностики, принципы лечения

больных гемофилией.
Обучить студентов установлению диагноза, проведению патогенетической терапии больных с гемофилией; обследовать больных детей, выявлять клинику при заболеваниях крови, определить ведущий синдром, основные клинические и лабораторные признаки. Обучить лечению данной патологии у детей, прогноз.
Изучить вопросы дифференциальной диагностики гемофилий, лечение данной патологии у детей, прогноз; оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях.
Сформировать базовые знания в области гематологии, в том числе при гемофилии.
Обучающийся должен знать: основные методы сбора и анализа информации; способы формализации цели и методы ее достижения; современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных гемофилией, клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма, современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике гемофилией.
Обучающийся должен уметь: анализировать, обобщать и воспринимать информацию; ставить цель и формулировать задачи по её достижению; интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных, морфологических исследований; анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах; принципы лечения и этапы терапии гемофилии.
Обучающийся должен владеть: культурой мышления; навыками письменного аргументированного изложения собственной точки зрения; методами общего клинического обследования больного; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики гемофилий у детей; написать карту амбулаторного и стационарного больного ребенка; алгоритмом постановки диагноза с учетом МКБ; методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), инновационными методами лабораторных и инструментальных исследований в диагностике гемофилий.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия.
1. Определение понятия гемофилии
2. Структура и функции системы гемостаза. Коагуляционный гемостаз.
3. Методы диагностики коагуляционного гемостаза
4. Классификация гемофилий
5. Этиология, патогенез гемофилий
6. Основные клинические и лабораторные признаки гемофилий.
7. Формы гемофилии, их клинические особенности.
8. Осложнения гемофилии
9. Алгоритм диагностического поиска при гемофилиях
10. Дифференциальный диагноз гемофилий
11. Значение лабораторных исследований в диагностике и в процессе лечения гемофилий
12. Принципы лечения, этапы терапии гемофилий
13. Прогноз гемофилий
14. Реабилитация больных с гемофилией

2. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач:
1. Выделите синдромы, определите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
3. Составьте план обследования и сформулируйте окончательный диагноз.
4. Назначьте лечение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача №1.

Больной К, 3 лет. Поступил с жалобами на острые боли в левом коленном суставе, отек сустава, выраженное ограничение движений. Жалобы появились после травмы во время игры с мячем.

Анамнез: родители стали отмечать с 7 месячного возраста частое появление ьольших синяков на туловище и носовые кровотечения. Дед по материнской линии болел гемофилией.

Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом; кожные покровы бледные, две обширные гематомы на ногах. Периферические лимфоузлы не увеличены. В ротоглотке спокойно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 106 в мин, АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Локальный статус: левый коленный сустав отечный, кожа гиперемирована, местная температура над суставом повышена, активные и пассивные движения в суставе ограничены, пальпация сустава резко болезненная.

В общем анализе крови: Hb – 96 г/л, эритроциты – 3,9 х1012/л, ретикулоциты – 1,8%, MCV – 76 фл, MCH – 24 пг, RDW- 15% лейкоциты – 7,0х109/л, тромбоциты – 270 х109/л, СОЭ – 20 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, с/я – 68%, лимфоциты – 26%, эозинофилы – 1%, моноциты – 3%, базофил – 1%.

Время свертывания крови по Ли-Уайту 25 мин, длительность кровотечения по Дьюку – 4 мин. Коагулограмма: удлинение АЧТВ до 45 сек.

Разбор задачи по алгоритму:

1) Основные синдромы:

1.суставной синдром: острые боли в левом коленном суставе, отек сустава, ограничение движений

2.геморрагический синдром – гематомный тип

3. анемический синдром: кожные покровы бледные, Hb 96 г/л;

4. клинико-анамнестический синдром (отягощенный наследственный анамнез -дед по материнской линии болел гемофилией, геморрагический синдром с 7 месяцев)

5. Синдром лабораторных изменений: время свертывания по Ли-Уайту – 25 мин, АЧТВ-45сек.

2). Диагноз: Гемофилия А? Острый гемартроз левого коленного сустава.

Железодефицитная анемия легкой степени.

3) Дополнительные методы обследования:

- рентген левого коленного сустава
- коагулограмма развернутая
- тест коррекции АЧТВ
- активность факторов VIII, IX, XI, XII,
- ристоцин кофакторная активность (ФВ)
- Биохимический анализ крови (общий билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, альбумин, глюкоза, креатинин (СКФ), мочевина, мочевая кислота, СРБ)
- обмен железа
- группа крови и резус-фактор.
- общий анализ мочи
- консультация травматолога

1.гемофилия В

2. ингибиторные формы гемофилий

Дифференциальный диагноз:

Окончательный диагноз: Гемофилия А. Острый гемартроз левого коленного сустава
4) Лечение:
1. иммобилизация левого коленного сустава в физиологическом положении на 3-5 дней, тепловые компрессы
2. пукция сустава с введением гидрокортизона 250 мг в 1 и 3 дни
3. кеторол по 1/2 табл. 2 раза в сутки
4 физиотерапия: УВЧ во 2-ой, 3-ий, 4-ый дни, электрофорез с гидрокортизоном на 5 – 10 день; ЛФК (массаж 10 – 21 день).
5.концентрат фактора VIII (Hemofil – M (Baxter) в первый день 20-40 МЕ/кг, во второй день 20-30 МЕ/кг, в третий день 20-30 МЕ/кг. С 4-го по 21 день профилактическое лечение
6.мальтофер 25 капель 1 раз в сутки до нормализации гемоглобина (2-6 нед.), затем контроль обмена железа и определяется доза препарата

Задача №2.

Больной 12 лет, жалуется на появление синяков на руках и ногах, периодически кровоточивость из носа. Связывает с занятием спортом.
Из анамнеза: ветряная оспа, ОРВИ 2-3 раза в год.
Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски, с петехиально-экхимозными геморрагиями по всему телу. Периферические лимфоузлы не увеличены. В зеве спокойно. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются.
Общий анализ крови: гемоглобин 135 г/л; эритроциты $4{,}2x10^{12}$/л; ЦП 0,95; лейкоциты $5x10^{9}$/л; тромбоциты $20x10^{9}$; СОЭ 18 мм/ч; п/я 4%; с/я нейтрофилы 67%; лимфоциты 27%; моноциты 2%.
Нормоцитоз (–); Анизоцитоз (+); Пойкилоцитоз (+); Макроцитоз (–); Микроцитоз (–); Микросфероцитоз (–); Гипохромия (–)

Задача №3.

Больной К, 6 лет. Поступил с жалобами на острые боли в правом коленном суставе, отек сустава, выраженное ограничение движений. Жалобы появились после травмы во время игры с мячем.
Анамнез: родители стали отмечать с 7 месячного возраста частое появление ьольших синяков на туловище и носовые кровотечения. Дед по материнской линии болел гемофилией.
Объективно: состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом; кожные покровы бледные, две обширные гематомы на ногах. Периферические лимфоузлы не увеличены. В ротоглотке спокойно. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 106 в мин, АД 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Локальный статус: левый коленный сустав отечный, кожа гиперемирована, местная температура над суставом повышена, активные и пассивные движения в суставе ограничены, пальпация сустава резко болезненная.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа не предусмотрена рабочей программой.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1. Определение понятия гемофилии
2. Структура и функции системы гемостаза. Коагуляционный гемостаз.
3. Методы диагностики коагуляционного гемостаза

4. Классификация гемофилий
5.Этиология, патогенез гемофилий
6.Основные клинические и лабораторные признаки гемофилий.
7. Формы гемофилии, их клинические особенности.
8. Осложнения гемофилии
9.Алгоритм диагностического поиска при гемофилиях
10. Дифференциальный диагноз гемофилий
11. Значение лабораторных исследований в диагностике и в процессе лечения гемофилий
12. Принципы лечения, этапы терапии гемофилий

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. УКАЖИТЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГЕМОФИЛИИ А:
1) спленэктомия
2) трансфузия криопреципитата
3) преднизолон
4) переливание очищенного VIII фактора

2. КАКИЕ ФУНКЦИИ ВЫПОЛНЯЮТ ТРОМБОЦИТЫ В ГЕМОСТАЗЕ?
1) ангиотрофическую
2) адгезивно-агрегационную
3) вазоконстрикторную
4) способствуют ретракции кровяного сгустка
5) активируют фибринолиз

3. ДЛЯ ГЕМОФИЛИИ ХАРАКТЕРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ:
1) резкое удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту
2) длительность кровотечения по Дюке 10 мин
3) гипокоагуляционный тип изменения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)
4) снижение ретракции кровяного сгустка
5) низкий уровень VIII и IX факторов

4) Подготовить реферат по данной теме:

1. Формы гемофилии, их клинические особенности.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Поликлиническая и неотложная педиатрия: Учебник	Калмыкова А.С.	2013«ГЭОТАР-Медиа»	22	ЭБС Консультант студента
3	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. А.Г Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской	Москва «ГЭОТАР-Медиа 2015	-	ЭБС Консультант врача

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	Наличие в ЭБС

				в библиотеке	
1	2	3	4	5	6
1	Гематология: руководство для врачей	под ред. Н.Н. Мамаева. – 2-е	доп. и испр. – Спб:СпецЛит, 2011	11	Нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва 2006 2019	40 10	ЭБС Консультант студента
3	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	2009 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012 Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
5	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
6	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	Нет
7	«Педиатрия: клинические рекомендации» 2007г.	гл. ред. А.А. Баранов, Союз педиатров России.	2007 2009	5+9	ЭБС Консультант врача
8	Детская гастроэнтерология: руководство для врачей и студентов мед.вузов	Т. Г. Авдеева, Ю. В. Рябухин, Л. П. Перменова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009.	7	Консультант студента
9	Классификация распространенных заболеваний и некоторых синдромов у детей: учебное пособие	Я. Ю. Иллек, А. В. Галанина, Н. П. Леушина. - Киров, 2009. - 68 с.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ
11	Диагностика и лечение бронхиальной астмы у детей: учеб. пособие для студентов мед. вузов	Я.Ю. Иллек	Киров, 2009	90	ЭБС Кировского ГМУ

Составители: Тарасова Е. Ю.

Зав. кафедрой Иллек Я.Ю.

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе учебной дисциплины «Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия (3++)
Направленность (профиль) - Педиатрия
Форма обучения - очная
Кафедра педиатрии
Автор (ы) Н.В. Хлебникова

С 2025 / 2026 учебного года в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

Раздел №1 Патология детей старшего возраста

Тема 1.10. «Язвенный хронический колит у детей. Болезнь Крона» изменить и читать в следующей редакции:

Цель: формирование и развитие у выпускников по специальности «Педиатрия» компетенций, направленных на восстановление и улучшение здоровья детей и подростков при язвенном хроническом колите и болезни Крона.

Задачи:

Диагностические: Научить интерпретировать современные биомаркеры воспаления (кальпротектин, лактоферрин) и данные видеокапсульной эндоскопии.

Терапевтические: Изучить современные ступени терапии (5-АСК, глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, генно-инженерные биологические препараты — ГИБП).

Организационные: Отработать алгоритмы маршрутизации пациента в специализированный центр ВЗК.

Цифровые: Сформировать навык использования медицинских справочных систем и ИИ-ассистентов для проверки лекарственных взаимодействий и актуальности протоколов лечения.

Рассмотреть вопросы диагностики заболеваний пищеварительной системы: язвенный хронический колит у детей и болезнь Крона и дифференциальной диагностик и с другими патологическими состояниями.

Обучить студентов назначать и интерпретировать программу диагностики неотложных состояний при патологии ЖКТ, а именно при язвенном хроническом колите у детей и при болезни Крона.

Изучить вопросы оказания скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, применения основных принципов организации оказания медицинской помощи детям в медицинских организациях и их структурных подразделениях при язвенном хроническом колите у детей и при болезни Крона.

Сформировать базовые знания в области детской гастроэнтерологии.

Обучающийся должен знать:

- Современные критерии диагностики ВЗК у детей (Парижская классификация).
- Роль фекального кальпротектина как скринингового маркера.
- Принципы нутритивной поддержки (эксклюзивное энтеральное питание при болезни Крона).
- Показания к назначению биологической терапии (инфликсимаб, адалимумаб и др.).
- **Новое: Основы работы с клиническими рекомендациями в цифровых базах (Консультант Врача, UpToDate, PubMed).**

Обучающийся должен уметь:

- Проводить дифференциальную диагностику с кишечными инфекциями, целиакией, функциональными расстройствами.
- Интерпретировать гистологическое заключение с учетом критериев активности ВЗК.
- **Заполнять электронный паспорт пациента с ВЗК.**
- **Использовать калькуляторы индексов активности заболевания (PCDAI, PUCAI) в цифровом формате.**

Обучающийся должен владеть:

- Навыками сбора анамнеза с акцентом на «красные флаги» ВЗК.

- Техниками коммуникации с подростками, имеющими хроническое заболевание (приверженность лечению).
- **Алгоритмом неотложной помощи при осложнениях (токсическая дилатация, кровотечение). Использование ИИ для детекции дисплазии при эндоскопии.**

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Определение болезни Крона.
2. Этиологические факторы при болезни Крона.
3. Патогенез болезни Крона.
4. Классификация болезни Крона.
5. Клиническая картина болезни Крона.
6. Дифференциальный диагноз болезни Крона.
7. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Крона. Особенности эндоскопической картины при болезни Крона.
8. Роль фекального кальпротектина. МР-энтерография.
9. **Лечение и диета. Концепция «Лечение до цели» (Treat-to-Target). Эксклюзивное энтеральное питание.**
10. **Лечение и диета при болезни Крона, с использованием медицинских справочных систем и ИИ-ассистентов для проверки лекарственных взаимодействий и актуальности протоколов лечения.**
11. Диспансерное наблюдение при болезни Крона.
12. Определение болезни НЯК.
13. Этиологические факторы при болезни НЯК.
14. Патогенез болезни НЯК.
15. Классификация болезни НЯК.
16. Клиническая картина болезни НЯК.
17. Дифференциальный диагноз болезни НЯК.
18. Лабораторная и инструментальная диагностика болезни НЯК. Особенности эндоскопической картины при болезни НЯК.
19. Лечение и диета при болезни НЯК.
20. Диспансерное наблюдение при болезни НЯК.

2.Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Полный клинический диагноз?
2. Каковы этиологические факторы данного заболевания?
3. Какие исследования необходимы больному для уточнения функции пищеварения?
4. Назначьте лечение, опишите диету, необходимую данному больному.
5. Какова длительность диспансерного наблюдения?

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача № 1

Мальчик 2 лет. В течении 6 месяцев у ребёнка разжиженный учащенный со слизью до 5-6 раз в день стул, в последние 2 месяца в кале появились прожилки крови, редко сгустки крови, за последние 3 недели примесь крови в кале стала постоянной. Беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура. Амбулаторное лечение курсами антибиотиков, бактериофагом и пробиотиками без стойкого эффекта.

Ребёнок доношенный, 1 в семье, на естественном вскармливании до 6 месяцев. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Мать 27 лет, здорова. Отец 32 года, здоров. Бабушка (по матери) – гастрит, колит, лактазная недостаточность.

Осмотр: рост 85 см, масса 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек, на коже лица и голеней участки гиперемии, расчесов, корочек. Сердце – ЧСС 116 ударов в минуту, тоны звучные, мягкий систолический шум в V т.Боткина, не связанный с тоном, экстракардиально не проводится.

Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой спазмированы. Печень +1,5; +2; в/3, плотновата, симптомы Мерфи, Керра – положительны.
Общий анализ крови: Hb - 96 г/л; Ц.п. - 0,8; Эр - $3,7\times10^{12}$/л; ретикулоциты - 18‰; Лейк - $12,0\times10^{9}$/л; п/я - 7%, с/я - 43%, э - 5%, л - 36%, м - 9%; СОЭ - 18 мм/час; тромбоциты - 330×10^{9}/л.
Общий анализ мочи: цвет – светло -желтый, прозрачная; pH – 5,5; плотность - 1018; белок - нет, сахар - нет; Л – 2-3 в п/з, Эр – нет.
Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, альбумины -53%, глобулины: α1 - 6%, α2 - 14%, β - 13%, γ - 14%, АлАТ, - 40 Ед/л, АсАТ - 36 Ед/л, ЩФ - 162 Ед/л (норма 70- 140), амилаза - 45 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -3 ед, общий билирубин -13 мкмоль/л, из них связ. - 0 мкмоль/л; железо - 7 мкмоль/л, ОЖСС – 79 мкмоль/л (норма 36-72), СРБ (++).
Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, нейтральный жир – нет, жирные кислоты – немного, крахмал внеклеточный – довольно много. Резко положительная реакция Грегерсона. Л – 12 – 15 – 30 в п/з, Эр – 30 – 40 – 50 в п/з, слизь – много.
Колонофиброскопия: осмотрены ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна, со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см на стенках восходящей и поперечной кишок. Выражена контактная кровоточивость. Слизистая оболочка сигмовидной и прямой кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, выражена контактная кровоточивость. Лестничная биопсия.
Гистология фрагментов слизистой оболочки ободочной кишки: интенсивная лимфоретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, уменьшение в эпителии крипт бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.
Разбор по алгоритму:
Диагноз: Неспецифический язвенный колит, панколит, среднетяжелая форма, фаза обострения. Осложнение: Железодефицитная анемия (постгеморрагическая).
Факторы: Генетическая предрасположенность, нарушение барьерной функции, дисбиоз. (Аллергозы являются сопутствующими, но не прямой причиной ВЗК).
Исследования: Фекальный кальпротектин, колоноскопия с биопсией, исключение инфекций (Clostridiumdifficile, CMV).
Лечение:
Диета: Стол №4б (в период обострения), исключение лактозы при вторичной недостаточности.
Индукция ремиссии: Препараты 5-аминосалициловой кислоты (Месалазин) перорально + ректально. При неэффективности — системные глюкокортикостероиды.
Поддержка: Препараты железа (в/в при непереносимости пероральных), нутритивная поддержка.
Примечание: Сульфаниламиды (Сульфасалазин) используются реже из-за профиля безопасности, предпочтение отдается Месалазину.
Наблюдение: Пожизненное. Контрольная колоноскопия через 8 лет от начала заболевания для скрининга дисплазии.
3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии.

Задача № 2

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течении последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение. Кожные покровы бледные.
Ребёнок от 6-й беременности, вторых стремительных родов на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. искусственное вскармливание с рождения.
Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.
Общий анализ крови: Hb - 114 г/л; Ц.п. - 0,83; Эр – $3,8\times10^{12}$/л; Лейк - $11,8\times10^{9}$л, я- 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%; СОЭ – 18 мм/час.
Общий анализ мочи: цветсветло -желтый, прозрачная; pH – 5,5; плотность - 1021; белок - нет, сахар - нет; эп. пл. – небольшое количество; л – 1-2 в п/з, Эр – нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, альбумины -52%, глобулины: α1 - 5%, α2 - 13%, β - 10%, γ - 20%, амилаза - 54 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба -4 ед, билирубин -12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.
Копрограмма: цвет темно-коричневый, неоформленный; pH – 7,5; мышечные волокна – небольшое количество; крахмал внутриклеточный – немного; йодофильная флора – незначительное количество; слизь – много; Л – 15-20 в п/з; Эр – 14-17 в п/з.
Анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсона – положительная.
Колоноскопия: осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «булыжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъявлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.
Гистология: поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителио-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

Задача № 3

Девочка, 5 лет, с 1-го года жизни страдает запорами, стул в последний год через 4-5дней, преимущественно после очистительной клизмы, самостоятельная дефекация редко, затрудненная неполная. В течение 6 месяцев энкопрез.
Ребенок доношенный, второй в семье, искусственное вскармливание с 2,5 месяцев, наблюдалась v невропатолога с диагнозом синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
В 3 года перенесла кишечную инфекцию неясной этнологии.
Матери 38 лет, страдает запорами. Отец 40 лет, здоров; старший брат -13 лет здоров.
Осмотр: рост 105 см, масса 16 кг, кожа бледно-розовая, синева под глазами, живот вздут, болезненный по ходу ободочной кишки, сигма расширена, уплотнена, каловые камни. Печень +1 +1,5 +в/3, слабо положительные пузырные симптомы. По другим органам без изменения.
Общий анализ крови: Но - 118 г/л, Эр - $4{,}0\times10^{12}$/л; Ц.п. - 0,89, Лейк -$6{,}2\times10^{9}$/л; п/я- 43% с/я - 47% э - 4%. л -40%, м - 6%, СОЭ-11 мм/час.
Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; pH - 5,5; плотность - 1018; белок - нет; сахар -нет; эп. пл. - небольшое количество; Эр - нет; слизь - немного.
Биохимический анализ крови: общий белок - 80 г/л, альбумины -56%, глобулины: α1-5%, α2 - 9%, β - 13%, γ -17%; АлАТ- 24 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 177 Ед/л (норма 70-140), амилаза -54 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3,5 ед, билирубин общ. -12 мкмоль/л, из них связ. - нет.
Копрограмма: цвет темно-коричневый, оформленный; pH - 7,5; мышечные волокна -в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный и внеклеточный - много; йодофильная флора - значительное количество; растительная клетчатка непереваримая - немного; слизь - много; Л -1-2 в п/з.
Ирригография: толстая кишка гипотонична, сигмовидная - значительно удлинена, расширена. Прямая кишка широкого диаметра, гипотонична, при осмотре выделение небольшой порции бария из ануса. Опорожнение из кишки неполное, рисунок слизистой толстой кишки перестроен, сглажен, гаустрация в дистальном отделе толстой кишки выражена слабо.

3. Задания для групповой работы

Групповая работа программой не предусмотрена.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля
1.Понятие о болезни Крона.
2.Предрасполагающие и этиологические факторы при болезни Крона.
3.Патогенез болезни Крона.
4.Классификация болезни Крона.
5.Клиническая картина болезни Крона.
6.Дифференциальный диагноз болезни Крона.

7.Лабораторная и инструментальная диагностика болезни Крона. Особенности эндоскопической картины при болезни Крона.
8.Лечение болезни Крона.
9.Диспансерное наблюдение при болезни Крона.
10.Понятие о болезни НЯК.
11.Предрасполагающие и этиологические факторы при болезни НЯК.
12.Патогенез болезни НЯК.
13.Классификация болезни НЯК.
14.Клиническая картина болезни НЯК.
15.Дифференциальный диагноз болезни НЯК.
16.Лабораторная и инструментальная диагностика болезни НЯК. Особенности эндоскопической картины при болезни НЯК. **Использование ИИ для детекции дисплазии при эндоскопии**
17.Лечение болезни НЯК.
18.Диспансерное наблюдение при болезни НЯК.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1.ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ЭКССУДАТИВНОИ ЭНТЕРОПАТИИ ПО СРАВНЕНИЮ С ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:
1) диарея
2) полифекалия
3) отечный синдром
4) гипертермия

2. С ДИСАХАРИДАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:
1) неспецифический язвенный колит
2) болезнь Крона
3) целиакию

3. Какую стратегию индукции ремиссии сгенерирует система в качестве терапии первой линии?
а) Направление на хирургическую резекцию
б) Эксклюзивное энтеральное питание (EEN)
в) Монотерапия антибиотиками
г) Назначение пробиотиков

4. Какой неинвазивный маркер наиболее специфичен для дифференциации ВЗК и СРК?
а) СОЭ
б) Фекальный кальпротектин
в) Лейкоцитоз
г) С-реактивный белок

Ответы: 1. – 3) 2 – 3) 3 –б 4.- б

4) Подготовить реферат по данной теме.

1.Гранулематозный колит (болезнь Крона).

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	2019 СПб: Питер	30	Нет
2	Неонатология в 2-х томах: учебник	Шабалов Н.П.	Москва, 2019	10	ЭБС Консультант студента

3	Госпитальная педиатрия: учебник	Ильенко Л.И., Бельмер С.В., Александрова Ю.Н.	Москва, 2022	10	ЭБС Консультант студента
4	Клинические рекомендации. Детская гематология: сборник	Под ред. Румянцева А.Г., Масчана А.А., Жуковской Е.В	Москва: «ГЭОТАР-Медиа, 2015	-	СИС «MedBaseGeotar»

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Диагностика первичных нефритов у детей	Иллек Я.Ю. и др.	Киров, 2009	89	ЭБС Кировского ГМУ
2	Современные подходы к питанию детей до года: учебное пособие	Рассанова Е.А.	Киров, 2024	10	ЭБС Кировского ГМУ
3	Комплексная оценка состояния здоровья детей в практике участкового педиатра	Рысева Л.Л.	2012, Киров	89	ЭБС Кировского ГМУ
4	Нефриты у детей, монография	Я.Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, Е.Ю. Тарасова, соавт.	2012 Киров	10	ЭБС Кировского ГМУ
5	Диагностика и лечение атопического дерматита у детей	Иллек Я.Ю., Галанина А.В., соавт.	2009 Киров	90	-
6	Учебное пособие для студентов «Особенности диагностики и лечения хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни у детей».	Тарасова Е.Ю., Иллек Я.Ю.	Киров, 2016	40	ЭБС Кировского ГМУ

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«30» января 2026 г., протокол № 5
И.о. заведующего кафедрой И.Г. Суетина

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

«Госпитальная педиатрия»

Специальность 31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий						
ИД УК 1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними						
Знать	Не знает методы и приемы анализа проблемных ситуаций	Не в полном объеме знает методы и приемы анализа проблемных ситуаций, допускает существенные ошибки	Знает основные методы и приемы анализа проблемных ситуаций, допускает ошибки	Знает методы и приемы анализа проблемных ситуаций	устный опрос	тест
Уметь	Не умеет использовать системно-аналитические методы при проблемных ситуациях, вырабатывать стратегию действий	Частично освоено умение использовать системно-аналитические методы при проблемных ситуациях, вырабатывать стратегию действий	Правильно использует системно-аналитические методы при проблемных ситуациях, вырабатывает стратегию действий, допускает ошибки	Самостоятельно использует системно-аналитические методы при проблемных ситуациях, вырабатывает стратегию действий	устный опрос	собеседование
Владеть	Не владеет навыками анализа проблем-	Не полностью владеет навыками анализа	Способен использовать навыки анализа	Владеет навыками анализа проблемной	Тестирование, со-	решение ситуационных за-

	ной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними	проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними	проблемной ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними	ситуации, выявляя ее составляющие и связи между ними	беседование	дач
ИД УК 1.2. Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения задачи						
Знать	Не знает методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию	Не в полном объеме знает методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию	Знает основные методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию	Знает методы и приемы философского анализа проблем; формы и методы научного познания, их эволюцию	устный опрос	тест
Уметь	Не умеет применять историко-философский и системно-аналитический методы при использовании общих законов функционирования общества и человека	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение применять историко-философский и системно-аналитический методы при использовании общих законов функционирования общества и человека	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение применять историко-философский и системно-аналитический методы при использовании общих законов функционирования общества и человека	Сформированное умение применять историко-философский и системно-аналитический методы при использовании общих законов функционирования общества и человека	реферат	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	В целом успешное, но не систематическое применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	Успешное и систематическое применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	Тестирование, собеседование	собеседование
ИД УК 1.3. Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов						
Знать	Не знает стратегии решения проблемной ситуации, учитывая междис-	Не в полном объеме знает стратегии решения проблемной ситуа-	Знает основные стратегии решения проблемной ситуации, учитывая	Знает стратегии решения проблемной ситуации, учитывая междисципли-	устный опрос	тест

	циплинарные подходы	ции, учитывая междисциплинарные подходы	междисциплинарные подходы	нарные подходы		
Уметь	Не умеет использовать знания для возможности аргументировать стратегию решения проблемной ситуации	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение использовать знания для возможности аргументировать стратегию решения проблемной ситуации	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение использовать знания для возможности аргументировать стратегию решения проблемной ситуации	Сформированное умение использовать знания для возможности аргументировать стратегию решения проблемной ситуации	реферат	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	В целом успешное, но не систематическое применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	Успешное и систематическое применение навыков устного и письменного аргументирования, ведения дискуссии и полемики, практического анализа логики различного рода рассуждений	Тестирование, собеседование	собеседование
ПК-1 Способен обследовать детей с целью установления диагноза						
ИД ПК 1.1. Анализирует данные о родителях, ближайших родственниках и лицах, осуществляющих уход за ребенком, о перенесенных болезнях и хирургических вмешательствах (какие и в каком возрасте), анамнез жизни ребенка, анамнез заболевания, данные о наличии профилактических прививок, оценивает состояние и самочувствие ребенка						
Знать	Фрагментарные знания о методике сбора и оценки анамнеза жизни ребёнка, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценки состояния и самочувствия ребенка	Общие, но не структурированные знания о методике сбора и оценки анамнеза жизни ребёнка, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценки состояния и самочувствия ребенка	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о методике сбора и оценки анамнеза жизни ребёнка, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценки состояния и самочувствия ребенка	Сформированные систематические знания о методике сбора и оценки анамнеза жизни ребёнка, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценки состояния и самочувствия ребенка	тест	тест, собеседование
Уметь	Частично осво-	В целом	В целом	Сформирован-	устный	решение

	енное умение получать информацию об анамнезе жизни ребёнка, анамнезе заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценивать состояние и самочувствие ребенка	успешное, но не систематически осуществляемое умение получать информацию об анамнезе жизни ребёнка, анамнезе заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценивать состояние и самочувствие ребенка	успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию об анамнезе жизни ребёнка, анамнезе заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценивать состояние и самочувствие ребенка	ное умение получать информацию об анамнезе жизни ребёнка, анамнезе заболевания, данных о наличии профилактических прививок, оценивать состояние и самочувствие ребенка	опрос	ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, навыков оценки состояния и самочувствия ребенка	В целом успешное, но не систематическое применение навыков сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, навыков оценки состояния и самочувствия ребенка	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, навыков оценки состояния и самочувствия ребенка	Успешное и систематическое применение навыков сбора анамнеза жизни, анамнеза заболевания, данных о наличии профилактических прививок, навыков оценки состояния и самочувствия ребенка	собеседование	прием практических навыков
ИД ПК 1.2. Составляет план обследования и направляет ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам, на госпитализацию при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания о методике составления плана обследования и показаний для направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Общие, но не структурированные знания о методике составления плана обследования и показаний для направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о методике составления плана обследования и показаний для направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Сформированные систематические знания о методике составления плана обследования и показаний для направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	тест	тест, собеседование

Уметь	Частично освоенное умение составлять план обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение составлять план обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составлять план обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Сформированное умение составлять план обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	устный опрос	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Успешное и систематическое применение навыков сбора составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	собеседование	прием практических навыков
ИД ПК 1.3. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями (состояниями) у детей, устанавливает окончательный диагноз на основе МКБ						
Знать	Фрагментарные знания о международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Общие, но не структурированные знания о международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Сформированные систематические знания о международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	тест	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение провести дифференциальный диагноз с другими болезнями и поставить ди-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение провести дифферен-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение провести дифференциальный	Сформированное умение провести дифференциальный диагноз с другими болезнями и поставить ди-	устный опрос	решение ситуационных задач

	агноз в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	циальный диагноз с другими болезнями и поставить диагноз в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	диагноз с другими болезнями и поставить диагноз в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	агноз в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней		
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	Успешное и систематическое применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими болезнями и постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней	собеседование	прием практических навыков
ИД ПК 1.4. Оценивает клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи детям						
Знать	Фрагментарные знания о методике оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания о методике оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о методике оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи	Сформированные систематические знания о методике оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания экстренной, неотложной, паллиативной медицинской помощи	тест	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение составлять план обследования и направления ребенка на ла-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение состав-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составлять план	Сформированное умение составлять план обследования и направления ребенка на ла-	устный опрос	решение ситуационных задач

	бораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	лять план обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	бораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам		
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Успешное и систематическое применение навыков сбора составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	собеседование	прием практических навыков
ПК 2. Способен назначать лечение детям и контролировать его эффективность и безопасность						
ИД ПК 2.1. Составляет план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) и с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания о методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания о методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированные систематические знания о методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение	В целом успешное, но	В целом успешное, но	Сформированное умение со-	реферат	решение ситуаци-

	составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	не систематически осуществляемое умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	содержащее отдельные пробелы умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	ставлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями		онных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	Успешное и систематическое применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способность использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	прием практических навыков	прием практических навыков
ИД ПК 2.2. Подбирает ребенку лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания о современных методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов меди-	Общие, но не структурированные знания о современных методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о современных методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицин-	Сформированные систематические знания о современных методах медикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом	тест	тест, собеседование

	цинской помощи	стандартов медицинской помощи	ской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	Сформированное умение назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	устный опрос	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	В целом успешное, но не систематическое применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков выполнения основных врачебных лечебных мероприятий, способности использовать современные методы медикаментозной терапии болезней	Успешное и систематическое применение навыков сбора составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	собеседование	прием практических навыков
ИД ПК 2.3. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста ребенка и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания о современных методах немедикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими	Общие, но не структурированные знания о современных методах немедикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о современных методах немедикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соот-	Сформированные систематические знания о современных методах немедикаментозной терапии болезней и состояний у детей в соответствии с действующими	Тест, реферат	тест, собеседование

	рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ветствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	клиническими рекомендациями, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	Сформированное умение назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	устный опрос	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но не систематическое применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	Успешное и систематическое применение навыков сбора составления плана обследования и направления ребенка на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к врачам-специалистам	собеседование	прием практических навыков
ИД ПК 2.4. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей						
Знать	Фрагментарные знания о принципах назначения лечебного питания с учетом возраста	Общие, но не структурированные знания о принципах назначения лечебного пита-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания о принципах назначе-	Сформированные систематические знания о принципах назначения лечебного пита-	тест	тест, собеседование

	ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	ния с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	ния лечебного питания с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	ния с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни и состояния в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение назначать диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	устный опрос	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебно-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных пре-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекар-	Успешное и систематическое применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, меди-	собеседование	прием практических навыков

	го и диетического питания и иных методов лечения у детей	паратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей	ственных препаратов, медицинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей	цинских изделий, лечебного и диетического питания и иных методов лечения у детей		
ИД ПК 2.5. Оказывает медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний						
Знать	Фрагментарные знания об алгоритме оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний и механизме действия лекарственных препаратов	Общие, но не структурированные знания об алгоритме оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний и механизме действия лекарственных препаратов	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания об алгоритме оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний и механизме действия лекарственных препаратов	Сформированные систематические знания об алгоритме оказания медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний и механизме действия лекарственных препаратов	тест	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение оказывать медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оказывать медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказывать медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	устный опрос	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков осуществления медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний	В целом успешное, но не систематическое применение навыков осуществления медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хрониче-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков осуществления медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обостре-	Успешное и систематическое применение навыков осуществления медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболева-	прием практических навыков	прием практических навыков

		ских заболеваний	нии хронических заболеваний	ний		

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	*Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*
УК-1	**Примерные вопросы к экзамену** **(с №1 по №11 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребёнке. Основные этапы развития и становления педиатрии в стране. Роль С.Ф. Хотовицкого, Н.П. Гундобина, Н.Ф. Филатова, Г.Н. Сперанского, Ю.Ф. Домбровской, А.Ф. Тура в развитии отечественной педиатрии. 2. Достижения отечественной педиатрии. Роль А.А. Киселя, В.И. Молчанова, М.С. Маслова в развитии педиатрии. 3. Профилактическое направление отечественной педиатрии и формы медицинского обслуживания детского населения. Государственные законы и постановления в области охраны детства. Социально-правовая помощь. 4. Роль физического воспитания в гармоничном развитии ребёнка. Организация физического воспитания на участке, в школьно-дошкольном учреждениях. 5. Принципы организации детских отделений в родильном доме. Режим работы отделений, порядок выписки новорожденных домой и перевода в другие отделения и лечебные учреждения. Противопоказания для транспортировки детей. 6. Организация работы детского отделения родильного дома. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим. Предупреждение гнойно-септических заболеваний новорожденных в родильном доме. Мероприятия при выявлении единичных и групповых заболеваний в детском отделении. 7. Организация обслуживания новорожденных в родильном доме. Оборудование палат, санитарный режим, обработка белья, организация кормления детей. Первичный туалет новорожденного. Уход за остатком пупочного канатика, пупочной ранкой. Профилактика гонобленореи. 8. История болезни как основной медицинский документ. 9. Понятие о младенческой смертности, неонатальной смертности, их структура. Задачи здравоохранения в снижении детской смертности. 10. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура и причины. Ближайшие задачи органов здравоохранения, педиатров в деле дальнейшего снижения младенческой смертности. 11. Понятие о перинатальной и ранней неонатальной смертности. Структура её у доношенных и недоношенных детей. Профилактика. **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию по текущему контролю** **(с № 5 по № 11 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Принципы организации детских отделений в родильном доме. Режим работы отделений, порядок выписки новорожденных домой и перевода в другие отделения и лечебные учреждения. Противопоказания для транспортировки детей. 2. Организация работы детского отделения родильного дома. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим. Предупреждение гнойно-септических заболеваний новорожденных в родильном доме. Мероприятия при выявлении единичных и групповых заболеваний в детском отделении. 3. Организация обслуживания новорожденных в родильном доме. Оборудование палат, санитарный режим, обработка белья, организация кормления детей. Первичный туалет новорожденного. Уход за остатком пупочного канатика, пупочной ранкой. Профилактика го-

нобленореи.

4. История болезни как основной медицинский документ.

5. Понятие о младенческой смертности, неонатальной смертности, их структура. Задачи здравоохранения в снижении детской смертности.

6. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура и причины. Ближайшие задачи органов здравоохранения, педиатров в деле дальнейшего снижения младенческой смертности.

7. Понятие о перинатальной и ранней неонатальной смертности. Структура её у доношенных и недоношенных детей. Профилактика.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

Выберите правильный ответ

2. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:

1) 22- 37 недель

2) 28-37 недель

3) 36-40 недель

4) *38-42 недели

более 42 недель

Выберите правильный ответ

3. Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают:

1) катаболическую направленность белкового обмена

2) *катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию

3) метаболический ацидоз, гипогликемию

Выберите правильный ответ

4. Сразу после рождения температура тела новорожденного:

1) не изменяется

2) *понижается

3) повышается

Выберите правильный ответ

5. Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет:

1) *5-8%

2) 12%

3) более 12%

Выберите правильный ответ

6. Гормональный криз после рождения отмечается у:

1) мальчиков

2) девочек

3) *мальчиков и девочек

2 уровень:

1. Установите соответствие между врожденным пороком сердца и рентгенологической картиной:

1. Тетрада Фалло	А. Легочной рисунок обеднен
2. Транспозиция магистральных сосудов	Б. Легочной рисунок усилен
	В. Талия сердца сглажена

1) А; 2) В, Б

Установите соответствие

2. Установите соответствие между заболеванием и симптомами:

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки	А. «Голодные», ночные боли в эпигастральной области
2. Гастроптоз	Б. Тяжесть, тупые боли в эпигастрии, «дискомфорт» при еде
	В. Боли натощак в правом подреберье
	Г. Жидкий водянистый стул

1) А
2) Б, В. Г.

3 уровень:

А. Больной Н., 9 лет, доставлен в больницу в бессознательном состоянии. Неделю назад переболел гриппом, после чего мать заметила, что мальчик стал вялым, снизился аппетит, похудел, жаловался на головную боль, жажду. Накануне появились боли в животе, неоднократная рвота. Мальчик стал заторможенным, сонливым, к вечеру потерял сознание. Объективно: сознание отсутствует; кожа сухая, бледная, щеки гиперемированы; язык сухой, малиновый; дыхание глубокое, шумное, 32 дыхания в минуту, запах ацетона изо рта; пульс 128 ударов в минуту, малый; артериальное давление 95/60 мм рт. ст.; при пальпации живот мягкий, безболезненный, край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги; сухожильные рефлексы не определяются. Вопрос 1: А. Ваш предварительный диагноз?

А.ВАШ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) Вирусный энцефалит
2) *Сахарный диабет, кетоацидотическая кома
3) Синдром Рея
4) Кишечная инфекция, токсикоз с эксикозом

Б. ВЫБЕРИТЕ НЕОБХОДИМЫЙ метод лабораторного обследования для подтверждения диагноза и назначения адекватной терапии?

1) *Определить уровень сахара в крови
2) *Определить уровень калия в крови
3) *Определить КОС
4) Копрограмма

Примерные ситуационные задачи

Задача 1.

Больной О., 12 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10 - 12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Общий анализ крови: Hb -110 г/л. Эр - 4,2 х 1012/л, Лейк - 15,0 х 109/л, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час.

	Общий анализ мочи: удельный вес -1014, белок - 0,06%о, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: альфа - 11%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели. Контрольные вопросы 1. Выделите основные симптом, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь 2. Предварительный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования можно провести у данного больного, их ожидаемые результаты? Задача 2. Ребенку 1 год. Родился доношенным. Масса при рождении 3500 г. С трех месяцев переведен на искусственное вскармливание адаптированными смесями. В течение года ребенок болел дизентерией, дважды пневмонией. Масса его тела - 8 кг. Ребенок бледный, кожные покровы сухие, волосы и ногти ломкие, на ногтях белые пятна. Подкожно-жировой слой и тургор тканей снижены, мышечная гипотония. Тоны сердца приглушены, дыхание в легких везикулярное. Живот значительно увеличен в объеме, из-за чего ребенок имеет вид «паука». Аппетит хороший. Стул обильный, пенистый. Жирный, зловонный, без слизи и крови. Впервые такой стул отмечен после введения в питание манной каши, улучшения в состоянии ребенка бывают лишь при исключении из питания каш. Контрольные вопросы 1. Выделите основные симптом, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь 2. Предварительный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования можно провести у данного больного, их ожидаемые результаты? 4. При обследовании у ребенка выявлена сопутствующая дисахаридазная недостаточность. Можно ли использовать в питании фрукты и овощи? 5. Какие исследования подтвердят диагноз целиакии?
	Примерные задания для написания рефератов 1. Хронические запоры 2. Функциональные нарушения ЖКТ.
ПК-1	**Примерные вопросы к экзамену** **(с № 12 по №65 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 12. Новорожденный ребёнок. Критерии доношенности и недоношенности. Определение степени зрелости. Ранняя адаптация новорожденного. 13. Понятие об эмбриопатии и фенопатии. Влияние вредных факторов на развитие эмбриона и плода. 14. Возрастные анатомо-физиологические кожи, подкожно-жировой клетчатки. Их значение в патологии раннего возраста. 15. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей. Рост и формирование скелета. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов. 16. Особенности становления системы дыхания у детей. Показания внешнего дыхания в различные возрастные периоды (частота дыхания, дыхательный объём, МОД, ЖЕЛ.) и методы их исследования (спирография, пневмотахометрия) и т. д.). 17. Особенности гемодинамики у детей: пульс (ударный и минутный), объём, артериальное давление, скорость кровотока), особенности электрокардиограммы у детей в различные периоды жизни. 18. Анатомо-физиологические особенности пищевода, желудка и кишечника у детей. 19. Возрастные особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Понятие о полостном и мембранном пищеварении. 20. Анатомо-физиологические особенности печени у детей. Функциональные методы исследо-

	вания у детей. 21. Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы. 22. Анатомо-физиологические особенности почек у детей. Количество и состав мочи у детей различного возраста, методы исследования функции почек. 23. Кроветворение у плода (ангиобластический, печёночный и костно-мозговой тип). Гемо- и миелограммы у детей различных возрастных периодов. Типы гемоглобина. Роль А.Ф. Тура в развитии гематологии детского возраста. 24. Формирование иммунитета в онтогенезе. Понятие о клеточном, гуморальном иммунном ответе. 25. Нервно-психическое развитие ребёнка в зависимости от особенностей нервной системы. Роль условий окружающей среды, питания и воспитания. 26. Критерии оценки физического и психомоторного развития у детей первого года жизни. Понятие о нормотрофии. 27. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста. Значение режима дня, массажа. Гимнастики, закаливания, правильного педагогического воспитания. 28. Роль медико-генетических центров в профилактике наследственных заболеваний у детей. Клинико-анамнестические особенности наследственных болезней обмена. Диагностика. Лечение. Профилактика. 29. Значение белков, жиров. Углеводов для роста и развития ребёнка. Потребность в основных пищевых ингредиентах в зависимости от возраста и вида вскармливания. 30. Дизметаболические нефропатии. Значение их раннего выявления для предупреждения заболевания почек у детей. 31. Витамины. Их значение для правильного развития ребёнка. Возрастная физиологическая потребность детей в витаминах. 32. Роль фосфора и кальция в организме, особенности их обмена, его регуляция. Суточная потребность детей различного возраста в кальции, фосфоре, витамине Д. Организация борьбы с рахитом. 33. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребёнка. Причины недонашивания. Основные принципы организации медицинского обслуживания недоношенных новорожденных. 34. Второй этап выхаживания детей недоношенных. Организация вскармливания на втором этапе выхаживания. Физическое, нервно-психическое и моторное развитие недоношенных детей. 35. Организация кормления детей в родильном доме, первое прикладывание к груди. Противопоказания и затруднения при естественном вскармливании со стороны матери и ребёнка. Расчёт питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко. 36. Понятие о дозированном и свободном вскармливании, показания к их назначению. Сроки и правила отнятия ребёнка от груди. Сроки и техника введения прикорма. Донорский пункт по сбору грудного молока, организация его работы. 37. Естественное вскармливание. Количественное и качественные различия женского и коровьего молока. Гипогалактия, её причины, меры предупреждения и лечения. 38. Смешанное вскармливание, показания к назначению. Правила введения докорма. Методы определения количества докорма. Молочные смеси, используемые в питании здоровых детей при смешанном вскармливании. 39. Смешанное и искусственное вскармливание детей, показания к назначению. Формулы расчёта питания. Смеси для смешанного и искусственного вскармливания. 40. Искусственное вскармливание. Классификация молочных смесей. Техника проведения и критерии оценки его эффективности. 41. Особенности вскармливания недоношенных детей. Расчёт питания. Техника кормления. Искусственное питание недоношенных детей. Потребность в белках, жирах, углеводах, калориях. 42. Питание здоровых детей старше одного года. Потребность в белках, жирах, витаминах, минеральных веществах и калориях. 43. Организация питания в детских учреждениях. Рациональные столы питания в детских больницах для детей различного возраста. 44. Парентеральное питание. Показания, техника проведения, используемые препараты.

	45. Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика. 46. Неинфекционные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных (адипонекроз, склерема, опрелости и др.). Клиника, лечение, профилактика. 47. Родовая травма центральной, периферической нервной системы у новорожденных детей. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Лечение в остром периоде, профилактика. 48. Понятие об аномалиях конституции. Влияние на заболеваемость и течение различных заболеваний. 49. БЭН. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления. Принципы лечения, профилактика. 50. Острый бронхит у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности. 51. Фетальные гепатиты. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. 52. Анемии новорожденных. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Принципы лечения. 53. Муковисцидоз. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, диспансерное наблюдение. 54. Эндокринопатии новорожденных, обусловленные нарушением функции щитовидной железы. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение. 55. Особенности первичной обработки недоношенных детей в родильном доме. Родившихся с асфиксией, родовой травмой центральной нервной системы и синдромом дыхательных расстройств. 56. Врождённый пороки сердца синего типа (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при одышечно - цианотическом приступе. 57. Физиологические («пограничные») состояния новорожденных детей. Причины, клинические проявления. 58. Сепсис новорожденных. Этиология, классификация, клиническая картина. Лечение. Прогноз. 59. Дерматозы у новорожденных детей (ихтиозиформная эритродермия Брока, булезный эпидермолиоз). Клиника, дифференциальный диагноз. Принципы лечения. 60. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний недоношенных детей. Ранние симптомы. Диагностика. Лечение. Профилактика. 61. Роль рахита в патологии детей раннего возраста (вопросы профилактики и лечебной тактики). 62. Гнойно-воспалительные заболевания остатка пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. 63. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных детей. Этиология. Клинические симптомы, диагностика. Лечение. Профилактика. 64. Внутриутробные инфекции. Понятие об инфекционных эмбриофетопатиях. Этиология внутриутробных инфекций, клиника, диагностика. Принципы лечения и профилактика. 65. Железодефицитная анемия у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с №45 по №65 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика. 2. Неинфекционные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных (адипонекроз, склерема, опрелости и др.). Клиника, лечение, профилактика. 3. Родовая травма центральной, периферической нервной системы у новорожденных детей. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Лечение в остром периоде, профилактика.

	4. Понятие об аномалиях конституции. Влияние на заболеваемость и течение различных заболеваний. 5. БЭН. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления. Принципы лечения, профилактика. 6. Острый бронхит у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности. 7. Фетальные гепатиты. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. 8. Анемии новорожденных. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Принципы лечения. 9. Муковисцидоз. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, диспансерное наблюдение. 10. Эндокринопатии новорожденных, обусловленные нарушением функции щитовидной железы. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение. 11. Особенности первичной обработки недоношенных детей в родильном доме. Родившихся с асфиксией, родовой травмой центральной нервной системы и синдромом дыхательных расстройств. 12. Врождённый пороки сердца синего типа (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при одышечно - цианотическом приступе. 13. Физиологические («пограничные») состояния новорожденных детей. Причины, клинические проявления. 14. Сепсис новорожденных. Этиология, классификация, клиническая картина. Лечение. Прогноз. 15. Дерматозы у новорожденных детей (ихтиозиформная эритродермия Брока, булезный эпидермолиоз). Клиника, дифференциальный диагноз. Принципы лечения. 16. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний недоношенных детей. Ранние симптомы. Диагностика. Лечение. Профилактика. 17. Роль рахита в патологии детей раннего возраста (вопросы профилактики и лечебной тактики). 18. Гнойно-воспалительные заболевания остатка пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. 19. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных детей. Этиология. Клинические симптомы, диагностика. Лечение. Профилактика. 20. Внутриутробные инфекции. Понятие об инфекционных эмбриофетопатиях. Этиология внутриутробных инфекций, клиника, диагностика. Принципы лечения и профилактика. 21. Железодефицитная анемия у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** *Выберите правильный ответ* 6. Гормональный криз после рождения отмечается у: 1) мальчиков 2) девочек 3) *мальчиков и девочек *Выберите правильный ответ* 7. Прогноз новорожденного с задержкой внутриутробного развития более благоприятный при: 1) *гипотрофическом варианте 2) гипопластическом варианте *Выберите правильный ответ* 8. I степень гипотрофического варианта пренатальной гипотрофии у доношенного новорожденного характеризуется:

1) отставанием в росте на 2 - 4 см и более
2) *массо-ростовым показателем 55-59,9; дефицит массы 1,5-2 сигмы
3) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
4) наличием пороков развития
5) увеличением размеров паренхиматозных органов

Выберите правильный ответ

9. III степень задержки внутриутробного развития у доношенного новорожденного характеризуется:
1) *отставанием в росте на 2-4 см и более
2) массо-ростовым показателем 55-59,9
3) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
4) наличием пороков развития
5) увеличением размеров паренхиматозных органов

Выберите правильный ответ

10. Возможные исходы и осложнения неревматического кардита:
1) *кардиосклероз
2) *гипертрофия миокарда
3) снижение интеллекта
4) *нарушение сердечного ритма
5) *легочная гипертензия

2 уровень:

Установите соответствие

3. Между типом кардиомиопатии и его эхокардиографическими показателями

1. Дилятационная	А. Гипертрофия миокарда ЛЖ, разной степени выраженности
2. Гипертрофическая	Б. Расширение всех полостей сердца
3. Рестриктивная	В. Диастолическая дисфункция ЛЖ
	Г. Увеличение ФВ
	Д. Снижение ФВ

1) А,Б,Д
2) А,Г,В
3) А,В

Установите соответствие

4. Установите соответствие

1. Хронический некалькулезный холецистит	А. УЗИ: множественный конкременты в полости желчного пузыря, стенка желчного пузыря 2 мм, однородная, контуры ровные
2.Хронический калькулезный холецистит	Б. УЗИ: в полости желчного пузыря эхогенная желчь, стенка неравномерно утолщена до 4-6 мм, неоднородная
3.ЖКБ	В. УЗИ: в полости желчного пузыря конкремент d-19 мм, стенка 5 мм, однородная
	Г. УЗИ: в полости желчного пузыря эхогенная желчь до 1\2 объема, стенка 2,5 мм, однородная

1) Б 2) В 3)А

3 уровень:

2. Задача.

А. БОЛЬНАЯ О., 17 ЛЕТ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЕТ БОЛЯМИ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ, ОСОБЕННО ПРИ ПОГРУШНОСТЯХ В ДИЕТЕ, ТАКЖЕ БЫВАЕТ РВОТА И ПО УТРАМ БЕСПОКОИТ ГОРЕЧЬ ВО РТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

1) * хронический холецистит
2) хронический гепатит

	3) дискинезия ЖВП 4) хронический панкреатит Б. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО ПОМОЖЕТ ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ: 1) дуоденальное зондирование 2) * ультразвуковое исследование 3) холангиопанкреатография
	Примерные ситуационные задачи Задача 3. Больной М, 14 лет, ученик. После введения противогриппозной вакцины (с профилактической целью) потерял сознание. Объективно: сознание отсутствует, кожные покровы бледные, влажные на ощупь; на коже туловища и конечностей множественные уртикарные высыпания. Пульс 120 уд./мин., ритмичный, нитевидный. Над лёгкими дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие. АД 80/50 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий. Со слов родственников, у больного периодически в течение последних 5 лет появлялась крапивница при употреблении в пищу рыбных консервов, клубники, шоколада. Контрольные вопросы 1. Выделите основные симптом, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь 2. Предварительный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования можно провести у данного больного, их ожидаемые результаты? Задача 4. Больной В., 13 лет, ученик; поступил в клинику с жалобами на внезапно развившуюся общую слабость, головокружение, дурноту, мелькание “мушек” перед глазами, появление обильного темного кашицеобразного стула. Анамнез заболевания: В течение 4 лет страдает язвенной болезнью ДПК. Последние 6 месяцев периодически беспокоили боли в эпигастрии умеренные, возникающие примерно через 1,5-2 часа после еды, иногда в ночное время; проходили самостоятельно; сопровождались изжогой, которую купировал приемом соды. Объективно: общее состояние средней тяжести, из-за головокружения и резкой слабости почти все время лежит. Астеник. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, холодные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Пульс 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения; тоны сердца учащены, приглушены, “мягкий” систолический шум на верхушке и в других точках аускультации. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации в эпигастральной области и области привратника. Печень у края правой реберной дуги, мягкая, безболезненная. Кал черного цвета. ОАК: эритроциты- $2{,}2\cdot10^{12}$/л, гемоглобин-82 г/л, лейкоциты-$9{,}8\cdot10^{9}$/л, тромбоциты-$150\cdot10^{9}$/л, СОЭ- 24 мм/ч. Контрольные вопросы 1. Выделите основные симптом, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь 2. Предварительный диагноз? 3. Какие дополнительные исследования можно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?

	Примерный перечень практических навыков 1. Провести осмотр и клиническое обследование новорожденных. 2. Провести антропометрические исследования у новорожденных. 3. Вызвать безусловные рефлексы у новорожденных. 4. Осуществить пеленание новорожденных и уход за ним. 5. Дать интерпретацию изменениям гемограммы у новорожденных. 6. Оценить состояние новорожденных по шкале Апгар и Сильвермана. 7. Отсосать содержимое дыхательных путей и желудка у новорожденных. 8. Дать интерпретацию изменениям спинномозговой жидкости у новорожденных. 9. Определить группу крови и резус-фактор. 10. Дать интерпретацию Rg-граммы у новорожденных. 11. Дать интерпретацию изменениям уровня глюкозы, тироксина, кортизона, 17-ОКС, Na, K в сыворотке, билирубина, холестерина. 12. Дать интерпретацию изменениям копрограммы у новорожденных. 13. Провести первичный туалет недоношенного новорожденного. 14. Провести клиническое обследование недоношенного новорожденного. 15. Осуществить уход и рассчитать объем питания у новорожденного. 16. Определить показания и сроки перевода недоношенного новорожденного в специализированное отделение детской больницы. 17. Провести первичный туалет доношенного новорожденного. 18. Постановка очистительной и лекарственной клизмы новорожденному. 19. Знать методику проведения фототерапии. 20. Проведение инфузионной терапии у новорожденных с учетом возможных осложнений. 21. Профилактика побочных эффектов лекарственной терапии. 22. Методика проведения подкожных, в/мышечных, в/венных введений лекарственных веществ новорожденному. 23. Техника проведения ЗПК. 24. Проведение спинномозговой пункции. Собрать и оценить биологический, социальный и генеалогический анамнез. 25. Определить физкультурную группу для детей школьного возраста. 26. Определить степень готовности детей к поступлению в школу и ДДУ. 27. Провести и оценить функциональные пробы (Шалке, Генча и др.).
ПК-2	**Примерные вопросы к экзамену** **(с № 66 по № 143 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 66. Судорожный синдром. Причины, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Прогноз. 67. Принципы диетотерапии при гипотрофии у детей раннего возраста в зависимости от этиологии и степени тяжести заболевания. Профилактика гипотрофии. 68. Токсикоз с обезвоживанием у детей раннего возраста. Этиология, патогенез, степени (фазы) и виды токсикоза, клинические проявления. Лечение. 69. Рахит. Этиология, патогенез, классификация, дифференциальный диагноз. Профилактика рахита. 70. Рахит у недоношенных детей, предрасполагающие факторы, особенности клинического течения. Лечение. Профилактика. 71. Родовая травма. Причины. Патогенез, клинические проявления, осложнения, исходы. Профилактика. 72. Сепсис у доношенных и недоношенных новорожденных. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Лечение и профилактика. 73. Гипотиреоз. Классификация, клиническая картина, особенности проявлений в периоде новорожденности и раннем возрасте. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. 74. Врождённые пороки сердца и крупных сосудов. Классификация. Клинические проявления в раннем детском возрасте. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. 75. Пневмония у новорожденных. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина.

	Особенности пневмонии у недоношенных детей. Лечение. Профилактика. 76. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия. Причины, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. 77. Пневмонии у детей раннего возраста. Классификация, этиология, клиническая картина. Лечение, профилактика. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности. 78. ГИЭ и посттравматическое поражение центральной нервной системы у новорожденных детей. Клинические проявления в остром периоде. Период восстановления. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы. 79. Функциональные нарушения пищеварения. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. 80. Миокардиты и фиброэластоз у детей раннего возраста. Этиология, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Особенности течения сердечно-сосудистой недостаточности у детей раннего возраста, лечение, неотложная помощь, профилактика. 81. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Основные причины желтух, критерии дифференциального диагноза. 82. Пневмопатии у новорожденных детей. Клинические формы, причины, диагностика. Лечение. Профилактика. 83. Лихорадка и гипертермический синдром. Причины, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. 84. Задержка внутриутробного развития. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы лечения. Прогноз. Антенатальная профилактика. 85. Синдром мальабсорбции. Клинические формы. Диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Прогноз, диспансерное наблюдение. 86. Понятие о внутриутробном инфицировании и внутриутробной инфекции плода. Клинические признаки внутриутробной инфекции новорожденного ребёнка. Методы диагностики. Профилактика. 87. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез, клинические формы. Осложнения, диагноз, профилактика и лечение. 88. Геморрагическая болезнь у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Помощь. Профилактика. 89. Деструктивные пневмонии у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика. Лечение, неотложная помощь при плевральных осложнениях. Прогноз. 90. Целиакия. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Прогноз. 91. Наследственные рахитоподобные заболевания (тубулопатии). Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, прогноз. 92. Острая гипоксия плода и новорожденного. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Реанимационные мероприятия, принципы интенсивной терапии острого периода. Осложнения и исходы. Реабилитационное лечение. 93. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация, клинические проявления, методы диагностики. Возможные пути лечения. 94. Врождённые и наследственные заболевания почек у детей (врожденный нефрологический синдром, наследственный нефрит, синдром Альпорта и др.). Дифференциальный диагноз. Лечение. 95. Врождённые пороки сердца бледного типа (дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный поток). Проявления в раннем возрасте. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Диспансерное наблюдение и лечение. 96. Заболевания полости рта у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика. 97. Анемия недоношенных детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика поздней железодефицитной анемии. 98. Геморрагический синдром у новорожденных детей. Причины. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Неотложная помощь. 99. Конъюгационные гипербилирунемии новорожденных. Причины. Клинические формы. Критерии дифференциального диагноза. Лечение. 100. Пневмония у детей раннего возраста. Причины, классификация, клиника. Лечение. 101. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Артериальные гипертонии у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная по-

	мощь при гипертоническом кризе различной этиологии. Прогноз. Профилактика. 102. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении. 103. Иммунные гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения и диспансерное лечение. Наблюдение. 104. Острая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при анурии. 105. Панкреатиты у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика. 106. Пиелонефрит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика. 107. Гиповитаминозы. Причины. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. 108. Пневмонии у детей старшего возраста. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Особенности крупозной пневмонии. Лечение. Прогноз. Профилактика. 109. Бронхиты. Этиология, клиническая картина, диагностика. Лечение. 110. Острый и хронический холециститы у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с дискинезией желчного пузыря и сфинктера Одди. Лечение. 111. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. 112. Ревматоидный артрит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с ревматизмом. Лечение. 113. Недостаточность аортального клапана. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности ЭКГ, ФКГ. Режим жизни и физического воспитания детей с приобретёнными пороками сердца. 114. Комбинированный митральный порок. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы функционального исследования, ЭКГ, ФКГ, лечение при нарушении кровообращения. 115. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. 116. Заболевания соединительной ткани и системные васкулиты (системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, узелковый периартерит). Этиология. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. 117. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз. 118. Бронхиальная астма. Неотложная помощь во время приступа бронхиальной астмы. 119. Различные формы нарушения половой дифференцировки. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Тактика врача в вопросах пола. Вопросы деонтологии. 120. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз, диспансерное наблюдение. 121. Цистит. Этиология, клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. 122. Нарушение сердечного ритма. Этиология. Клиническая картина, диагностика. ЭКГ. Лечение. Неотложная помощь при пароксимальной тахикардии. 123. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Основные и дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса. 124. Сахарный диабет. Принципы терапии. Синдром хронической передозировки инсулина. Диспансеризация детей, больных сахарным диабетом. 125. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь. 126. Врождённая дисфункция коры надпочечников. Патогенез. Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. 127. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Этиология. Патогенез.

	Клинико-лабораторные стадии ДВС. Дифференцированная терапия. 128. Хронический гастрит и гастродуоденит. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Санаторно-курортная помощь. Профилактика. 129. Болезни щитовидной железы. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, методы лечения. Тиреотоксический криз и неотложная помощь при нём, узловатый зоб, лечебная тактика у детей. Эндемический зоб, профилактика. Лечение. 130. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии. Сердечные гликозиды. Дозировка. Показания. Контроль за лечением, возможные осложнения. 131. Диабетическая (кетоацидотическая) и гипогликемические комы. Причины возникновения. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. 132. Миокардиты неревматической этиологии. Этиология. Клиника, диагностика. Значение ЭКГ в диагностике. Лечение. Течение. Прогноз. 133. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз. 134. Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. 135. Наследственно обусловленные хронические бронхолёгочные заболевания (идиопатический гемосидероз лёгких, муковисцидоз, фиброзирующие пневмонии и др.). Особенности клинических проявлений. Диагностика. Дифференциальный диагноз. 136. Ожирение у детей. Классификация. Этиология. Патогенез, клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика. 137. Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Этиология, патогенез. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь, лечение, прогноз. 138. Респираторные аллергозы. Клиника. Диагностика. Лечение. 139. Плевриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика. 140. Хронический гломеролонефрит. Клиническая картина различных форм, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение. 141. Нарушение роста у детей. Гипофизарный нанизм. Гигантизм. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз. 142. Системная красная волчанка. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз. 143. ХБП. Хроническая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагностика. Принципы лечения. **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с № 81 по № 134 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Основные причины желтух, критерии дифференциального диагноза. 2. Пневмопатии у новорожденных детей. Клинические формы, причины, диагностика. Лечение. Профилактика. 3. Лихорадка и гипертермический синдром. Причины, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. 4. Задержка внутриутробного развития. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы лечения. Прогноз. Антенатальная профилактика. 5. Синдром мальабсорбции. Клинические формы. Диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Прогноз, диспансерное наблюдение. 6. Понятие о внутриутробном инфицировании и внутриутробной инфекции плода. Клинические признаки внутриутробной инфекции новорожденного ребёнка. Методы диагностики. Профилактика. 7. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез, клинические формы. Осложнения, диагноз, профилактика и лечение. 8. Геморрагическая болезнь у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Помощь. Профилактика. 9. Деструктивные пневмонии у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диа-

	гностика. Лечение, неотложная помощь при плевральных осложнениях. Прогноз. 10. Целиакия. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Прогноз. 11. Наследственные рахитоподобные заболевания (тубулопатии). Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, прогноз. 12. Острая гипоксия плода и новорожденного. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Реанимационные мероприятия, принципы интенсивной терапии острого периода. Осложнения и исходы. Реабилитационное лечение. 13. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация, клинические проявления, методы диагностики. Возможные пути лечения. 14. Врождённые и наследственные заболевания почек у детей (врожденный нефрологический синдром, наследственный нефрит, синдром Альпорта и др.). Дифференциальный диагноз. Лечение. 15. Врождённые пороки сердца бледного типа (дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный поток). Проявления в раннем возрасте. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Диспансерное наблюдение и лечение. 16. Заболевания полости рта у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика. 17. Анемия недоношенных детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика поздней железодефицитной анемии. 18. Геморрагический синдром у новорожденных детей. Причины. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Неотложная помощь. 19. Конъюгационные гипербилирунемии новорожденных. Причины. Клинические формы. Критерии дифференциального диагноза. Лечение. 20. Пневмония у детей раннего возраста. Причины, классификация, клиника. Лечение. 21. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Артериальные гипертонии у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь при гипертоническом кризе различной этиологии. Прогноз. Профилактика. 22. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении. 23. Иммунные гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения и диспансерное лечение. Наблюдение. 24. Острая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при анурии. 25. Панкреатиты у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика. 26. Пиелонефрит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика. 27. Гиповитаминозы. Причины. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. 28. Бронхиты. Этиология, клиническая картина, диагностика. Лечение. 29. Острый и хронический холециститы у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с дискинезиями желчного пузыря и сфинктера Одди. Лечение. 30. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. 31. Ревматоидный артрит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с ревматизмом. Лечение. 32. Недостаточность аортального клапана. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности ЭКГ, ФКГ. Режим жизни и физического воспитания детей с приобретёнными пороками сердца. 33. Комбинированный митральный порок. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы функционального исследования, ЭКГ, ФКГ, лечение при нарушении кровообращения. 34. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение. 35. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.

	36. Бронхиальная астма. Неотложная помощь во время приступа бронхиальной астмы. 37. Различные формы нарушения половой дифференцировки. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Тактика врача в вопросах пола. Вопросы деонтологии. 38. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз, диспансерное наблюдение. 39. Цистит. Этиология, клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. 40. Нарушение сердечного ритма. Этиология. Клиническая картина, диагностика. ЭКГ. Лечение. Неотложная помощь при пароксимальной тахикардии. 41. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Основные и дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса. 42. Сахарный диабет. Принципы терапии. Синдром хронической передозировки инсулина. Диспансеризация детей, больных сахарным диабетом. 43. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь. 44. Врождённая дисфункция коры надпочечников. Патогенез. Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение. 45. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторные стадии ДВС. Дифференцированная терапия. 46. Хронический гастрит и гастродуоденит. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Санаторно-курортная помощь. Профилактика. 47. Болезни щитовидной железы. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, методы лечения. Тиреотоксический криз и неотложная помощь при нём, узловатый зоб, лечебная тактика у детей. Эндемический зоб, профилактика. Лечение. 48. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии. Сердечные гликозиды. Дозировка. Показания. Контроль за лечением, возможные осложнения. 49. Диабетическая (кетоацидотическая) и гипогликемические комы. Причины возникновения. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. 50. Миокардиты неревматической этиологии. Этиология. Клиника, диагностика. Значение ЭКГ в диагностике. Лечение. Течение. Прогноз. 51. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз. 52. Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** *Выберите правильный ответ* 11. По периоду возникновения неревматический кардит может быть: 1) *врожденный 2) *приобретенный 3) наследственно обусловленный *Выберите правильный ответ* 12. Поводом для подозрения на инфекционный эндокардит у больного с пороком сердца или у больного после радикальной коррекции порока сердца может быть: 1) субфебрилитет 2) *петехиальная сыпь 3) *носовые кровотечения 4) энурез 5) *появление аускультативных феноменов в сердце *Выберите правильный ответ* 13. Наиболее вероятными возбудителями инфекционного эндокардита могут быть: 1) *стафилококки 2) *стрептококки

3) * грибы
4) вирусы
5) простейшие

Выберите правильный ответ

14. Понятие «вторичный эндокардит» предполагает:
1) повторное заболевание инфекционным эндокардитом
2) *развитие инфекционного эндокардита на фоне врожденных или приобретенных пороков сердца

Выберите правильный ответ

15. При лечении инфекционного эндокардита обязательным является назначение:
1) *антибактериальных средств
2) глюкокортикостероидов

Выберите правильный ответ

16. При инфекционном эндокардите поражение почек происходит во время фазы:
1) инфекционно-токсической
2)*иммунно-воспалительной
3) дистрофической

Выберите правильный ответ

17. Текущий инфекционный эндокардит для хирургической коррекции порока сердца строгим противопоказанием:
1) является
2) *не является

Выберите правильный ответ

18. В план обследования больного с подозрением на инфекционный эндокардит включается:
1) *общий анализ крови
2) *общий анализ мочи
3) *электрокардиография
4) биоценоз кишечника
5) *эхокардиография

Выберите правильный ответ

19. Повышение артериального давления в качестве побочного эффекта может отмечаться при приеме:
1) *симпатомиметиков
2) ганглиоблокаторов
3) *глюкокортикоидов
4) р-адреноблокаторов
5) диуретиков

Выберите правильный ответ

20. При артериальной гипертензии возможны жалобы на:
1) *головную боль
2) энурез
3) боли в животе
4) *рвоту

2 уровень:

Установите соответствие

4. Установите соответствие

1. Хронический некалькулезный холецистит	А. УЗИ: множественный конкременты в полости желчного пузыря, стенка желчного пузыря 2 мм, однородная, контуры ровные
2.Хронический калькулезный холецистит	Б. УЗИ: в полости желчного пузыря эхогенная желчь, стенка неравномерно утолщена до 4-6 мм, неоднородная
3.ЖКБ	В. УЗИ: в полости желчного пузыря конкремент d-19 мм, стенка 5 мм, однородная
	Г. УЗИ: в полости желчного пузыря эхогенная желчь до 1\2 объема, стенка 2,5 мм, однородная

2) Б 2)В 3)А

Установите соответствие

5. Выберите соответствие для патологического процесса и характера хрипов:

1. Бронхиолит	А. Множественные рассеянные крепитирующие хрипы
2. Пневмония	Б. Мелкопузырчатые и крепитирующие
	В. Проводные хрипы

1-А, 2-Б

3 уровень:

А. Больная Л.,15 лет, предъявляет жалобы на повышение температуры, тянущие боли в поясничной области, частое и болезненное мочеиспускание, общую слабость, головную боль, отсутствие аппетита. Ухудшение связывает с переохлаждением. В связи с ухудшением состояния госпитализирована в стационар. При осмотре выявлено: температура 38,7С, пульс 98 в минуту, артериальное давление 100/60 мм. рт. ст., частота дыхания 24 в минуту, кожа сухая, бледная, пастозность голеней, положительный симптом «поколачивания» с обеих сторон.

А. О каком заболевании следует думать:

*1) Двусторонний пиелонефрит
2) Хронический гломерулонефрит
3) Односторонний пиелонефрит
4) Амилоидоз почек

Б. Какие методы диагностики необходимы пациентке:

1) УЗИ брюшной полости
*2) УЗИ почек
*3) ОАМ
*4) анализ мочи по Нечипоренко

Примерные ситуационные задачи

Задача 5.

Больной Н, 13 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Страдает заболеванием почек. В течение 3 недель состояние прогрессивно ухудшалось: исчез аппетит, появилась тошнота и рвота, тонические судороги конечностей, большую часть дня спит.

Объективно: состояние тяжелое. В контакт не вступает, реакция на болевые раздражители отсутствует, изо рта уринозный запах. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчесов, лицо пастозное небольшая отечность нижних конечностей. Язык сухой, обложен серовато-бурым налетом. Над всей поверхностью легких жесткое дыхание, в нижних отделах шум трения плевры. ЧД 30 в мин. Пульс 56 уд./мин, ритмичный, напряженный. Сердце увеличено в поперечнике, преимущественно влево, тоны сердца глухие, выслушивается шум трения перикарда. АД 90/60 мм.рт.ст Живот мягкий, болезненный при пальпации. Печень не увеличена, край мягкий. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания - больной не реагирует.

Анализ крови: эритр.-2,8х10^{12}/л, гемоглобин-80г/л, лейк.-16,1х10^{9}/л, СОЭ 50 мм/ч. Анализ мочи: уд.вес-1010, белок-1%, эритроциты измененные 30 в п/зр, цилиндры зернистые- 20 в п\зр.

Креатинин крови-1,34 ммоль/л, мочевина-16,1 ммоль/л. К+ 6,7ммоль\л

Контрольные вопросы

1. Выделите основные симптом, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования можно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?

Задача 6.

О., 13 лет поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический

	процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10 - 12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. *Общий анализ крови:* НЬ - 110 г/л, Эр - 4,2х10^{12}/л, Лейк - 15,0х10^{9}/л, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%. м - 3%,СОЭ - 46 мм/час. *Общий анализ мочи:* удельный вес - 1014, белок - 0,06 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з. *Биохимические анализ крови:* общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: α_1 - 11%, α_2 - 10%, β - 5%, γ - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина - 4,5 ммоль/л. *Рентгенологически* определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели. Контрольные вопросы 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Какие еще обследования следует провести больному? Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании? 3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса? 4. Составьте план лечения больного. Какова патоморфологическая основа процесса? 5. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания? Диспансерное наблюдение.
	Примерный перечень практических навыков 28. Измерить и оценить артериальное давление, ЧСС, ЧД. 29. Провести комплексную оценку здоровья ребенка. 30. Провести этапную диспансеризацию здорового ребенка. 31. Провести диспансеризацию больного ребенка. 32. Оценить результаты лабораторных, функциональных и инструментальных исследований. 33. Произвести расчет питания детей различных возрастных групп. 34. Составить режим дня для ребенка. 35. Оценить степень тяжести адаптации детей к дошкольно-школьным учреждениям. 36.Составить индивидуальный календарь профилактических прививок. Измерение температуры тела и ее графическая запись. 37. Взятие материала со слизистой дыхательных путей для лабораторных исследований. 38. Взятие кала на исследование. Оценка и регистрация стула у ребенка 39. Взятие мочи на общий анализ, пробу Нечипоренко. 40. Взятие мочи на пробу Зимницкого. 41. Взятие крови из вены на биохимические, иммунологические и бактериологические исследования. 42. Подготовка ребёнка к рентгенологическому исследованию пищевода, желудка, кишечника, желчного пузыря, мочеполовой системы. 43. Лечебные и диагностические клизмы у детей (очистительная, сифонная) газоотведение. 44. Гигиенический уход за кожей, глазами, ушами, носом ребенка, гигиенические ванны. 45. Раздражающе-рефлекторные лечебные воздействия (применение грелки сухого тепла, общее сухое укутывание, наложение парафиновых и озокеритовых аппликаций, постановка банок, горчичников, горчичных обертываний, горничные ножные ванны, применение холода). 46. Техника пользования кислородными баллонами, кислородными приборами, техника безопасности. 47. Ингаляционная оксигенотерапия с применением кислородных палаток. 48. Измерение артериального давления по Н.С. Короткову. 49. Функциональные пробы для исследования сердечно-сосудистой системы по Шалкову, ортоклиностатическая проба. 50. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, Эхо-

	кардиография). 51. Определение группы крови, резус-фактора. 52. Методика и техника кормления здорового и больного ребенка от 0 до 14 лет. 53. Искусственная вентиляция «рот-рот», «рот-нос», маской, через интубационную трубку. 54. Промывание желудка.
	Примерные задания для написания рефератов 2) Долихосигма. 3) Болезнь Гиршпрунга. 4) Гельминтозы у детей. 5) Врожденный нефротический синдром. 6) Дизметаболические нефропатии. 7) Тубулоинтерстициальный нефрит. 8) Нейрогенный мочевой пузырь. 9) Методы диагностики в детской нефрологии. 10) Дифференциальная диагностика атопического дерматита и других заболеваний с кожными проявлениями. 11) Анафилактический шок и сывороточная болезнь. 12) Тубулопатии. 13) Клиническая картина дисбиоза. 14) Кандидозный стоматит у детей. 15) Лечение последствий ГИЭ с различными синдромами. 16) Особенности родовой травмы у недоношенных. 17) Билирубиновая энцефалопатия. 18) Наследственные гемолитические анемии новорожденных. 19) Профилактика геморрагического синдрома у новорожденных. 20) Диагностика сепсиса у новорожденного. 21) Профилактика анемии и рахита у недоношенных новорожденных. 22) Осложнения лейкозов у детей. 23) Стандартные и инновационные методы лабораторных и инструментальных исследований в диагностике апластической анемии. 24) Дифференциальный диагноз гемолитических анемий. 25) Диспансеризация больных с иммунной тромбоцитопенией. 26) Формы гемофилии, их клинические особенности.

Критерии оценки экзаменационного собеседования, устного опроса, собеседования текущего контроля:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешно-

сти в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки тестовых заданий:
«зачтено» - не менее 71 балла правильных ответов;
«не зачтено» - 70 баллов и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«отлично» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, по МКБ, выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на все вопросы к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«хорошо» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены недочеты в классификации и определении осложнений и/или сопутствующей патологии. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на ⅔ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«удовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен правильно, допущены ошибки в классификации, не выделены осложнения и/или сопутствующая патология. Даны логичные, аргументированные, основанные на системном анализе научно-медицинской информации, а также действующих законах и нормативных актах ответы на ⅔ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного;

«неудовлетворительно» - диагноз заболевания в задаче поставлен неправильно или не поставлен. Ответы на вопросы к задаче не даны или даны неполные ответы на ½ вопросов к задаче, во время обсуждения которых обучающийся продемонстрировал недостаточную способность интерпретировать данные опроса и осмотра пациента, результаты лабораторно-инструментальных исследований, анализировать симптомы и выделять синдромы, назначать патогенетически обоснованные методы диагностики, адекватного лечения, реабилитации и профилактики с учетом возраста и пола больного.

Критерии оценки практических навыков:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки написания рефератов:

Оценка «отлично» – работа полностью соответствует всем требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Полностью раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание точно соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, логично, использована современная терминология. Обучающийся владеет навыками формирования системного подхода к анализу информации, использует полученные знания при интерпретации теоретических и практических аспектов, способен грамотно редактировать тексты профессионального содержания. В работе присутствуют авторская позиция, самостоятельность суждений.

Оценка «хорошо» – работа в целом соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание соответствует теме реферата. Работа написана грамотно, литературным языком, использована современная терминология. Допущены неточности при анализе информации, при использовании полученных знаний для интерпретации теоретических и практических аспектов, имеются некритичные замечания к оформлению основных разделов работы. В работе обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «удовлетворительно» – работа не полностью соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Частично раскрыта сущность поставленной проблемы, содержание не полностью соответствует теме реферата. Допущены ошибки в стилистике изложения материала, при использовании современной терминологии. Обучающийся слабо владеет навыками анализа информации. В работе не сделаны выводы (заключение), не обнаруживается самостоятельность суждений.

Оценка «неудовлетворительно» – работа не соответствует требованиям, предъявляемым к содержанию и оформлению реферата. Допущены существенные ошибки в стилистике изложения материала. Обучающийся не владеет навыками анализа информации, а также терминологией и понятийным аппаратом проблемы. Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

2.2. Примерные вопросы к экзамену

1. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребёнке. Основные этапы развития и становления педиатрии в стране. Роль С.Ф. Хотовицкого, Н.П. Гундобина, Н.Ф. Филатова, Г.Н. Сперанского, Ю.Ф. Домбровской, А.Ф. Тура в развитии отечественной педиатрии.
2. Достижения отечественной педиатрии. Роль А.А. Киселя, В.И. Молчанова, М.С. Маслова в развитии педиатрии.
3. Профилактическое направление отечественной педиатрии и формы медицинского обслуживания детского населения. Государственные законы и постановления в области охраны детства. Социально-правовая помощь.
4. Роль физического воспитания в гармоничном развитии ребёнка. Организация физического воспитания на участке, в школьно-дошкольном учреждениях.
5. Принципы организации детских отделений в родильном доме. Режим работы отделений, порядок выписки новорожденных домой и перевода в другие отделения и лечебные учреждения. Противопоказания для транспортировки детей.
6. Организация работы детского отделения родильного дома. Санитарно-гигиенический и

противоэпидемический режим. Предупреждение гнойно-септических заболеваний новорожденных в родильном доме. Мероприятия при выявлении единичных и групповых заболеваний в детском отделении.

7. Организация обслуживания новорожденных в родильном доме. Оборудование палат, санитарный режим, обработка белья, организация кормления детей. Первичный туалет новорожденного. Уход за остатком пупочного канатика, пупочной ранкой. Профилактика гонобленореи.

8. История болезни как основной медицинский документ.

9. Понятие о младенческой смертности, неонатальной смертности, их структура. Задачи здравоохранения в снижении детской смертности.

10. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура и причины. Ближайшие задачи органов здравоохранения, педиатров в деле дальнейшего снижения младенческой смертности.

11. Понятие о перинатальной и ранней неонатальной смертности. Структура её у доношенных и недоношенных детей. Профилактика.

12. Новорожденный ребёнок. Критерии доношенности и недоношенности. Определение степени зрелости. Ранняя адаптация новорожденного.

13. Понятие об эмбриопатии и фенопатии. Влияние вредных факторов на развитие эмбриона и плода.

14. Возрастные анатомо-физиологические кожи, подкожно-жировой клетчатки. Их значение в патологии раннего возраста.

15. Анатомо-физиологические особенности костной системы у детей. Рост и формирование скелета. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов.

16. Особенности становления системы дыхания у детей. Показания внешнего дыхания в различные возрастные периоды (частота дыхания, дыхательный объём, МОД, ЖЕЛ.) и методы их исследования (спирография, пневмотахометрия) и т. д.).

17. Особенности гемодинамики у детей: пульс (ударный и минутный), объём, артериальное давление, скорость кровотока), особенности электрокардиограммы у детей в различные периоды жизни.

18. Анатомо-физиологические особенности пищевода, желудка и кишечника у детей.

19. Возрастные особенности желудочно-кишечного тракта у детей. Понятие о полостном и мембранном пищеварении.

20. Анатомо-физиологические особенности печени у детей. Функциональные методы исследования у детей.

21. Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы.

22. Анатомо-физиологические особенности почек у детей. Количество и состав мочи у детей различного возраста, методы исследования функции почек.

23. Кроветворение у плода (ангиобластический, печёночный и костно-мозговой тип). Гемо- и миелограммы у детей различных возрастных периодов. Типы гемоглобина. Роль А.Ф. Тура в развитии гематологии детского возраста.

24. Формирование иммунитета в онтогенезе. Понятие о клеточном, гуморальном иммунном ответе.

25. Нервно-психическое развитие ребёнка в зависимости от особенностей нервной системы. Роль условий окружающей среды, питания и воспитания.

26. Критерии оценки физического и психомоторного развития у детей первого года жизни. Понятие о нормотрофии.

27. Особенности психомоторного развития детей раннего возраста. Значение режима дня, массажа. Гимнастики, закаливания, правильного педагогического воспитания.

28. Роль медико-генетических центров в профилактике наследственных заболеваний у детей. Клинико-анамнестические особенности наследственных болезней обмена. Диагностика. Лечение. Профилактика.

29. Значение белков, жиров. Углеводов для роста и развития ребёнка. Потребность в основных пищевых ингредиентах в зависимости от возраста и вида вскармливания.
30. Дизметаболические нефропатии. Значение их раннего выявления для предупреждения заболевания почек у детей.
31. Витамины. Их значение для правильного развития ребёнка. Возрастная физиологическая потребность детей в витаминах.
32. Роль фосфора и кальция в организме, особенности их обмена, его регуляция. Суточная потребность детей различного возраста в кальции, фосфоре, витамине Д. Организация борьбы с рахитом.
33. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребёнка. Причины недонашивания. Основные принципы организации медицинского обслуживания недоношенных новорожденных.
34. Второй этап выхаживания детей недоношенных. Организация вскармливания на втором этапе выхаживания. Физическое, нервно-психическое и моторное развитие недоношенных детей.
35. Организация кормления детей в родильном доме, первое прикладывание к груди. Противопоказания и затруднения при естественном вскармливании со стороны матери и ребёнка. Расчёт питания новорожденного. Молозиво, переходное и зрелое молоко.
36. Понятие о дозированном и свободном вскармливании, показания к их назначению. Сроки и правила отнятия ребёнка от груди. Сроки и техника введения прикорма. Донорский пункт по сбору грудного молока, организация его работы.
37. Естественное вскармливание. Количественное и качественные различия женского и коровьего молока. Гипогалактия, её причины, меры предупреждения и лечения.
38. Смешанное вскармливание, показания к назначению. Правила введения докорма. Методы определения количества докорма. Молочные смеси, используемые в питании здоровых детей при смешанном вскармливании.
39. Смешанное и искусственное вскармливание детей, показания к назначению. Формулы расчёта питания. Смеси для смешанного и искусственного вскармливания.
40. Искусственное вскармливание. Классификация молочных смесей. Техника проведения и критерии оценки его эффективности.
41. Особенности вскармливания недоношенных детей. Расчёт питания. Техника кормления. Искусственное питание недоношенных детей. Потребность в белках, жирах, углеводах, калориях.
42. Питание здоровых детей старше одного года. Потребность в белках, жирах, витаминах, минеральных веществах и калориях.
43. Организация питания в детских учреждениях. Рациональные столы питания в детских больницах для детей различного возраста.
44. Парентеральное питание. Показания, техника проведения, используемые препараты.
45. Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
46. Неинфекционные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных (адипонекроз, склерема, опрелости и др.). Клиника, лечение, профилактика.
47. Родовая травма центральной, периферической нервной системы у новорожденных детей. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Лечение в остром периоде, профилактика.
48. Понятие об аномалиях конституции. Влияние на заболеваемость и течение различных заболеваний.
49. БЭН. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления. Принципы лечения, профилактика.
50. Острый бронхит у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при острой дыхательной недо-

статочности.
51. Фетальные гепатиты. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
52. Анемии новорожденных. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Принципы лечения.
53. Муковисцидоз. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, диспансерное наблюдение.
54. Эндокринопатии новорожденных, обусловленные нарушением функции щитовидной железы. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение.
55. Особенности первичной обработки недоношенных детей в родильном доме. Родившихся с асфиксией, родовой травмой центральной нервной системы и синдромом дыхательных расстройств.
56. Врождённый пороки сердца синего типа (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при одышечно - цианотическом приступе.
57. Физиологические («пограничные») состояния новорожденных детей. Причины, клинические проявления.
58. Сепсис новорожденных. Этиология, классификация, клиническая картина. Лечение. Прогноз.
59. Дерматозы у новорожденных детей (ихтиозиформная эритродермия Брока, булезный эпидермолиоз). Клиника, дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
60. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний недоношенных детей. Ранние симптомы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
61. Роль рахита в патологии детей раннего возраста (вопросы профилактики и лечебной тактики).
62. Гнойно-воспалительные заболевания остатка пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
63. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных детей. Этиология. Клинические симптомы, диагностика. Лечение. Профилактика.
64. Внутриутробные инфекции. Понятие об инфекционных эмбриофетопатиях. Этиология внутриутробных инфекций, клиника, диагностика. Принципы лечения и профилактика.
65. Железодефицитная анемия у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
66. Судорожный синдром. Причины, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Лечение. Прогноз.
67. Принципы диетотерапии при гипотрофии у детей раннего возраста в зависимости от этиологии и степени тяжести заболевания. Профилактика гипотрофии.
68. Токсикоз с обезвоживанием у детей раннего возраста. Этиология, патогенез, степени (фазы) и виды токсикоза, клинические проявления. Лечение.
69. Рахит. Этиология, патогенез, классификация, дифференциальный диагноз. Профилактика рахита.
70. Рахит у недоношенных детей, предрасполагающие факторы, особенности клинического течения. Лечение. Профилактика.
71. Родовая травма. Причины. Патогенез, клинические проявления, осложнения, исходы. Профилактика.
72. Сепсис у доношенных и недоношенных новорожденных. Этиология, патогенез, классификация. Клиническая картина. Лечение и профилактика.
73. Гипотиреоз. Классификация, клиническая картина, особенности проявлений в периоде новорожденности и раннем возрасте. Диагноз. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
74. Врождённые пороки сердца и крупных сосудов. Классификация. Клинические проявле-

ния в раннем детском возрасте. Диагностика. Лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
75. Пневмония у новорожденных. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина. Особенности пневмонии у недоношенных детей. Лечение. Профилактика.
76. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия. Причины, клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика.
77. Пневмонии у детей раннего возраста. Классификация, этиология, клиническая картина. Лечение, профилактика. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности.
78. ГИЭ и посттравматическое поражение центральной нервной системы у новорожденных детей. Клинические проявления в остром периоде. Период восстановления. Диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
79. Функциональные нарушения пищеварения. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
80. Миокардиты и фиброэластоз у детей раннего возраста. Этиология, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Особенности течения сердечно-сосудистой недостаточности у детей раннего возраста, лечение, неотложная помощь, профилактика.
81. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Основные причины желтух, критерии дифференциального диагноза.
82. Пневмопатии у новорожденных детей. Клинические формы, причины, диагностика. Лечение. Профилактика.
83. Лихорадка и гипертермический синдром. Причины, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.
84. Задержка внутриутробного развития. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы лечения. Прогноз. Антенатальная профилактика.
85. Синдром мальабсорбции. Клинические формы. Диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Прогноз, диспансерное наблюдение.
86. Понятие о внутриутробном инфицировании и внутриутробной инфекции плода. Клинические признаки внутриутробной инфекции новорожденного ребёнка. Методы диагностики. Профилактика.
87. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез, клинические формы. Осложнения, диагноз, профилактика и лечение.
88. Геморрагическая болезнь у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Помощь. Профилактика.
89. Деструктивные пневмонии у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика. Лечение, неотложная помощь при плевральных осложнениях. Прогноз.
90. Целиакия. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Прогноз.
91. Наследственные рахитоподобные заболевания (тубулопатии). Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, прогноз.
92. Острая гипоксия плода и новорожденного. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Реанимационные мероприятия, принципы интенсивной терапии острого периода. Осложнения и исходы. Реабилитационное лечение.
93. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация, клинические проявления, методы диагностики. Возможные пути лечения.
94. Врождённые и наследственные заболевания почек у детей (врожденный нефрологический синдром, наследственный нефрит, синдром Альпорта и др.). Дифференциальный диагноз. Лечение.
95. Врождённые пороки сердца бледного типа (дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный поток). Проявления в раннем возрасте. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Диспансерное наблюдение и лечение.
96. Заболевания полости рта у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика.
97. Анемия недоношенных детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение.

Профилактика поздней железодефицитной анемии.
98. Геморрагический синдром у новорожденных детей. Причины. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Неотложная помощь.
99. Конъюгационные гипербилирунемии новорожденных. Причины. Клинические формы. Критерии дифференциального диагноза. Лечение.
100. Пневмония у детей раннего возраста. Причины, классификация, клиника. Лечение.
101. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Артериальные гипертонии у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь при гипертоническом кризе различной этиологии. Прогноз. Профилактика.
102. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
103. Иммунные гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения и диспансерное лечение. Наблюдение.
104. Острая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при анурии.
105. Панкреатиты у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
106. Пиелонефрит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика.
107. Гиповитаминозы. Причины. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
108. Пневмонии у детей старшего возраста. Классификация. Этиология, патогенез, клиническая картина. Особенности крупозной пневмонии. Лечение. Прогноз. Профилактика.
109. Бронхиты. Этиология, клиническая картина, диагностика. Лечение.
110. Острый и хронический холециститы у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с дискинезиями желчного пузыря и сфинктера Одди. Лечение.
111. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
112. Ревматоидный артрит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с ревматизмом. Лечение.
113. Недостаточность аортального клапана. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности ЭКГ, ФКГ. Режим жизни и физического воспитания детей с приобретёнными пороками сердца.
114. Комбинированный митральный порок. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы функционального исследования, ЭКГ, ФКГ, лечение при нарушении кровообращения.
115. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
116. Заболевания соединительной ткани и системные васкулиты (системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия, узелковый периартерит). Этиология. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
117. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
118. Бронхиальная астма. Неотложная помощь во время приступа бронхиальной астмы.
119. Различные формы нарушения половой дифференцировки. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Тактика врача в вопросах пола. Вопросы деонтологии.
120. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз, диспансерное наблюдение.
121. Цистит. Этиология, клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Ле-

чение. Профилактика.
122. Нарушение сердечного ритма. Этиология. Клиническая картина, диагностика. ЭКГ. Лечение. Неотложная помощь при пароксимальной тахикардии.
123. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Основные и дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса.
124. Сахарный диабет. Принципы терапии. Синдром хронической передозировки инсулина. Диспансеризация детей, больных сахарным диабетом.
125. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь.
126. Врождённая дисфункция коры надпочечников. Патогенез. Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
127. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторные стадии ДВС. Дифференцированная терапия.
128. Хронический гастрит и гастродуоденит. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Санаторно-курортная помощь. Профилактика.
129. Болезни щитовидной железы. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, методы лечения. Тиреотоксический криз и неотложная помощь при нём, узловатый зоб, лечебная тактика у детей. Эндемический зоб, профилактика. Лечение.
130. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии. Сердечные гликозиды. Дозировка. Показания. Контроль за лечением, возможные осложнения.
131. Диабетическая (кетоацидотическая) и гипогликемические комы. Причины возникновения. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.
132. Миокардиты неревматической этиологии. Этиология. Клиника, диагностика. Значение ЭКГ в диагностике. Лечение. Течение. Прогноз.
133. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
134. Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
135. Наследственно обусловленные хронические бронхолёгочные заболевания (идиопатический гемосидероз лёгких, муковисцидоз, фиброзирующие пневмонии и др.). Особенности клинических проявлений. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
136. Ожирение у детей. Классификация. Этиология. Патогенез, клиническая картина. Диагностика. Лечение. Профилактика.
137. Острая и хроническая недостаточность коры надпочечников. Этиология, патогенез. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь, лечение, прогноз.
138. Респираторные аллергозы. Клиника. Диагностика. Лечение.
139. Плевриты. Этиология, патогенез. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Лечение, профилактика.
140. Хронический гломеролонефрит. Клиническая картина различных форм, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение.
141. Нарушение роста у детей. Гипофизарный нанизм. Гигантизм. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
142. Системная красная волчанка. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.
143. ХБП. Хроническая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагностика. Принципы лечения.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля

1. Принципы организации детских отделений в родильном доме. Режим работы отделений, порядок выписки новорожденных домой и перевода в другие отделения и лечебные учреждения. Противопоказания для транспортировки детей.
2. Организация работы детского отделения родильного дома. Санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим. Предупреждение гнойно-септических заболеваний новорожденных в родильном доме. Мероприятия при выявлении единичных и групповых заболеваний в детском отделении.
3. Организация обслуживания новорожденных в родильном доме. Оборудование палат, санитарный режим, обработка белья, организация кормления детей. Первичный туалет новорожденного. Уход за остатком пупочного канатика, пупочной ранкой. Профилактика гонобленореи.
4. История болезни как основной медицинский документ.
5. Понятие о младенческой смертности, неонатальной смертности, их структура. Задачи здравоохранения в снижении детской смертности.
6. Перинатальная заболеваемость и смертность. Структура и причины. Ближайшие задачи органов здравоохранения, педиатров в деле дальнейшего снижения младенческой смертности.
7. Понятие о перинатальной и ранней неонатальной смертности. Структура её у доношенных и недоношенных детей. Профилактика.

8. Синдром рвоты и срыгивания у новорожденных. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
9. Неинфекционные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных (адипонекроз, склерема, опрелости и др.). Клиника, лечение, профилактика.
10. Родовая травма центральной, периферической нервной системы у новорожденных детей. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Лечение в остром периоде, профилактика.
11. Понятие об аномалиях конституции. Влияние на заболеваемость и течение различных заболеваний.
12. БЭН. Этиология, патогенез, классификация и клинические проявления. Принципы лечения, профилактика.
13. Острый бронхит у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности.
14. Фетальные гепатиты. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
15. Анемии новорожденных. Причины. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь. Принципы лечения.
16. Муковисцидоз. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, диспансерное наблюдение.
17. Эндокринопатии новорожденных, обусловленные нарушением функции щитовидной железы. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение.
18. Особенности первичной обработки недоношенных детей в родильном доме. Родившихся с асфиксией, родовой травмой центральной нервной системы и синдромом дыхательных расстройств.
19. Врождённый пороки сердца синего типа (тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов). Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная терапия при одышечно - цианотическом приступе.
20. Физиологические («пограничные») состояния новорожденных детей. Причины, клинические проявления.
21. Сепсис новорожденных. Этиология, классификация, клиническая картина. Лечение. Прогноз.

22. Дерматозы у новорожденных детей (ихтиозиформная эритродермия Брока, булезный эпидермолиоз). Клиника, дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
23. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний недоношенных детей. Ранние симптомы. Диагностика. Лечение. Профилактика.
24. Роль рахита в патологии детей раннего возраста (вопросы профилактики и лечебной тактики).
25. Гнойно-воспалительные заболевания остатка пупочного канатика, пупочной ранки и пупочных сосудов у новорожденных. Причины, клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
26. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорожденных детей. Этиология. Клинические симптомы, диагностика. Лечение. Профилактика.
27. Внутриутробные инфекции. Понятие об инфекционных эмбриофетопатиях. Этиология внутриутробных инфекций, клиника, диагностика. Принципы лечения и профилактика.
28. Железодефицитная анемия у детей. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
29. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Основные причины желтух, критерии дифференциального диагноза.
30. Пневмопатии у новорожденных детей. Клинические формы, причины, диагностика. Лечение. Профилактика.
31. Лихорадка и гипертермический синдром. Причины, дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.
32. Задержка внутриутробного развития. Этиология, патогенез, клиническая картина. Принципы лечения. Прогноз. Антенатальная профилактика.
33. Синдром мальабсорбции. Клинические формы. Диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения. Прогноз, диспансерное наблюдение.
34. Понятие о внутриутробном инфицировании и внутриутробной инфекции плода. Клинические признаки внутриутробной инфекции новорожденного ребёнка. Методы диагностики. Профилактика.
35. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология. Патогенез, клинические формы. Осложнения, диагноз, профилактика и лечение.
36. Геморрагическая болезнь у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Помощь. Профилактика.
37. Деструктивные пневмонии у детей раннего возраста. Причины, клиническая картина, диагностика. Лечение, неотложная помощь при плевральных осложнениях. Прогноз.
38. Целиакия. Причины, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. Прогноз.
39. Наследственные рахитоподобные заболевания (тубулопатии). Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, прогноз.
40. Острая гипоксия плода и новорожденного. Причины, патогенез, клиническая картина, особенности её у недоношенных детей. Реанимационные мероприятия, принципы интенсивной терапии острого периода. Осложнения и исходы. Реабилитационное лечение.
41. Первичные иммунодефицитные состояния у детей. Классификация, клинические проявления, методы диагностики. Возможные пути лечения.
42. Врождённые и наследственные заболевания почек у детей (врожденный нефрологический синдром, наследственный нефрит, синдром Альпорта и др.). Дифференциальный диагноз. Лечение.
43. Врождённые пороки сердца бледного типа (дефект межпредсердной и межжелудочковой перегородки, открытый артериальный поток). Проявления в раннем возрасте. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Диспансерное наблюдение и лечение.
44. Заболевания полости рта у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика.
45. Анемия недоношенных детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Профилактика поздней железодефицитной анемии.

46. Геморрагический синдром у новорожденных детей. Причины. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Неотложная помощь.
47. Конъюгационные гипербилирунемии новорожденных. Причины. Клинические формы. Критерии дифференциального диагноза. Лечение.
48. Пневмония у детей раннего возраста. Причины, классификация, клиника. Лечение.
49. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы. Артериальные гипертонии у детей. Причины, клиника, дифференциальная диагностика. Лечение. Неотложная помощь при гипертоническом кризе различной этиологии. Прогноз. Профилактика.
50. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика, неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.
51. Иммунные гемолитические анемии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, принципы лечения и диспансерное лечение. Наблюдение.
52. Острая почечная недостаточность. Причины, клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь при анурии.
53. Панкреатиты у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Профилактика.
54. Пиелонефрит. Классификация, этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика. Лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика.
55. Гиповитаминозы. Причины. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.
56. Бронхиты. Этиология, клиническая картина, диагностика. Лечение.
57. Острый и хронический холециститы у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз с дискинезиями желчного пузыря и сфинктера Одди. Лечение.
58. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
59. Ревматоидный артрит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с ревматизмом. Лечение.
60. Недостаточность аортального клапана. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности ЭКГ, ФКГ. Режим жизни и физического воспитания детей с приобретёнными пороками сердца.
61. Комбинированный митральный порок. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, методы функционального исследования, ЭКГ, ФКГ, лечение при нарушении кровообращения.
62. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
63. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.
64. Бронхиальная астма. Неотложная помощь во время приступа бронхиальной астмы.
65. Различные формы нарушения половой дифференцировки. Клиническая картина, дифференциальный диагноз. Тактика врача в вопросах пола. Вопросы деонтологии.
66. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз, диспансерное наблюдение.
67. Цистит. Этиология, клиническая картина. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
68. Нарушение сердечного ритма. Этиология. Клиническая картина, диагностика. ЭКГ. Лечение. Неотложная помощь при пароксимальной тахикардии.
69. Острая ревматическая лихорадка. Этиология. Патогенез, классификация. Клиническая картина. Основные и дополнительные критерии диагноза. Критерии активности ревматического процесса.

70. Сахарный диабет. Принципы терапии. Синдром хронической передозировки инсулина. Диспансеризация детей, больных сахарным диабетом.
71. Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь.
72. Врождённая дисфункция коры надпочечников. Патогенез. Клинические формы, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Диспансерное наблюдение.
73. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания. Этиология. Патогенез. Клинико-лабораторные стадии ДВС. Дифференцированная терапия.
74. Хронический гастрит и гастродуоденит. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Санаторно-курортная помощь. Профилактика.
75. Болезни щитовидной железы. Клиническая картина, диагноз, дифференциальный диагноз, методы лечения. Тиреотоксический криз и неотложная помощь при нём, узловатый зоб, лечебная тактика у детей. Эндемический зоб, профилактика. Лечение.
76. Хроническая сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника. Диагностика. Лечение в зависимости от стадии. Сердечные гликозиды. Дозировка. Показания. Контроль за лечением, возможные осложнения.
77. Диабетическая (кетоацидотическая) и гипогликемические комы. Причины возникновения. Дифференциальный диагноз. Неотложная помощь.
78. Миокардиты неревматической этиологии. Этиология. Клиника, диагностика. Значение ЭКГ в диагностике. Лечение. Течение. Прогноз.
79. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз.
80. Геморрагический васкулит (болезнь Шенляйн-Геноха). Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	71

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам

промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Описание методики проведения приема практических навыков у постели больного или на симуляторах.

Измерение артериального давления на верхних конечностях

Алгоритм выполнения:

- проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения;
- положить правильно руку пациента: в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены;
- наложить манжету на обнаженное плечо пациента на 2–3 см выше локтевого сгиба;
- закрепить манжету так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец;
- соединить манометр с манжетой;
- проверьте положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы;

• нащупать пульс в области локтевой ямки и поставить на это место фонендоскоп;
• закрыть вентиль на груше и накачать в манжетку воздух:
нагнетать воздух, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит на 25–30 мм рт. ст. уровень, при котором перестала определяться пульсация артерии;
• открыть вентиль и медленно выпустить воздух из манжетки;
• одновременно фонендоскопом выслушивать тоны и следить за показаниями шкалы;
• отметить величину систолического давления при появлении первых отчетливых звуков;
• отметить величину диастолического давления, которая соответствует моменту полного исчезновения тонов;
• записать данные в виде дроби (например, 120/75 мм рт. ст);
• обработать мембрану фонендоскопа 70% спиртом двукратным протиранием;

Аускультация сердца

Алгоритм выполнения:
• выслушивать больного в период задержки дыхания — после глубокого вдоха и последующего выдоха (у старших детей);
• первоначально необходимо оценить тоны сердца, их соотношение в разных точках;
• затем обратить внимание на наличие или отсутствие шумов сердца;
• первый тон соответствует пульсовому удару на сонной артерии или верхушечному толчку;
• пауза между первым и вторым тонами короче, чем между вторым и первым;
• при выслушивании шума необходимо отметить: тембр, силу, в какую фазу деятельности сердца он слышен (систолический или диастолический), какую часть систолы или диастолы он
занимает, связь его с тонами сердца, а также изменение его при перемене положения тела или при нагрузке;

Примечание. При выслушивании больного с заболеванием сердца врач не ограничивается аускультацией его в пяти указанных точках, а перемещает стетоскоп по всей области сердца, а затем передвигает его в подмышечную, подключичную, надчревную области, а также на спину.

Проведение обследования органов дыхания у детей

Алгоритм выполнения

Сбор анамнеза. Обратить внимание на семейный анамнез, осложненное течение перинатального периода (неблагоприятное течение беременности, преждевременные роды, экстренные операции родоразрешения), возраст матери старше 35 лет,
вредные привычки родителей, особенности клинических проявлений эпизодов инфекции; частоту эпизодов бронхитов (пневмонии), частоту повторных ОРИ, длительность обострения заболевания, время года, когда чаще отмечаются рецидивы бронхита или пневмонии, особенности кашля и его динамику, характер мокроты; наличие лихорадки и ее особенности, отставание в росте, недостаточную прибавку в массе тела, наличие очагов хронической инфекции (проявления хронического
тонзиллита и синусита, отита, кариозные зубы); длительное и
необоснованное применение антибиотиков, все ранее выставленные диагнозы — грыжи, патологию зрения и ЛОР-органов, плоскостопие, пролапс митрального клапана; головные боли,
снижение АД, диспепсические проявления, снижение аппетита, слабость, плохую переносимость нагрузок.

Сбор жалоб. Жалобы на ограничение физической активности (продолжительность, степень выраженности, особенности).

Жалобы на одышку или свистящее дыхание (с чем связана, быстрота развития симптомов, выраженность, применяемое лечение и его эффективность, продолжительность).

Жалобы на кашель (время суток, характер кашля, мокрота и ее характеристики, эффективность применяемого лечения).
Жалобы на выделения из носа (серозные, слизисто-гнойные, носовые кровотечения).
Жалобы на интоксикационные проявления (слабость, вялость, быстрая утомляемость, снижение аппетита).
Объективное обследование. Наличие цианоза (выраженность, постоянство, локальность или генерализованность). Наличие, характер (инспираторная, экспираторная, смешанная) и степень выраженности дыхательной недостаточности. Характер дыхания, хрипы (характер), их локализацию. Наличие проявлений сопутствующей патологии. Признаки обструктивного синдрома (дистанционные хрипы, свистящее дыхание, затрудненное дыхание). Наличие и степень выраженности смещения органов средостения (плевриты, пневмоторакс, ателектазы легких).
Алгоритм выполнения аускультации лёгких:
- фонендоскоп прогреть до температуры кожи ребенка;
- сначала прослушать вся поверхность легких спереди и далее со спины;
- затем прослушать верхушечное дыхание в точках выше ключиц;
- далее можно прослушать влажные и сухие хрипы, отсутствие дыхания в отдельных частях легких.

Техника пальпации органов пищеварительной системы
Алгоритм выполнения:
- больной занимает положение на спине с вытянутыми ногами и расположенными вдоль туловища руками;
- голова пациента должна лежать низко (высокое изголовье вызывает значительное напряжение мышц брюшной стенки);
- пациент должен глубоко дышать открытым ртом (этим достигается расслабление передней брюшной стенки);
- врач должен располагаться справа от больного;
- руки врача должны быть теплыми.

Поверхностная ориентировочная пальпация
Врач кладет правую руку плашмя на живот больного и производит ею легкие, осторожные надавливания в симметричных участках живота.
Исследование начинают с левой подвздошной области, переходя затем в правую подвздошную область, а потом выше, заканчивая поверхностную пальпацию исследованием эпигастральной обл.
При наличии болей пальпацию начинают с наименее болезненного участка живота.
Поверхностная пальпация живота позволяет выявить: локальное и общее напряжение мышц брюшного пресса, локальную и общую болезненность передней брюшной стенки, расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца, значительное увеличение органов брюшной полости, поверхностно расположенные опухоли.
Методическая глубокая скользящая пальпация
Кисть правой руки устанавливают на переднюю брюшную стенку в соответствии с топографией пальпируемого органа.
Во время вдоха больного слегка согнутыми пальцами образуют кожную складку, сдвигая кожу в сторону, противоположную направлению последующего скольжения по кишке.
Далее руку погружают в глубь живота, осуществляя это во время выдоха больного (способствующего расслаблению передней брюшной стенки).
Пальпация сигмовидной кишки:
- установить левую руку на пояснице пациента, пальцы правой кисти — перпендикулярно к поверхности живота, на середине расстояния между пупком и передней верхней остью

подвздошной кости;
- сформировать кожную складку, оттянув пальцами кожу в сторону пупка пациента;
- во время выдоха погрузить пальцы вглубь до соприкосновения с задней стенкой живота;
- на выдохе сделать скользящее движение сверху вниз и изнутри наружу.

Слепой кишки:
- левую руку подвести под поясницу пациента, правую — по биссектрисе правого нижнего квадранта (ладонь перпендикулярно кишке);
- сформировать кожную складку, оттянув пальцами кожу в сторону пупка пациента;
- погрузить пальцы вглубь до задней стенки;
- с учетом дыхания сделать скользящее движение пальцев наружу.

Восходящий отдел кишки:
- левую руку с сомкнутыми пальцами уложить на правую поясничную область;
- правую руку установить над фланком параллельно левой;
- правую руку погрузить во фланг живота, левую сместить в сторону правой руки;
- достигнув задней стенки, сделать скользящее движение наружу.

Поперечно-ободочная кишка:
- обе кисти с полусогнутыми пальцами уложить на переднюю брюшную стенку так, чтобы конечные фаланги находились вдоль длинной оси кишки на 1–2 см ниже границы желудка с обеих сторон от серединной линии;
- сделать кожную складку и скользящими движениями смещать вниз.

Примечание. В норме безболезненная, толщиной 2–2,5 см подвижная верх и вниз, мягкая.

Нисходящий отдел толстой кишки:
- левую руку с сомкнутыми пальцами уложить на левую поясничную область;
- правую руку установить над фланком параллельно левой;
- правую руку погрузить во фланг живота, левую сместить в сторону правой руки;
- достигнув задней стенки, сделать скользящее движение наружу.

Примечание. В норме толщина 2 см, иногда подвижность, болезненность, урчание.

Нижнего края печени:
- пальцы правой руки расположить на уровне правой среднеключичной линии почти перпендикулярно на 3–5 см ниже правой реберной дуги;
- правую руку опустить в глубь брюшной полости и провести повторные движения снизу вверх изнутри наружу, перемещая руку ближе к реберной дуге до ощущения края печени.

Примечание. В норме печень безболезненная, мягкая, гладкая, край острый.

Желчного пузыря:
- определить место пересечения биссектрисы правого верхнего квадранта с правой реберной дугой — точка Кера;
- расположить левую руку на правой поясничной области, а пальцами правой кисти надавить на соответствующую точку (точку Кера).

Примечание. В норме надавливание в точке Кера безболезненное.

Поджелудочной железы:
- определить точку Дежардена: место соединения нижней и средней третей биссектрисы правого квадранта;
- определить точку Мейо–Робсона: место соединения средней и верхней третей биссектрисы левого квадранта.

2. Техника определения симптома поколачивания по поясничной области

Алгоритм выполнения:
- исходное положение — стоя;

• при отсутствии возможности размещения пациента вертикально обследование проводится лежа на спине;
• ладонь врача заводится в область почки под спину и рукой совершаются короткие толчки вверх;
• левую руку врач укладывает всей ладонью в горизонтальном положении на пояснице в проекции почки (это угол между XII ребром и наружным краем длинных мышц спины или реберно-позвоночный угол);
• ребром кисти или кулаком правой руки врач делает 2–3 удара по своей левой руке;
• вначале делаются слабые удары;
• методику можно выполнить только одной рукой — правой,
делая удары по коже ребенка в проекции почек;
• при слабом поражении почек первый метод может дать отрицательную информацию, а второй — положительную. Выполняется с обеих сторон.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.4. Методика подготовки рефератов

Целью подготовки рефератов по дисциплине является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Работая над рефератом, учащийся должен:

1) раскрыть суть исследуемой проблемы
2) привести различные точки зрения по теме
3) изложить современные взгляды по рассматриваемому вопросу

Содержание реферата должно быть логичным. Изложение материала, как правило, носит проблемно-тематический характер. Тематика рефератов определяется преподавателем, но в определении темы инициативу может проявить и студент.

Прежде чем выбрать тему реферата, студенту (автору) необходимо выявить свой интерес, определить над какой проблемой он хотел бы поработать, более глубоко ее изучить.

Объем реферата может колебаться в пределах 15 -25 печатных страниц; все приложения к работе не входят в ее объем. Реферат должен быть выполнен грамотно, с соблюдением культуры изложения. Обязательно в реферате должны иметься ссылки на используемую современную литературу.

Примерные этапы работы над рефератом:

1. Выбор темы.
2. Подбор и изучение литературы по теме (как правило, при разработке реферата используется не менее 6–10 различных источников). Учебники в качестве источников не рассматриваются. Обязательно использование материалов периодической печати – статей специализированных изданий.
3. Обработка и систематизация найденной информации.
4. Составление плана реферата.

5. Написание реферата.
6. Публичное выступление с результатами исследования.

Результаты:

Оценка «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Составитель: Тарасова Е. Ю.

Зав. кафедрой Иллек Я.Ю.