

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии педиатрического факультета

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной и воспитательной работе



И.Ю. Колесникова

«28» августа 2020 г.



**Рабочая программа дисциплины**

**ГОСПИТАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЯ**

для студентов 5-6 курсов,

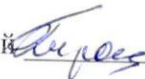
направление подготовки (специальность)

Педиатрия (31.05.02)

форма обучения  
очная

Рабочая программа практики обсуждена на заседании кафедры  
Разработчик рабочей программы:  
к.м.н., доцент Иванова И.И.

« 29 » июня 2020 г.  
(протокол № 7)

Зав. кафедрой  (Гнусаев С.Ф.)

Тверь, 2020

**I. Рабочая программа рекомендована к утверждению** на заседании центрального координационно-методического совета « 28 » 08 2020 г. (протокол № 1 )

## II. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по направлению подготовки (специальности) Педиатрия (31.05.02) с учётом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

### 1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общепрофессиональных и профессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Обучить выпускников по специальности «педиатрия» диагностике заболеваний и патологических состояний у детей различного возраста на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
2. Сформировать у обучающихся алгоритм оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при острых заболеваниях и обострении хронических заболеваний применительно к амбулаторным условиям и в дневном стационаре;
3. Обучить прогнозированию развития и диагностике неотложных состояний при острых и хронических заболеваниях у детей;
4. Научить выпускников методике формирования у детей, подростков, членов их семей и будущих родителей позитивного медицинского поведения, направленного на формирование и повышение уровня здоровья.

### 2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения В результате изучения дисциплины студент должен:
<b>ОПК-6</b> <i>Готовность к ведению медицинской документации</i>	<b>Владеть:</b> - методикой оформления карты стационарного больного, написания дневников, эпикризов и т.п., заполнения листа назначений; - методикой оформления рецептов на различные лекарственные средства. <b>Уметь:</b> - заполнить карту стационарного больного, лист назначений; - выписать рецепт на различные лекарственные средства. <b>Знать:</b> - правила оформления рецептов на различные лекарственные средства; - правила и порядок оформления медицинской документации амбулаторных пациентов и пациентов дневного стационара.
<b>ПК-6</b> <i>Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной</i>	<b>Владеть:</b> - методикой сбора информации от детей и их родителей (законных представителей); - методикой осмотра детей; - методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования (клинических, биохимических, иммунологических, серологические показатели крови, мочи, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС); - оценкой результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной.

<p><i>статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравooхранения. г. Женева.1989 г.</i></p>	<p>тельной, нервной системы, др.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- алгоритмом постановки диагноза.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализировать информацию, полученную при опросе детей и их родителей, объективном исследовании;</li> <li>- интерпретировать данные, полученные при дополнительном лабораторном и инструментальном обследовании детей в возрастном аспекте;</li> <li>- обосновывать и планировать необходимость направления детей на исследования в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи;</li> <li>- соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии при работе с детьми, их родителями, коллегами.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методику сбора информации у детей и их родителей (законных представителей);</li> <li>- методику объективного обследования детей;</li> <li>- современную классификацию, клиническую симптоматику, этиологию и патогенез основных заболеваний и пограничных состояний детского возраста;</li> <li>- современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у детей;</li> <li>- международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем.</li> </ul>
<p><b>ПК-8</b></p> <p><i>Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.</i></p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- обоснованным направлением детей на дополнительное обследование и консультации врачей-специалистов.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- интерпретировать данные, полученные при дополнительном лабораторном и инструментальном обследовании детей;</li> <li>- разработать план лечения детей с учетом клинической картины заболевания в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями (протоколами) лечения.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- порядки оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- стандарты медицинской помощи детям при заболеваниях;</li> <li>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у детей;</li> <li>- клиническую картину состояний, требующих направления детей к врачам специалистам;</li> <li>- медицинские показания к использованию методов современной лабораторной, инструментальной диагностики заболеваний у детей;</li> <li>- клиническую картину состояний, требующих неотложной помощи.</li> </ul>
<p><b>ПК- 9</b></p> <p><i>Готовность к ведению и лечению пациентов с различными</i></p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработкой плана лечения детей с учетом клинической картины, возраста пациента;</li> <li>- методикой назначения диетотерапии в соответствии с возрастом</li> </ul>

<p><i>нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</i></p>	<p>детей и клинической картиной заболевания;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- алгоритмом проведения базовой реанимационной помощи детскому и взрослому населению при неотложных состояниях;</li> <li>- расчетом объема инфузионной терапии пациентам при осложнениях заболевания и неотложных состояниях.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назначить медикаментозную терапию детям с учетом возраста и клинической картины заболевания в соответствии с установленными требованиями нормативно-правовых актов, в том числе порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов) лечения;</li> <li>- назначить немедикаментозную терапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания;</li> <li>- назначить диетотерапию в соответствии с возрастом детей и клинической картиной заболевания;</li> <li>- оказывать необходимую медицинскую помощь детям при неотложных состояниях;</li> <li>- проводить санитарно-просветительскую работу среди детей и их родителей (законных представителей) по формированию элементов здорового образа жизни.</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- порядки оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- стандарты медицинской помощи детям при заболеваниях;</li> <li>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- современные методы терапии основных соматических заболеваний у детей;</li> <li>- механизм действия основных групп лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; побочные эффекты от их применения;</li> <li>- принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации при оказании медицинской помощи в условиях стационара;</li> <li>- формы и методы проведения санитарно-просветительной работы среди детей, их родителей и медицинского персонала.</li> </ul>
<p><b>ПК-10</b> <i>Готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи</i></p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- разработкой плана лечения детей с учетом клинической картины;</li> <li>- методикой назначения диетотерапии в соответствии с возрастом детей и клинической картиной заболевания;</li> <li>- расчетом объема инфузионной терапии пациентам при осложнениях заболевания.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назначить медикаментозную терапию детям с учетом возраста и клинической картины заболевания в соответствии с установленными требованиями нормативно-правовых актов, в том числе порядков, стандартов, клинических рекомендаций (протоколов) лечения;</li> <li>- назначить немедикаментозную терапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания;</li> <li>- назначить диетотерапию в соответствии с возрастом детей и клинической картины заболевания;</li> <li>- проводить санитарно-просветительскую работу среди детей и их родителей (законных представителей) по профилактике острых и хронических заболеваний.</li> </ul>

	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- порядки оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- стандарты медицинской помощи детям при заболеваниях;</li> <li>- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям;</li> <li>- современные методы терапии основных соматических заболеваний у детей;</li> <li>- механизм действия основных групп лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением;</li> <li>- формы и методы проведения санитарно-просветительной работы среди детей, их родителей и медицинского персонала.</li> </ul>
<p><b>ПК-20</b> <i>Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины</i></p>	<p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современными методами анализа медицинских данных, основанных на принципах доказательной медицины;</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- представить медицинскую информацию в виде презентаций, докладов, рефератов;</li> </ul> <p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- принципы доказательной медицины и основные подходы к проведению научно-исследовательской работы.</li> </ul>

### 3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Дисциплина «Госпитальная педиатрия» входит в Базовую часть Блока 1 ОПОП специалитета. Данная дисциплина – это этап изучения основных заболеваний по принципу распределения патологии по периодам детства и органной патологии. За время обучения студенты должны совершенствовать свои знания и приобретенные компетенции по изученным разделам педиатрии, ознакомиться с часто и редко встречающимися заболеваниями. В рамках данной дисциплины проводится изучение следующих разделов педиатрии – патологии у детей раннего возраста, неонатологии, гематологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, кардиологии, нефрологии.

Госпитальная педиатрия непосредственно связана с дисциплинами: пропедевтика детских болезней, факультетская педиатрия, поликлиническая и неотложная педиатрия, детская хирургия, детские инфекционные болезни, акушерство и гинекология, которые характеризуют возрастные анатомо-физиологические особенности ребенка и подростка, особенности организации питания здоровых и больных детей, врожденные пороки развития и принципы диспансеризации и профилактики заболеваний. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а так же методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «Госпитальная педиатрия» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача педиатра.

**Уровень начальной подготовки** обучающегося для успешного освоения дисциплины «Госпитальная педиатрия»:

- *Иметь представление* об этиологии и патогенезе часто встречающихся заболеваний у детей.

- *Знать* анатомо-физиологические особенности систем органов детей в возрастном аспекте; патофизиологические процессы в организме; методику обследования ребенка, критерии диагностики, принципы лечения часто встречающихся заболеваний у детей.

1). Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентами необходимо для изучения госпитальной педиатрии:

- Анатомия.  
Разделы: анатомические особенности систем органов у новорожденных, детей и подростков;
- Нормальная физиология.  
Разделы: физиология систем органов, обмен веществ и энергии, терморегуляция.
- Биология.  
Разделы: биология развития, роль наследственности и внешних факторов в эмбриогенезе, наследственность и изменчивость.
- Биохимия.  
Разделы: обмен веществ, биохимия питания и лактации, биохимия крови, энергетический обмен.
- Гистология, эмбриология, цитология.  
Разделы: эмбриогенез органов и тканей; гистологические особенности кожи, костей, подкожной клетчатки, внутренних органов, сосудов, нервной системы у детей в возрастном аспекте.
- Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия.  
Разделы: врожденные пороки развития, болезни органов дыхания, сердца, почек, пищеварительного тракта, желез внутренней секреции.
- Патофизиология, клиническая патофизиология  
Разделы: патофизиологические особенности метаболизма, нейроэндокринной регуляции; воспаление; патофизиология систем органов и гемостаза; шок.
- Микробиология, вирусология.  
Разделы: учение об инфекциях, патогены.
- Гигиена.  
Разделы: гигиенические аспекты работы медицинских учреждений педиатрического профиля, гигиенические аспекты рационального питания.
- Пропедевтика детских болезней.  
Разделы: анатомо-физиологические особенности ребенка и подростка, методика обследования, семиотика и синдромы поражения органов и систем органов; виды вскармливания, закономерности физического и нервно-психического развития.
- Факультетская педиатрия.  
Разделы: этиология и патогенез часто встречающихся заболеваний у детей, клиническая симптоматика основных заболеваний и пограничных состояний детского возраста, диагностика, современные классификации, принципы лечения основных заболеваний у детей.
- Учебная и производственные практики.  
Разделы: владение навыками ухода за здоровыми и больными детьми, умение выполнять манипуляции палатной и процедурной медицинской сестры.
- Дисциплины и практики, для которых освоение госпитальной педиатрии необходимо как предшествующее:
  - Поликлиническая педиатрия
  - Неотложная педиатрия

- Инфекционные болезни у детей
- Детская хирургия
- Эндокринология

**4. Объём дисциплины** составляет 10 зачетных единиц, 360 академических часов, в том числе 236 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем, и 97 часов самостоятельной работы обучающихся.

### **5. Образовательные технологии**

В процессе преподавания дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

лекция-визуализация; традиционная лекция; тренинг; клиническое практическое занятие; деловая и ролевая учебная игра; метод малых групп; занятия с использованием тренажёров, симуляторов; просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций; разбор клинических случаев; подготовка и защита истории болезни; использование компьютерных обучающих программ, интерактивных атласов; участие в научно-практических конференциях; учебно-исследовательская работа студента; проведение предметных олимпиад; подготовка и защита рефератов, мультимедийных презентаций; проведение бесед с родителями, больными детьми и подростками в педиатрическом стационаре и в родильном доме.

Элементы, входящие в самостоятельную работу обучающегося: подготовка к клиническим практическим занятиям и промежуточной аттестации; написание истории болезни и рефератов; подготовка мультимедийных презентаций, портфолио; работа с Интернет-ресурсами, работа с компьютерными кафедральными программами; составление программы инфузионной терапии при заболеваниях у детей; самостоятельное освоение разделов – тромбоцитопатии, лейкомоидные реакции, альвеолиты, хронические гепатиты, гельминтозы, заболевания мочевого пузыря.

### **6. Формы промежуточной аттестации**

Промежуточная аттестация проводится в форме трехэтапного курсового экзамена в XI семестре и зачета в XII семестре.

## **III. Учебная программа дисциплины**

### **1. Содержание дисциплины**

#### **Модуль 1. Неонатология.**

- 1.1. Эмбриопатии новорожденных (хромосомные, эндокринные, токсические, алкогольный синдром плода и наркотическая интоксикация). Трисомия 13, 18, 21 хромосом. Эндокринопатии. Диабетическая фетопатия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная и интенсивная терапия. Профилактика. Исходы.
- 1.2. Особенности билирубинового обмена. Классификация желтух. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика желтух новорожденных. Лечение. Исходы. Осложнения. Прогнозы.
- 1.3 Особенности заболеваний у детей с ЭНМТ. Бронхолегочная дисплазия. ЗВУР. Анемии недоношенных. Классификация. Этиология. Патогенез. Лечение. Профилактика. Особенности вскармливания, выхаживания и реабилитации. Транзиторные состояния.
- 1.4 Последствия перинатального поражения ЦНС у детей. Классификация. Клинические синдромы. Дифференциальная диагностика. Диспансерное наблюдение. Реабилитация.

#### **Модуль 2. Болезни детей раннего возраста.**



- 2.1. Гипертермический, судорожный синдромы. Нейротоксический синдром у детей раннего возраста. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
- 2.2. Наследственные нарушения обмена веществ: белкового – фенилкетонурия, агаммаглобулинемия; липидного – болезнь Гоше, Ниманна-Пика, Тея-Сакса; углеводного – галактоземия, фруктоземия, гликогенозы. Патогенез, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Современные возможности вскармливания и лечения.

### **Модуль 3. Кардиология.**

- 3.1. Ювенильный ревматоидный артрит. Патогенез, классификация, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
- 3.2. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка у детей. Системная склеродермия. Дерматомиозит.
- 3.3. Кардиты у детей (миокардиты, перикардиты, эндокардиты). Клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
- 3.4. Артериальная гипертензия у подростков. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика. Синдром вегетативной дисфункции. Возрастные проявления. Особенности течения в подростковом возрасте.
- 3.5. Недостаточность кровообращения у детей. Патофизиологические основы. Способы уменьшения пред- и постнагрузки на сердце. Кардиотонические средства, классификация, стратегия их применения в интенсивной терапии.

### **Модуль 4. Пульмонология.**

- 4.1. Бронхообструктивный синдром. Острый ларинготрахеит. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Течение, исходы. Современные подходы к терапии.
- 4.2. Острые осложненные пневмонии у детей. Дыхательная недостаточность. Классификация дыхательной недостаточности. Патогенез. Методы исследования. Лечение. Реабилитация.
- 4.3. Муковисцидоз. Распространение, тип наследования. Диагностика. Клинические формы. Дифференциальный диагноз. Лечение.
- 4.4. Атопические заболевания у детей. Распространенность. Фазы аллергических реакций. Классификация, критерии диагностики, лечение, профилактика. Лекарственная аллергия. Анафилактический шок. Сывороточная болезнь. Отек Квинке. Крапивница. Поллинозы. Пищевая аллергия. Бронхиальная астма. Интенсивная терапия в приступном периоде

### **Модуль 5. Гастроэнтерология.**

- 5.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология, патогенез, классификация, критерии диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
- 5.2. Синдром мальабсорбции. Целиакия, лактазная недостаточность. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клинические проявления. Лабораторная и инструментальная диагностика. Критерии диагностики. Лечение.
- 5.3. Хронические неспецифические заболевания толстой кишки. Терминология (хронический запор, хронический колит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулярная болезнь). Клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.

### **Модуль 6. Нефрология.**

- 6.1. Врожденные и наследственно обусловленные заболевания мочевой системы. Аномалии развития почек (гипоплазия, поликистоз). Клиника. Диагностика. Лечение. Врожденный нефротический синдром. Осложнение.
- 6.2. Рахитоподобные заболевания. Тубулопатии: Витамин Д - резистентный рахит, фосфат-диабет, болезнь ДеТони-Дебре-Фанкони; болезнь Олбрайта, почечный тубулярный ацидоз, вторичный рахит.
- 6.3. Почечная недостаточность у детей: острая и хроническая. Гемолитико-уремический синдром. Принципы терапии, интенсивная терапия, диализ.
- 6.4. Дисметаболическая нефропатия. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Особенности диетотерапии.

### **Модуль 7. Гематология.**

- 7.1. Дифференциальная диагностика гемолитических анемий у детей.
- 7.2. Гипопластические анемии у детей. Клиническая картина, лабораторная диагностика, лечение, профилактика.
- 7.3. Лимфогранулематоз. Диагностика. Клинические проявления, дифференциальный диагноз. Современные методы терапии.

### **Модуль 8. Дифференциальная диагностика синдромов**

- 8.1. Атипичные пневмонии у детей. Дифференциальная диагностика (вирусная, хламидийная, микоплазменная, пневмоцистная, при иммунодефицитах). Особенности лечения (режим, диета, антибактериальная терапия, инфузионная терапия, другая терапия) Профилактика. Реабилитация.
- 8.2. Лихорадка. Определение. Лихорадка без видимого очага инфекции, лихорадка неясного генеза, лихорадка+сыпь, синдром Кавасаки. Лабораторные критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение. Профилактика.
- 8.3. Дисплазия соединительной ткани у детей. Фенотипические и висцеральные маркеры. Особенности течения заболеваний у детей с ДСТ. Тактика ведения детей.
- 8.4. Анемический синдром. Особенности течения дефицитных (железо, витамины), гемолитических анемий. Анемии при острых и хронических заболеваниях. Дифференциально-диагностические критерии гипохромных, нормохромных, гиперхромных анемий с учетом картины периферической крови и костного мозга. Выбор рациональных схем коррекции анемии, лабораторное сопровождение лечения и ремиссии.
- 8.5. Суставной синдром. Артриты, артрозы и артралгии в практике врача. Методы выявления и алгоритмы диагностики. Симптоматическое и патогенетическое лечение. Особенности суставного синдрома при генерализованных заболеваниях суставов (ЮРА, острая ревматическая лихорадка, синдром Стилла, реактивный артрит, суставной туберкулез), заболеваниях крови (лейкоз, геморрагический васкулит, гемофилия), нарушениях обмена веществ (болезнь Гоше, подагра).
- 8.6. Синдром артериальной гипертензии. Особенности течения синдрома при гипертонической болезни и симптоматических артериальных гипертензиях (почечные, гемодинамические, эндокринные, нейрогенные). Злокачественная артериальная гипертензия. Дифференциально-диагностические признаки. Методы выявления и алгоритмы диагностики. Выбор рациональных схем лечения.
- 8.7. Нарушения ритма сердца. Нарушения синусового ритма, экстрасистолия, суправентрикулярная и желудочковая тахикардия, фибрилляция и трепетание предсердий, синдром сла-

- бости синусового узла, синдром WPW). Дифференциальная диагностика нарушений ритма. Выбор программ антиаритмической терапии. Контроль ритма сердца и частоты сердечных сокращений в амбулаторных условиях.
- 8.8. Гепато- и спленомегалия как диагностическая проблема. Дифференциальный диагноз заболеваний и состояний, сопровождающихся гепато-, спленомегалией: лейкозы, лимфопролиферативные заболевания (лимфогранулематоз, инфекционный мононуклеоз), гепатиты и цирроз печени, паразитозы, наследственные заболевания обмена веществ, анемии. Алгоритмы диагностики. Выбор лечебной тактики при амбулаторном ведении больного. Гепатотропные препараты. Мониторинг состояния функций печени.
  - 8.9. Диспепсический синдром. Особенности проявлений пищеводной (изжога, регургитация, халитоз), желудочной (тошнота, рвота), билиарной диспепсии (тошнота, горечь, хологенная диарея). Панкреатическая ферментативная недостаточность и билиарная недостаточность пищеварения. Мальдигестия и мальабсорбция. Особенности кишечной диспепсии (запор, диарея) при органических и функциональных заболеваниях кишечника. Дифференциальный диагноз. Симптоматическая и патогенетическая терапия диспепсических расстройств.
  - 8.10. Диффдиагностика кашля у детей. Особенности диагностики и лечения в разных клинических ситуациях.
  - 8.11. Синдром лейкоцитоза и нейтропенический синдром. Лейкемоидные реакции. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.
  - 8.12. Синдром увеличения лимфатических узлов (региональная лимфаденопатия, лимфаденит внутригрудных, мезентериальных лимфоузлов, ЛГМ).
  - 8.13. ВСД. Основные клинические проявления, методы диагностики. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.
  - 8.14. Структура педиатрической службы в РФ.

## **2. Учебно-тематический план**

**2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций\***

Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем	Контактная работа обучающихся с преподавателем					Всего часов на контактную работу	Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету)	Итого часов	Формируемые компетенции						Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения	Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости
	лекции	семинары	лабораторные практикумы	клинические практические занятия	экзамен/зачет				ОПК-6	ПК-6	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-10		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
<b>1. Неонатология</b>																
1.1. Эмбриопатии, фетопатии, эндокринопатии	2			5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	ЛВ, Тр, ИА, КС, УИРС, Р, ДИ, РИ.	Т, ЗС, Пр, КЛ, Р
1.2. Желтухи новорожденных	2			5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	ЛВ, МГ, КС, УИРС, Р, О	Т, ЗС, Пр, КЛ, Р
1.3. Заболевания детей с ЭНМТ, БЛД	4			5		9	2	11	X	X	X	X	X	X	ЛВ, КС, УИРС, Р	Т, ЗС, Пр, Р
1.4. Послед-				5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	КС, УИРС, МГ, ИА	Т, ЗС, КЛ, Р,

ствия перинатального поражения ЦНС																<i>КЗ</i>
1.5. ЗВУР	2				2		2						X	<i>ЛВ, КС, МГ</i>	<i>Т, ЗС, КЛ</i>	
1.6. Транзиторные состояния у новорожденных	2				2		2						X	<i>ЛВ, КС</i>	<i>Т, ЗС</i>	
Модуль 2. <b>Болезни детей раннего возраста</b>																
2.1. Гипертермический, судорожный синдромы			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	<i>КС, МГ, УИРС, Р, Т</i>	<i>Т, ЗС, Пр, КЛ, Р, КЗ</i>	
2.2. Наследственные нарушения обмена веществ			10		10	4	14	X	X	X	X	X	X	<i>МГ, КС, УИРС, Р, Д, НПК</i>	<i>Т, ЗС, КЛ, Р, Пр</i>	
Модуль 3. <b>Кардиология</b>																
3.1. Ювенильный ревматоидный артрит	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	<i>ЛВ, КС, УИРС, Р, Тр, ИБ</i>	<i>Т, КЛ, ЗС, Р, Пр</i>	
3.2. Системная красная	3		5		8	2	10	X	X	X	X	X	X	<i>ЛВ, КС, УИРС, Р, Тр, КОП</i>	<i>Т, ЗС, КЛ, Р, Пр,</i>	

волчанка, склеродермия																
3.3. Кардиты	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	ЛВ, КС, УИРС, Р	Т, ЗС, Р, Пр	
3.4. Артериальная гипертензия, ВСД	4		5		9	2	11	X	X	X	X	X	X	ЛВ, КС, УИРС, Р, ИБ	Т, ЗС, Пр, ИБ	
3.5. Недостаточность кровообращения	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	ЛВ, Т, Тр, КС, УИРС, Р, ДИ, РИ, О	Т, ЗС, КЛ, Р, Пр	
Модуль 4. <b>Пульмонология</b>																
4.1. Бронхообструктивный синдром. ОЛТ	2		8		10	2	12	X	X	X	X	X	X	ЛВ, Т, УИРС, Р, О, ИБ	Т, ЗС, Пр, Р, ИБ	
4.2. Осложненные пневмонии			10		10	2	12	X	X	X	X	X	X	Тр, Т, ИБ	Т, ЗС, Пр, Р	
4.3. Муковисцидоз	1		5		6	2	8	X	X	X	X	X	X	ЛВ, КС, ИБ, Р	Т, ЗС, Р	
4.4. Атопические заболевания	4		10		14	4	18	X	X	X	X	X	X	ЛВ, УИРС, Р, Тр, Т, КОП, ИБ	Т, ЗС, Р, Пр	
Модуль 5. <b>Гастроэнтерология</b>																
5.1. Гастро-			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	ИБ, КС, ДИ, РИ	ИБ, Т, ЗС, Пр,	

эзофагеальная рефлюксная болезнь																<i>P</i>
5.2. Целиакия, лактазная недостаточность			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	<i>ДИ, РИ, УИРС, Р, ИА, ИБ</i>		<i>Т, ЗС, Р, Пр</i>
5.3. Хронические неспецифические заболевания толстой кишки			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	<i>КС, УИРС, Р, ДИ, РИ</i>		<i>Т, ЗС, Р, П., Д</i>
<b>Модуль 6. Нефрология</b>																
6.1. Аномалии развития почек. Врожденный нефротический синдром	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	<i>ЛВ, УИРС, Р</i>		<i>Т, Р, Пр, ЗС</i>
6.2. Рахитоподобные заболевания			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	<i>КС, ДИ, РИ, ВФ</i>		<i>Т, Р, Пр, ЗС</i>
6.3. Почечная недостаточность, ГУС	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	<i>ЛВ, УИРС, Р, КС</i>		<i>Т, Р, Пр, ЗС</i>
6.4. Дисметаболическая нефропатия	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	<i>ЛВ, МГ, РИ, ИБ</i>		<i>Т, КЗ, Пр</i>

Модуль 7. <b>Гематология</b>																
7.1. Гемолитические анемии			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	УИРС, Р, КС, ВФ	ИБ, Т, Р, Пр, ЗС	
7.2. Гипопластические анемии			3		3	1	4	X	X	X	X	X	X	КС, УИРС, Р, Д	Т, ЗС, Р	
7.3. Лимфогранулематоз			2		2	1	3	X	X	X	X	X	X	УИРС, КС, Р	Т, Р	
Модуль 8. <b>Дифференциальная диагностика синдромов</b>																
8.1. Атипичные пневмонии у детей			5		5	1	6	X	X	X	X	X	X	МГ, КС, ДИ	ЗС, Пр, Т	
8.2. Лихорадка	2		5		7	2	9	X	X	X	X	X	X	ЛВ, КС, ДИ	ЗС, Пр, Т	
8.3. Дисплазия соединительной ткани у детей	2		5		7	1	8	X	X	X	X	X	X	ЛВ, РИ, КС, Р	Пр, Т	
8.4. Анемический и геморрагический синдромы у но-	2				2	2	4	X	X	X	X	X	X	ЛВ, УИРС	КЛ, Пр, Т	



ворожден- ных																
8.5. Синдром рвоты и сры- гивания у новорожден- ных и детей раннего воз- раста	2				2	1	3	X	X	X	X	X	X	ЛВ, УИРС	КЛ, Пр, Т	
8.6. Сустав- ной синдром			5		5	1	6	X	X	X	X	X	X	КС, ДИ, Р	КЛ, Пр, Т	
8.7. Наруше- ния ритма сердца			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	КС, МГ, О	Пр, Т, ЗС	
8.8. Гепато- и спленоме- галия			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	КС, Р	Пр, Т, ЗС	
8.9. Диспеп- сический синдром			5		5	1	6	X	X	X	X	X	X	КС, Р, ИБ	Пр, Т, ЗС	
8.10. Диф. диагностика кашля у де- тей			5		5	1	6	X	X	X	X	X	X	КС, МГ	Пр, Т, ЗС	
8.11. Син- дром лейко- цитоза и нейтропени- ческий син- дром			5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	КС, Р, Д, УИРС	Пр, Т, ЗС	

8.12. Синдром увеличения лимфатических узлов				5		5	2	7	X	X	X	X	X	X	КС, МГ, Р	Пр, Т, ЗС
8.13. Структура педиатрической службы в РФ	2					2		2	X	X	X	X	X	X	ЛВ	Т,Р
<b>Экзамен</b>					6		27									
<b>ИТОГО:</b>	<b>48</b>			<b>188</b>	<b>6</b>	<b>236</b>	<b>97</b>	<b>360</b>								

**Список сокращений:**

лекция-визуализация (ЛВ), тренинг (Т), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), интерактивных атласов (ИА), участие в научно-практических конференциях (НПК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), проведение предметных олимпиад (О), подготовка и защита рефератов (Р), просмотр презентаций и видеофильмов (ВФ); Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, Д – подготовка доклада и др.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**ОПК-6 Готовность к ведению медицинской документации**

1) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать».**

*Укажите 1 правильный ответ*

1. Ранитидин для лечения язвенной болезни применяется в следующей дозировке (мг/кг/сут):

А. 5 и более

Б. 0,5-1

В. 2-4

Г. 1-2

*Укажите несколько правильных ответов*

2. Лекарственные препараты с муколитическим эффектом

А. Мукосольвин

Б. Бромгексин

В. Амброксол

Г. Амбробене

Д. Либексин

*Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме:*

1.В. 2. А, Б, В, Г.

2) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** включают ситуационные задачи. Примеры.

**Ситуационная задача 1.**

Заполнить лист назначения ребенку 3 лет с температурой 39° на фоне ОРВИ. Заболел остро, 1-ый день болезни, температура держится в течение 2 часов, лечение не получал.

Эталон ответа к задаче 1.

- Обследование: клинический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки при наличии показаний.

- Лечение: парацетамол (суспензия для детей) 5 мл (120 мг) per os разово, повторить при необходимости 2-3 раза в день;

- амброксол (сироп) 2,5 мл x 3 раза в день per os 5 дней;

- свечи Виферон-1 - по 1 свече 2 раза в день (утро, вечер) per rectum 5 дней.

**Ситуационная задача 2.**

Рассчитать разовую дозу введения амоксициллина ребенку с массой 10 кг при домашней очаговой пневмонии. Общее состояние средней степени тяжести, аппетит сохранен, пьет охотно.

Эталон ответа к задаче 2.

Назначаем антибиотик в дозе 50 мг/кг в сутки, т.е. 500 мг/сут в 2 приема по 250 мг per os на 8-10 дней.

3) Для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» обучающиеся пишут историю болезни курируемого пациента в XII и XIII семестрах по схеме, представленной в Приложении №11.

### **Критерии оценки учебной истории болезни по дисциплине «Госпитальная педиатрия»**

Оценка «Отлично». История болезни сдана в срок, до окончания цикла занятий. Работа написана грамотно, литературным языком. Диагноз выставлен с учетом современной классификации. Проведено логическое обоснование диагноза, дифференциальная диагностика, больному назначено полное лечение и необходимое обследование.

Оценка «Хорошо». История болезни сдана в срок. Написана аккуратно, достаточно грамотно. Диагноз выставлен с учетом современной классификации. Проведена дифференциальная диагностика. Допущены незначительные ошибки при назначении обследования и лечения, не принципиального характера.

Оценка «Удовлетворительно». История болезни сдана преподавателю с опозданием. Написана работа небрежно, допускается много неточностей, исправлений, неполный анамнез. Основной диагноз выставлен, но не соблюдается классификация, не указана сопутствующая патология, не проведена дифференциальная диагностика. Принципы лечения выдержаны, но не конкретно к данному больному ребенку или подростку.

Оценка «Неудовлетворительно». История подана с большим опозданием (спустя месяц и более). Много замечаний принципиального характера по диагностике и лечению.

### **ПК-6 Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем –X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева.1989 г.**

#### **1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать».**

*Укажите один правильный ответ:*

1. ПРИ РЕВМАТИЗМЕ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ЭТИОЛОГИИ ИМЕЮТ

- 1)  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А
- 2)  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы В
- 3) стрептококки
- 4) вирусы

*Укажите несколько правильных ответов:*

2. ОСОБЕННОСТЯМИ РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) симметричное поражение мелких суставов
- 2) поражение крупных подвижных суставов
- 3) летучий характер полиартрита
- 4) продолжительность полиартрита более 10 дней

*Установите соответствие:*

3. КЛАПАННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ

ПРИЗНАКИ

1) митральная недостаточность

а) систолический шум с отрывом от I тона

2) митральный стеноз

б) систолический шум максимальный на верхушке, связанный с I тоном

3) аортальная недостаточность

в) протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева

г) рокочущий пресистолический шум

на верхушке

Ответы: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_, 3\_\_\_\_

**4. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЗМА**

- 1) основные
- 2) дополнительные

Ответы: 1\_\_\_\_, 2\_\_\_\_

**ПРИЗНАКИ**

- а) кардит
- б) протеинурия
- в) артралгии
- г) гепатомегалия

*Дополните ответ:*

**5. ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**6. ГРУППИРОВКА ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА**

- 1.
- 2.
- 3.

**7. НАЗОВИТЕ 4 КРИТЕРИЯ ГИПОКСИИ У НОВОРОЖДЕННОГО**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Эталоны ответов:

1. 2.
2. 2,3.
3. 1 – б, 2 – г, 3 - в.
4. 1 – а, 2 - в.
5. 1. Физиологическая желтуха. 2. Транзиторный катар кишечника. 3. Гормональный криз. 4. Токсическая эритема. 5. Мочекислый инфаркт.
6. 1). Патология матери. 2). Патология беременности. 3). Патология плода.
7. 1). Метаболический ацидоз – рН ниже 7,0. 2). Тяжелое поражение нервной системы. 3). Полиорганная патология, 4). Оценка по шкале Апгар на 5 минуте 1-3 балла.

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»**

**Ситуационная задача 1**

У доношенного новорожденного ребенка в конце вторых суток появилось желтушное окрашивание кожных покровов, в весе потерял 8% от первоначальной массы тела. Самочувствие не нарушено, патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Задание: назначьте необходимое обследование ребенку для уточнения диагноза.

Эталон ответа к задаче 1

- Контроль желтухи Биллитестом;
- Уточнение группы крови и Rh-фактора матери и ребенка для исключения гемолитической болезни новорожденных,
- титр Ат при конфликте и уровень гемоглобина при подозрении на ГБН;
- Контроль лактации у матери

## Ситуационная задача 2

Мама предъявляет жалобы на «тяжелое» дыхание 2-х летнего ребенка, кашель, подъем температуры до 38°. Над легкими выслушивается жесткое дыхание и влажные хрипы. Ребенок получает внутрь препарат мукалтин без эффекта.

Задание: наметьте план ведения ребенка.

Эталон ответа к задаче 2

- Провести рентгенографию органов грудной клетки для исключения/ подтверждения пневмонии или обструктивного бронхита
- При подтверждении пневмонии (обструктивного бронхита) – госпитализация в стационар с коррекцией лечения.

## 3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть». Примеры комплексных ситуационных задач.

### Ситуация 1

Девочка 3 лет поступила в стационар. Со слов матери больна 3 день, когда поднялась температура до 38,5°C, появился сухой кашель, который стал в дальнейшем влажным. Девочка плохо ела и стала вялой. Домашнее лечение без эффекта.

При поступлении у ребенка аппетит резко снижен, пьет мало. Температура тела 38,3°C. Кожные покровы бледные, чистые, влажные. Отмечается периоральный цианоз. В ротоглотке легкая гиперемия дужек и задней стенки глотки.

Рост 97 см, масса 14 кг, ЧДД – 34 в мин. Носовое дыхание свободное. Над легкими укорочение перкуторного звука справа под углом лопатки. Дыхание ослаблено под углом правой лопатки, здесь же выслушивается крепитация, постоянные мелкопузырчатые хрипы. ЧСС – 110 в мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, печень + 1 см ниже реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Клинический анализ крови: эр. –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Нб – 120 г/л, лейкоц. –  $12 \times 10^9/л$ , э – 5%, п/яд – 10%, с/яд – 40%, л – 30%, м – 15%, СОЭ – 12 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: легочный рисунок усилен по всем полям, синусы свободны, корни расширены, в нижней доле справа определяются очаговые тени.

Задания:

1. Поставьте диагноз по классификации МКБ-Х.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените общее состояние ребенка
4. Оцените гемограмму ребенка.
5. Назовите возможные осложнения настоящего заболевания

Эталон ответа к ситуации 1.

1. Очаговая пневмония в нижней доле справа, внебольничная. Острое течение. ДН I степени.
2. Дифференциальный диагноз нужно проводить с бронхитом, бронхиолитом, респираторными аллергиями, нарушениями проходимости дыхательных путей, плевритами, туберкулезом легких, гельминтозами (эхинококкоз).

3. Средней тяжести - за счет симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности 1 ст.
4. Лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево.
5. Легочные: плеврит, ДН 2 ст.; внелегочные: кардиореспираторный синдром, почечная недостаточность, ДВС.

## Ситуация 2

У мальчика 7 месяцев при плаче внезапно появились судороги лица, которые быстро распространились на туловище и конечности, ребенок начал синеть. Мать сразу же открыла форточку, поднесла ребенка к окну. Ребенок сделал вдох, пришел в сознание, цианоз и судороги прошли через 2-3 минуты.

Анамнез: ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом в 1 половине, срочных нормальных родов, в октябре. С месячного возраста переведен на смешанное вскармливание, а с 3-х месяцев – на вскармливание цельным козьим молоком. С 4-х месяцев получал манную кашу 2-3 раза в день. Фруктовые соки получал с 3 месяцев нерегулярно. В массе тела прибавлял хорошо. В возрасте 2-х месяцев был диагностирован рахит, получал витамин Д<sub>3</sub> в дозе 500МЕ ежедневно. В 3 месяца перенес ОРВИ, осложненную средним гнойным отитом, в 5 месяцев – пневмонию, лечился в стационаре.

В приемном отделении сознание ребенка ясное, живая реакция на окружающее. Кожные покровы чистые, несколько бледные. Тонус мышц снижен. Большой родничок 2,0x2,0 см, края податливые, имеются лобные и теменные бугры, зубов нет. Грудная клетка развернута в нижнем отделе, прощупываются утолщения. Сердце и легкие без особенностей. Живот мягкий, печень +2,0 см. Менингеальных симптомов нет.

В клиническом анализе крови в возрасте 6 мес.: гемоглобин 114 г/л, эритроциты  $4,18 \times 10^{12}/л$ , ЦП – 0,8, лейкоциты –  $7,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 22%, лимфоциты – 60%, моноциты – 10%, СОЭ 8 мм/час.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз, проведите его обоснование.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения Вашего диагноза? Какие изменения при обследовании следует ожидать у ребенка?
3. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
4. Оцените лечебную тактику при диагностике рахита у ребенка в возрасте 2 месяца.
5. Оцените питание ребенка и сделайте Ваши назначения по вскармливанию.

Эталон ответа к ситуации 2.

1. Основной: Рахит II, период разгара, острое течение.  
Осложнения: спазмофилия, манифестная форма.
2. Биохимический анализ крови на кальций, фосфор, щелочную фосфатазу.  
- гипокальциемию и гипофосфатемию ( $Ca^{++} < 2$  ммоль/л,  $P^{++} < 1,2$  ммоль/л);  
- алкалоз.  
- снижение функции паращитовидных желез.
1. В основе судорог лежит остро развившаяся гипокальциемия.
2. Не было назначено лечение рахита Вит Д<sub>3</sub> в лечебной дозе. Не проведена коррекция питания.
3. Питание ребенка не соответствует возрастной норме.

Коррекция вскармливания: адаптированная смесь-2, 3 прикорма, творог, фруктовое пюре, растительное масло.

## **ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами**

### **1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать».**

*Укажите один или несколько правильных ответов:*

**1. ОЦЕНКА ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У РЕБЕНКА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ**

- 1) по шкале Апгар
- 2) по шкале Дубовица
- 3) по шкале Даунс
- 4) по шкале Баллард

**2. КАК ИЗМЕНЯЮТСЯ ГАЗЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ ПРИ РАЗВИТИИ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ ФОРМЫ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- 1)  $p\text{CO}_2$  снижается
- 2)  $p\text{O}_2$  снижается
- 3)  $p\text{CO}_2$  повышается
- 4)  $p\text{O}_2$  резко снижается

**3. АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ РДСН У НОВОРОЖДЕННОГО**

- 1) не проводится
- 2) проводится

**4. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У НОВОРОЖДЕННОГО С РДСН**

- 1) метод пульсоксиметрии
- 2) транскутанный мониторинг  $p\text{O}_2$
- 3) инвазивное определение газов крови

**5. НОРМА ПОКАЗАТЕЛЯ ВРЕМЕНИ СВЕРТЫВАНИЯ ПО СУХАРЕВУ**

- 1) начало 2, конец 4 минуты
- 2) 2-4 минуты
- 3) начало 4, конец 8 минут
- 4) 4-8 минут
- 5) начало 2, конец 8 минут

**6. ОТЕЦ БОЛЕН ГЕМОФИЛИЕЙ. ПО МАТЕРИНСКОЙ ЛИНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕТ. БОЛЕТЬ БУДУТ**

- 1) все мальчики
- 2) все девочки
- 3) 50% мальчиков
- 4) 50% девочек
- 5) никто из детей

**7. В ВОЗРАСТЕ 1 ГОД 1 СТЕПЕНЬ АНЕМИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ НВ**

- 1) 130-110 г/л
- 2) 120-100 г/л
- 3) 120-90 г/л
- 4) 110-90 г/л

**8. КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ:**

- 1) уровень непрямого билирубина



- 2) уровень прямого билирубина
- 3) наличие осложнений
- 4) уровень гемоглобина

#### Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме

1. – 3
2. – 4
3. – 2
4. – 1,2, 3
5. – 1
6. – 5
7. – 4
8. – 1,3,4

## 2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»

### Ситуационная задача 1

В родильный дом поступила женщина с развитием родовой деятельности. Известно, что её группа кров I(0) Rh-отр. Роды вторые, в 37 нед. Первые роды закончились мертворождением.

Задание: Опишите Вашу тактику по обследованию ребенка после рождения.

Эталон ответа к задаче 1:

- оценить тяжесть состояния, наличие желтухи и размеры паренхиматозных органов при рождении;
- поместить в кувез и наблюдать за ребенком;
- у ребенка провести исследование на группу крови и резус- фактор,
- клинический анализ крови с подсчетом ретикулоцитов;
- определить билирубин в пуповинной крови и почасовой прирост билирубина в дальнейшем, пробу Кумбса;
- оценить в анализе крови матери наличие титра антирезусных антител
- при получении данных о наличии ГБН – готовить операцию заменного переливания крови.

### Ситуационная задача 2

Жалобы матери на учащенное мочеиспускание у девочки 8 лет, которое появилось после переохлаждения. Накануне был подъем температуры тела до 37,8°C.

Задание

- 1) Какую патологию у ребенка Вы предполагаете?
- 2) Наметьте план обследования ребенка
- 3) Какие результаты обследования будут подтверждать предполагаемое заболевание

Эталон ответа к задаче 2:

1. Инфекцию мочевыводящих путей, пиелонефрит, дисметаболическую нефропатию, вульвит.
2. Предложить госпитализацию в стационар
3. Анализ мочи общий, клинический анализ крови, анализ мочи по Зимницкому, бактериологическое исследование мочи на флору; биохимический анализ крови (мочевин, креатинин, СРБ). Консультация детского гинеколога; УЗИ органов брюшной полости (почек). При наличии солей в ОАМ – суточную салурию (АКСМ).

### 3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть». Примеры комплексных ситуационных задач.

#### Ситуация 1.

Виктор, 14 лет. Поступил в гастроэнтерологическое отделение детской больницы с жалобами на боли в эпигастральной области, голодные и ночные, проходящие после приема пищи. В течение 4 лет состоит на «Д» учете по поводу хронического гастрита, ассоциированного с НР.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины, 1 срочных родов с родостимуляцией. Естественное вскармливание до 10 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ, отит, бронхит, пневмония. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у отца язвенная болезнь, у бабушки по линии матери желчнокаменная болезнь.

Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести. Эмоционально лабилен. Астеник. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени, красный стойкий дермографизм, дистальный гипергидроз. Язык обложен белым налетом. При пальпации живот умеренно напряжен и болезнен в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Симптом Менделя положительный. Стул ежедневно оформленный, иногда «козий».

Анализ крови клинический: Эр 4,6х10<sup>12</sup>, Нб 140 г/л, L 7,3х10<sup>9</sup>, п/яд 2%, с/яд 52%, лимфоциты 38%, эозинофилы 4%, моноциты 4%, СОЭ 3 мм/ч.

Анализ мочи общий: соломенно-желтая, легкая муть, уд. Вес 1018, белок – нет, лейкоциты 1-2, эпителий плоский 2-4 в п/зр.

Копрограмма: оформленный, коричневый, мышечные волокна +++, клетчатка непереваренная +, жир нейтральный ++, крахмал внутриклеточный +.

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Какие факторы могли способствовать развитию данного заболевания?
3. Оцените данные дополнительных методов исследования.
4. Назначьте обследование. Назовите наиболее информативный метод, подтверждающий диагноз в данном случае.
5. О чем свидетельствует наличие положительного симптома Менделя в эпигастрии? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Назначьте лечение при условии, что ваш диагноз подтвердился.

Эталон ответа к задаче 1

1. Хронический гастродуоденит, обострение. Не исключена язвенная болезнь ДПК.
2. Отягощенная наследственность, инфицированность НР, погрешности в питании.
3. Креаторея.
4. ЭГДС; б/х анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, УЗИХГр, суточная рН-метрия, ЭКГ.
5. Локальный симптом раздражения брюшины. ЯБ желудка и ДПК, острая хирургическая патология.
6. Диета №5, антигеликобактерная терапия.

#### Ситуация 2.

Мария 13 лет, поступила в соматическое отделение с жалобами на носовое кровотечение, продолжающееся в течение 2 часов.

Из анамнеза известно, что с 2-летнего возраста около 2-3 раз в год отмечаются неинтенсивные носовые кровотечения. После начала менструаций в возрасте 12,5 лет стали отмечаться меноррагии.

Девочка родилась от I-й нормально протекавшей беременности. Родители считают себя здоровыми, однако при подробном расспросе удалось выяснить, что отец в детстве страдал носовыми кровотечениями.

При поступлении общее состояние ребенка средней тяжести. В обоих носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Кожные покровы бледные, многочисленные экхимозы различной давности на конечностях и туловище, петехии. Периферические лимфоузлы мелкие, подвижные. Слизистые оболочки полости рта чистые. По задней стенке глотки стекает кровь. Печень и селезенка не пальпируются.

В приемном покое врач сказал родителям ребенка, что носовое кровотечение может иметь множество причин, поэтому ребенку необходимо обследование в условиях стационара.

Клинический анализ крови:

гемоглобин - 95 г/л

эритроциты -  $3,1 \times 10^{12}$  /л

цветовой показатель - 0,92

ретикулоциты - 1,9%

тромбоциты –  $220,0 \times 10^9$ /л

лейкоциты -  $7,0 \times 10^9$ /л

палочкоядерные нейтрофилы - 3%

сегментоядерные нейтрофилы - 62%

эозинофилы - 3%

лимфоциты - 24%

моноциты - 8%

СОЭ - 6 мм/час

Время свертывания по Сухареву – начало 2 минуты, конец 4 минуты

Длительность кровотечения по Дюке - 6 минут

Время свертывания по Ли-Уайту - 6 минут

Ретракция кровяного сгустка - 0,2

Агрегация тромбоцитов под влиянием АДФ, адреналина, коллагена ослаблена.

Вопросы:

1. О каком заболевании Вы подумали? Подтвердите его клиническими и лабораторными данными.
2. Какой тип кровоточивости характерен для данной патологии?
3. Объясните механизм возникновения геморрагического синдрома.
4. С какими заболеваниями и состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Наметьте план лечения.
6. Прав ли врач приемного покоя?
7. Какого правила биомедицинской этики должен придерживаться врач приемного покоя при оформлении ребенка в стационар?
8. Назовите принцип диспансеризации при подобных заболеваниях?

Эталон ответа к задаче 2

Тромбоцитопатия, влажная форма. Анемия 1 степени.

Системный васкулит, артериальная гипертензия, др.

**ПК-9 Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать».**

Укажите один или несколько правильных ответов:

1. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ОМФАЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ МЕСТНО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ
  - 1) 3% раствор перекиси водорода;
  - 2) 3% раствор перекиси водорода + 1% раствор бриллиант зеленого;
  - 3) тетрациклиновую мазь;
  - 4) 3% раствор перекиси водорода + 5% раствор йода.
2. ВОДОРАСТВОРИМЫМИ ВИТАМИНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ
  - 1) А
  - 2) Е
  - 3) D
  - 4) К
  - 5) В<sub>6</sub>
3. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВОГО ЭТАПА ДИЕТОТЕРАПИИ ПРИ ГИПОТРОФИИ ХАРАКТЕРНО
  - 1) Расчет питания на фактическую массу тела
  - 2) Увеличение числа кормлений на 1-2
  - 3) Назначение корректирующей смеси
  - 4) Снижение объема каждого кормления
  - 5) Введение творога
4. ОПТИМАЛЬНОЙ ДОЗОЙ ВИТАМИНА D (МЕ В СУТКИ) ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В СРОК, ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) 150-400
  - 2) 400-500
  - 3) 400-1000
  - 4) 400-1200
5. СУТОЧНАЯ ДОЗИРОВКА (В МГ/КГ) ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ АЛИМЕНТАРНЫХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА
  - 1) 1-2
  - 2) 3-4
  - 3) 5-6
  - 4) 8-10
  - 5) 10-15
6. ОСНОВНОЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ
  - 1) Трентал
  - 2) Гепарин
  - 3) Дицинон
  - 4) Индометацин
  - 5) Эпсилон-аминокапроновая кислота
7. ДОКАЗАН ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ НОВОРОЖДЕННЫХ
  - 1) Аллохола
  - 2) Одестона
  - 3) Фототерапии
  - 4) Фенобарбитала

Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме:

1. - 2
2. - 5
3. - 1,2,4
4. - 2
5. - 2
6. - 2
7. - 3

## 2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»

### Ситуационная задача 1

Новорожденному 12 суток. Масса тела при рождении 3990г, длина 54 см. Вес ребенка при выписке – 3680г. У мамы развился гнойный мастит, в связи с чем она была госпитализирована в стационар. При осмотре новорожденного: масса тела 3540г. (ДВ 18%), двигательная активность снижена, крик после вызова короткий. Вскармливается адаптированной смесью из ложечки по 50-60 мл. в течение последних 2-х дней. Кожные покровы бледно-розового цвета, тургор тканей снижен, в складках кожи, на бедрах и внизу живота свежие пузырьки с мутным содержимым, корочки.

Задание.

1. Поставьте диагноз
2. Объясните причины, приведшие к данному состоянию.
3. Назначьте лечение.

### Эталон ответа к задаче 1:

1. Везикулопустулез. Постнатальная гипотрофия 1 степени.
2. Гнойный мастит матери, гипогалактия, неверно организованное кормление ребенка смесью.
3. Госпитализация с отделением патологии новорожденных, подача экстренного извещения в центр санэпиднадзора.
  - Кормление адаптированной смесью по 70-90 мл × 7-8 раз в день, поить – 120 мл водой (5% глюкозой)
  - в/м ампициллин + гентамицин. Ампициллин из расчета 50 мг/кг массы тела в 3 приема (60мг×3 раза в день); гентамицин – 3 мг/кг в сутки \* 2 раза в день.
  - Общее УФО кожных покровов через день №3
  - Купать ежедневно в отдельной ванне с 5% раствором KMnO4.
  - Туалет кожи спиртовым раствором хлоргексидина и 1% раствором бриллиантового зеленого 2 раза в день
  - Лактобактерин внутрь по 1 дозе – 1 раз в день

### Ситуационная задача 2.

Ребенку с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки для подавления желудочной секреции назначен блокатор H<sub>2</sub> рецепторов гистамина - ранитидин в суточной дозе 3 мг/кг в 4 приема.

Задание: Укажите ошибку в назначении препарата.

### Эталон ответа к задаче 2.

Не учтено время эффективного действия препарата

### 3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть». Примеры комплексных ситуационных задач.

#### Ситуация 1.

Иван С., 12 мес. Рост 74 см, масса 9200 г. Родился доношенным, массой 3000 г. На естественном вскармливании до 4 мес. Часто болеет респираторными заболеваниями. При осмотре отмечается беспокойство, цианоз. Дыхание углубленное, аритмичное. ЧДД=48 в 1 мин. При пальпации грудной клетки определяется систолическое дрожание. Аускультативно – ослабленное везикулярное дыхание проводится над всей поверхностью, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости не расширены. ЧСС = 140 уд./мин. Отмечается усиление I тона на верхушке сердца, ослабление II тона во 2-ом межреберье справа от грудины. Вдоль левого края грудины выслушивается грубый систолический шум с р.мах. в III-IV межреберьях. Шум проводится на спину. Дистальные фаланги пальцев рук и ног расширены, ногтевые пластины блестящие, гладкие, округлой формы.

ЭКГ – синусовая тахикардия, угол  $\alpha=+160^{\circ}$ . Отмечаются высокие зубцы R в отведениях V<sub>1-2</sub> и глубокие зубцы S в отведениях V<sub>5-6</sub>. Переходная зона в отведении V<sub>5</sub>. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса с формой комплекса QRS по типу rSR’.

На рентгенограмме обеднение легочного рисунка, сердечная тень в виде «деревянного башмачка». Западает дуга легочной артерии, размеры левого желудочка не большие.

При доплер-эхокардиографии определяется утолщение свободной стенки правого желудочка и межжелудочковой перегородки, отсутствие перехода межжелудочковой перегородки в переднюю стенку аорты. Диаметр аорты – 22 мм (N = 13-17 мм), диаметр легочной артерии – 12 мм. Диаметр левого предсердия – 15 мм (N = 16-21 мм). Скорость потока крови на уровне створок клапана легочной артерии – 3,8 м/с (N = 0,7 – 1,1 м/с).

В клиническом анализе крови эритроциты –  $5,2 \cdot 10^{12}$ , Hb – 150 г/л, СОЭ – 1мм/час.

Задания:

1. Поставьте диагноз
2. Оцените данные дополнительных методов обследования.
3. Назначьте лечение с учетом состояния ребенка на момент осмотра.
4. Опишите дальнейшую тактику ведения больного ребенка.

#### Эталон ответа к ситуации 1

1. Врожденный порок сердца. Тетрада Фалло. Одышно-цианотический приступ. НК I.
2. ЭКГ – признаки перегрузки правого желудочка, Rg – признаки тетрады Фалло. ДоЭхоКГ: гипертрофия правого желудочка, дефект межжелудочковой перегородки, дэкстра-позиция аорты, стеноз легочной артерии. В клиническом анализе крови признаки сгущения крови.
3. 1% раствор промедола 0,5 мл + кордиамин 0,1 мл в/м в одном шприце. Увлажненный кислород. Инфузионная терапия: 4-5% раствор бикарбоната натрия, 5% раствор глюкозы, р-р Рингера, реополиглюкин, эуффилин, инсулин, витамины. *Противопоказано назначение сердечных гликозидов!* В случае отсутствия эффекта от проводимой терапии показано экстренное наложение аортолегочного анастомоза.
4. Для профилактики одышно-цианотических приступов следует назначить обзидан в дозе 9 мг/сутки на 3 приема.  
Ребенку показана радикальная или паллиативная хирургическая коррекция порока.

#### Ситуация 2.

Девочка 4 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, боли в животе. Последние дни заметно похудела, перестала ходить. Отмечены повышенная жажда, резкое

снижение аппетита, мышечная гипотония, рахитическая деформация скелета, зуд кожи. Масса тела 12.500 г.

Со стороны внутренних органов выраженной патологии не выявлено. Гликемическая кривая в пределах нормы. Умеренная анемия. Моча щелочной реакции, глюкозурия, гиперфосфатурия, протеинурия, кровь - лейкопения с относительным лимфоцитозом.

Мать, отец, 2 старших брата здоровы, у двоюродной бабушки по материнской линии низкорослость, полидипсия.

Врач приемного отделения предложила девочку госпитализировать без матери, аргументируя тем, что стационар переполнен. Мать настаивает на госпитализации.

Задания:

1. Ваш предположительный диагноз и обоснование.
2. Какие данные свидетельствуют в пользу данного диагноза?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какие результаты исследования могли бы подтвердить диагноз?
5. С какими заболеваниями необходимо провести диф. диагностику?
6. Укажите основные принципы лечения при данной патологии.

### **Эталон ответа к ситуации 2**

Болезнь ДеТони-Дебре-Фанкони.

Дифдиагностика с другими рахитоподобными заболеваниями, сахарным диабетом, гемобластозом, др.

### **ПК-10 Готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи**

1) *Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать».*

*Укажите 1 правильный ответ*

1. СУТОЧНАЯ ДОЗИРОВКА (В МГ/КГ) ЭЛЕМЕНТАРНОГО ЖЕЛЕЗА ПРИ АЛИМЕНТАРНЫХ АНЕМИЯХ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) 1-2
- 2) 3-4
- 3) 5-6
- 4) 8-10
- 5) 10-15

2. ОСНОВНОЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ

- 1) Трентал
- 2) Гепарин
- 3) Дицинон
- 4) Индометацин
- 5) Эпсилон-аминокапроновая кислота

3 ДОКАЗАН ЭФФЕКТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМии НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) Аллохола
- 2) Одестона
- 3) Фототерапии
- 4) Фенобарбитала

Эталоны ответов к заданиям в тестовой форме:

1. – 2; 2. - 2; 3. - 3

2) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** включают ситуационные задачи. Пример.

### **Ситуационная задача 1.**

Наташа, 8 лет. Поступила в детскую больницу с жалобами на схваткообразные боли в правом подреберье, возникающие после еды, особенно после жирной пищи и жареного, а также колющие боли во время физической нагрузки. Боли часто сопровождаются тошнотой, бывает отрыжка горечью. Ранее девочка не обследовалась, указанные жалобы появились впервые около 6 месяцев назад.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом и ОРВИ в 1 половине, 1 срочных быстрых родов. Естественное вскармливание до 10 мес. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, бронхит. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: у матери хронический гастрит, холецистит, у бабушки по линии матери желчнокаменная болезнь.

Объективно: общее состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, периорбитальные тени. Язык обложен желтоватым налетом. При пальпации живот мягкий, отмечается болезненность в правом подреберье. Край печени острый эластичный, выступает из-под реберной дуги на 1 см. Симптомы Ортнера, Кера положительные, симптомы Мюсси, Мерфи отрицательные. Стул 1 раз в день оформленный.

Анализ крови клинический: Эр 4,6x10<sup>12</sup>, Нб 130 г/л, L 7,3x10<sup>9</sup>, п/яд 2%, с/яд 55%, лимфоциты 37%, эозинофилы 2%, моноциты 4%, СОЭ 3 мм/ч.

Анализ мочи общий: соломенно-желтая, легкая муть, уд. вес 1018, белок – нет, лейкоциты 1-2, эпителий плоский 2-4 в п/зр.

Копрограмма: консистенция кашицеобразная, цвет светло-коричневый, мышечные волокна +, клетчатка непереваренная +, жирные кислоты +++, крахмал внутриклеточный ++.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

Оцените результаты имеющихся анализов, назначьте дополнительное обследование.

По каким признакам вы будете дифференцировать функциональные нарушения и воспалительные изменения данного органа?

Назначьте лечение.

Эталон ответа к задаче 1.

- ДЖВП, вероятно, гиперкинетическая форма.
- Отягощенная наследственность, инфицированность НР, погрешности в питании.
- Стеаторея 2 типа. Б/х анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, узихолецистография.
- Симптомы интоксикации в клинической картине и воспалительные изменения в клиническом анализе крови.
- Диета №5, желчегонные препараты, спазмолитики, седативные средства. Физиотерапия.

3) **Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть».** Пример комплексных ситуационных задач.

### **Ситуация 1.**

На профилактическом приеме у участкового педиатра в детской поликлинике мальчик Коля Б. (6 месяцев).

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом I-ой половины, угрозой прерывания на 32-й неделе, анемией II степени в 3-м триместре. Роды в срок, масса тела при рождении 3500 г, длина 50,0 см. На грудном вскармливании 2 месяца. Мать во время беременности употребляла в пищу много цитрусовых и сладостей. Ребенок с 2-х месяцев получал коровье молоко и манную кашу 2-3 раза в день. Соки и овощные пюре впервые



включены в рацион с 5-ти месяцев. С 2-месячного возраста появились покраснение и шелушение кожи щек, сыпь на теле, зуд. Перенес в 2 месяца - ОРВИ, в 4 месяца - острый бронхит, в 4,5 месяцев - энтероколит, по поводу которых получал антибиотики. В течение последнего месяца отмечается вздутие живота, учащение стула.

При осмотре ребенка: масса тела 9500 г, длина 64,0 см. Капризен, бледен, шелушение кожи щек и ягодиц. Толщина подкожно-жирового слоя в области живота 3,0 см. Тургор тканей снижен. Выражены лобные и теменные бугры. Большой родничок 3,0x3,0 см. Самостоятельно не сидит. Зубов нет. Над областью сердца короткий систолический шум у верхушки. Живот увеличен в размерах, вздут. Печень на 2,0 см ниже реберного края. Стул 3-4 раза в сутки, разжижен.

На приеме врач заявил матери, что ребенок не здоров по ее вине, на что мать среагировала плачем.

Клинический анализ крови:

эритроциты –  $2,8 \times 10^{12}/л$

гемоглобин – 68 г/л

цветовой показатель – 0,63

лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$

палочкоядерные нейтрофилы – 4%

сегментоядерные нейтрофилы – 23%

эозинофилы – 5%

базофилы - 1%

лимфоциты – 58%

моноциты – 10%

СОЭ – 14 мм/ч

анизоцитоз ++

пойкилоцитоз ++

гипохромия эритроцитов

Содержание общего сывороточного IgE – 40 МЕ/мл

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Оцените имеющиеся анализы.
3. Какие причины способствовали развитию данной патологии?
4. Чем объяснить наличие систолического шума в сердце?
5. Какое лечение необходимо назначить ребенку? Профилактика заболевания.
6. Выпишите одну из лекарственных форм, рекомендуемых ребенку.
7. Были ли допущены ошибки во взаимоотношении врача и матери ребенка?

Эталон ответа к ситуации 1.

Анемия 3 степени тяжести, предположительно железодефицитная. Атопический дерматит, легкое течение, младенческая форма. Рахит средней степени тяжести, период разгара.

### **ПК-20. Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины**

Оценивается на основании подготовки и представления презентаций, видеофильмов, рефератов, сообщений, стендовых и устных докладов в группе, на заседаниях СНО, на конференциях молодых ученых в Твери и других городах. Учитываются печатные работы (тезисы, статьи, изобретения), листовки, санбюллетени, подготовленные студентами, результаты УИРС.

### **Критерии оценки текущего тестового контроля знаний.**

Студентом даны правильные ответы на задания в тестовой форме:

- менее 70% – оценка «2»
- 70-80% заданий – оценка «3»
- 81-90% заданий – оценка «4»
- 91-100% заданий – оценка «5»

### **Критерии оценки при решении ситуационных задач.**

**«5» (отлично)** – студент решает ситуационную задачу, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по МКБ X, делает назначения по обследованию и правильно оценивает результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.

**«4» (хорошо)** – студент в целом решает ситуационную задачу, но делает несущественные ошибки в тактике ведения больного и/или обосновании, и/или формулировке диагноза заболевания по МКБ X при оценке результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

**«3» (удовлетворительно)** – обучающийся допускает существенные ошибки в порядке обследовании больного ребенка и/или постановке диагноза, интерпретации результатов инструментальных и лабораторных методов исследования.

**«2» (неудовлетворительно)** – делает грубые ошибки при назначении клинического и лабораторно-инструментального обследования ребенка, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Не справляется с оценкой полученных результатов обследования ребенка.

### **Критерии оценки работы студента на клинических практических занятиях.**

**«5» (отлично)** – студент подробно отвечает на теоретические вопросы, решает более 90% тестов, решает ситуационную задачу; демонстрирует методику обследования ребенка, обосновывает и формулирует клинический диагноз заболевания по МКБ X, назначает правильное лечение.

**«4» (хорошо)** – студент в целом справляется с теоретическими вопросами, выполняет более 80% тестов, решает ситуационную задачу; делает несущественные ошибки при клиническом обследовании ребенка и обосновании или формулировке диагноза и/или назначении обследования и лечения.

**«3» (удовлетворительно)** – поверхностное владение теоретическим материалом, допускает существенные ошибки в обследовании больного ребенка и/или постановке диагноза и/или назначении лечения; выполняет 71-80% тестов;

**«2» (неудовлетворительно)** – не владеет теоретическим материалом и делает грубые ошибки при выполнении методики клинического и лабораторно-инструментального обследования ребенка, не может диагностировать заболевание и сформулировать клинический диагноз. Не справляется с тестами или ситуационными задачами.

### **Критерии оценки рубежного тестового контроля знаний по окончании модулей:**

Студентом даны правильные ответы на задания в тестовой форме (100 тестовых заданий):

- менее 70% – оценка «2»
- 70-80% заданий – оценка «3»

- 81-90% заданий – оценка «4»
- 91-100% заданий – оценка «5»

#### **Примеры тем для реферативных сообщений:**

1. Особенности клиники и лечения пневмоний в зависимости от типа возбудителя.
2. Использование внутривенных иммуноглобулинов при инфекционных процессах.
3. Механизмы действия, особенности применения различных групп мочегонных средств.
4. Трансплантация костного мозга – проблемы и успехи.
5. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожной клетчатки и иммунитета у новорожденных.
6. Современные инструментальные методы обследования дыхательной системы.
7. Методы диагностики НР-инфекции.
8. Антибиотикорезистентность НР у детей и выбор терапии.
9. Диагностические возможности суточной рН-метрии у детей.
10. Лечебные смеси для питания детей с гипотрофией.
11. Лечебные смеси для питания детей с атопическим дерматитом.

#### **Примеры тем для УИРС:**

- 1) Сравнительный анализ встречаемости возбудителей пиелонефрита у детей Твери, Москвы, Урала и Поволжья.
- 2) Особенности применения антигистаминных препаратов различных поколений в составе базовой, патогенетической, симптоматической терапии у детей с различными вариантами патологии.
- 3) Сравнение распространенности гипермобильности суставов у детей различных регионов России.
  - 4) Современные препараты, используемые для лечения детей с гемофилией.
  - 5) Современная терапия новорожденных, больных сепсисом.
  - 6) Катамнез детей, рожденных недоношенными.
  - 7) Современные методы реабилитации детей после перенесенной родовой травмы.

#### **Тематика бесед с матерями и пациентами в педиатрическом стационаре:**

- Современные средства ухода за кожей детей раннего возраста.
- Особенности питания детей при рахите, железодефицитной анемии, аллергических заболеваниях, болезнях почек и пищеварительного тракта.
- Переходные состояния у новорожденных, уход.
- Профилактика гипогалактии.
- Проведение оральной регидратации у детей.
- Уход за тяжелым пациентом.
- Способы закаливания детей.
- Профилактика пневмоний
- Профилактика атопического дерматита у детей.
- Вакцинация детей - польза и проблемы.

## **Критерии оценки выполненного реферата, конспекта беседы**

**Оценка «Отлично»** - материал изложен логически правильно в доступной форме с наглядностью (презентация, фото). При написании работы были использованы современные литературные источники (более 5, в том числе монографии и периодические издания).

**Оценка «Хорошо»** – материал изложен не достаточно полно, при подготовке работы были использованы периодические издания старых лет выпуска и Интернет.

**Оценка «Удовлетворительно»** - тема раскрыта слабо, односторонне. При подготовке работы были использованы только Интернет и/или 1-2 периодические издания.

**Оценка «Неудовлетворительно»** - порученный реферат (беседа) не выполнены или подготовлены небрежно: тема не раскрыта. При подготовке работы использован только Интернет.

### **Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту:**

- Установить контакт с родителями больных детей.
- Владеть медицинской этикой и деонтологией.
- Собрать и проанализировать анамнез жизни и заболевания ребенка.
- Владеть приемами объективного исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) детей различного возраста и подростков.
- Анализировать полученные данные при объективном исследовании ребенка.
- Владеть алгоритмом постановки диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем –Х пересмотр и прогнозировать состояния, угрожающие жизни ребенка.
- Владеть техникой вскармливания здоровых и больных детей раннего возраста. Провести расчет питания по основным ингредиентам у недоношенных детей в соответствии с постконцептуальным возрастом.
- Оценивать состояние новорожденного по шкале Апгар и Dawnes.
- Уметь анализировать результаты лабораторных и специальных методов исследования (клинических, биохимических, микробиологических, иммунологических, серологических показателей крови, мочи, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);
- Владеть оценкой результатов функционального обследования органов дыхания, сердечно-сосудистой, пищеварительной, мочевыделительной системы, НС.
- Обосновывать и планировать необходимость направления детей на дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов в соответствии с действующими стандартами медицинской помощи
- Разработать план лечения детей с учетом клинической картины заболевания в соответствии с порядками, стандартами, клиническими рекомендациями (протоколами) лечения;
- Оказать первую врачебную помощь при апноэ новорожденных, дыхательной недостаточности, кровотечении, инфекционно-токсическом шоке, судорогах, остановке дыхания и сердечной деятельности, сердечной недостаточности, при рождении ребенка.

## **Критерии оценки выполнения практических навыков (зачтено/не зачтено)**

**«зачтено»** - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки (тренажере, манекене, симуляторе), анализирует результаты клинического, лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по классификации и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

**«не зачтено»** - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка (в том числе на тренажере, манекене, симуляторе), делает грубые ошибки в интерпретации результатов клинического, лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания, определения плана ведения и/или назначении лечения ребенка.

### **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен)**

Курсовой экзамен проводится в конце XI семестра, который построен по 3-х этапному принципу. Первый этап - контроль практических навыков предполагает оформление кураторского листа по больному ребенку, который проводится на последнем занятии цикла; второй этап - решение 100 заданий в тестовой форме; третий этап – собеседование по 2-м ситуационным задачам.

#### **1). Примеры заданий в тестовой форме для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины:**

Укажите один или несколько правильных ответов.

1. *ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ ОТМЕЧАЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ*
  - 1) Прямого билирубина
  - 2) Непрямого билирубина
  - 3) И то, и другое
2. *КРИЗЫ ПРИ АНЕМИИ МИНКОВСКОГО-ШОФФАРА*
  - 1) Гемолитические
  - 2) Гипопластические
  - 3) Секвестрационные
  - 4) 1 и 2
3. *ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ПОДКОРКОВЫЕ ЯДРА ОБЛАДАЕТ*
  - 1) Прямой билирубин
  - 2) Непрямой билирубин
  - 3) Оба в равной степени
4. *ПОЧЕЧНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В ВИДЕ*
  - 1) Лейкоцитурии
  - 2) Бактериурии
  - 3) Гематурии
  - 4) Оксалурии
5. *КОЛИЧЕСТВО ТРОМБОЦИТОВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ*
  - 1)  $18-32 \times 10^9/\text{л}$
  - 2)  $180-320 \times 10^9/\text{л}$
  - 3)  $25-40 \times 10^9/\text{л}$

4) 250-400x10<sup>9</sup>/л

6. ПРИБ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ХЛАМИДИЕЙ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ
- 1) Макролиды
  - 2) Пенициллин
  - 3) Цефалоспорины
  - 4) Аминогликозиды
7. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОДЫШКИ У БОЛЬНОГО В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА ВКЛЮЧАЕТ \_\_\_\_\_
8. СТАРТОВЫЙ АНТИБИОТИК ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ "ДОМАШНИХ" ПНЕВМОНИЙ
- 1) Карбенициллин
  - 2) Эритромицин
  - 3) Гентамицин
  - 4) Амоксициллин (Аугментин)
9. ДЛЯ ПРИСТУПНОГО ПЕРИОДА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНО
- 1) Сухие свистящие и влажные хрипы
  - 2) Одышка экспираторного характера
  - 3) Вздутие грудной клетки
  - 4) Увеличение печени
  - 5) Шумное дыхание
10. 8-МЕСЯЧНЫЙ РЕБЕНОК С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНОГО ДИАТЕЗА НА КОЖЕ И СЛИЗИСТЫХ БОЛЕН ОРВИ. НА 4-Й ДЕНЬ БОЛЕЗНИ ПОЯВИЛИСЬ ЛАЮЩИЙ ГРУБЫЙ КАШЕЛЬ, ОБЩЕЕ БЕСПОКОЙСТВО, ОДЫШКА С ВТЯЖЕНИЕМ УСТУПЧИВЫХ МЕСТ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НА ВДОХЕ, ШУМНОЕ ДЫХАНИЕ, ХРИПЛЫЙ ГОЛОС. ЧЕМ ВЫЗВАНО УХУДШЕНИЕ?
- 1) Приступом бронхиальной астмы
  - 2) Врожденным стридором
  - 3) Приступом коклюша
  - 4) Дистресс-синдромом
  - 5) Синдромом крупа

**Эталонны ответов:**

№ задания	Ответ	№ задания	Ответ
1	2	6	1
2	1	7	6
3	2	8	4
4	3	9	1 2 3 5
5	2	10	5

**2). Образец кураторского листа для оценки практических навыков.**

Ф.И.О. куратора \_\_\_\_\_

группа \_\_\_\_\_

**Кураторский лист**

Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Осн. \_\_\_\_\_

Осл. \_\_\_\_\_

Сопут. \_\_\_\_\_

Назначения:

Подпись куратора \_\_\_\_\_

Оценка \_\_\_\_\_

Подпись преподавателя \_\_\_\_\_

(на обратной стороне листа оформление обоснование диагноза)

### 3). *Примеры ситуационных задач:*

#### **Задача 1.**

Девочка 6,5 месяцев. Масса тела 9000 г. Родилась в срок. С 2-х месяцев находилась на искусственном вскармливании. С этого времени периодически отмечается покраснение щек, появление папулезной сыпи на ягодицах. Больна первый день: появился кашель, насморк, повысилась температура тела до 37,5 °С. Мать делала ребенку горчичные ванны и поила его теплым молоком с медом. Состояние девочки еще более ухудшилось, в связи с чем госпитализирована в стационар врачом скорой помощи.

При поступлении дыхание шумное, слышно на расстоянии. ЧД 60 в минуту. ЧСС 140 ударов в минуту. Температура тела 37,8 °С. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Выдох удлиннен. Над легкими перкуторно коробочный звук. В легких повсюду множество разнокалиберных влажных и сухих свистящих хрипов на фоне жесткого дыхания.

#### **Задания:**

1. Сформулируйте основной диагноз и проведите его обоснование.
2. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
3. Какие главные механизмы в патогенезе синдрома, приведшего к ухудшению состояния?
4. О какой сопутствующей патологии есть основания думать?
5. Назначьте лечение основного заболевания, дайте рекомендации по ведению такого ребенка и профилактике в связи с наличием сопутствующей патологии.

#### **Эталон ответа к задаче 1.**

1. Диагноз: «острый обструктивный бронхит», ДН II установлен на основании экспираторной одышки, множества разнокалиберных влажных и сухих свистящих хрипов, эмфизематозного вздутия грудной клетки.

2. Данному заболеванию способствовали раннее искусственное вскармливание, атопический дерматит, проведение матерью мероприятий (горчичной ванны, дача молока с медом).

3. Отек слизистой бронхов и гиперсекреция слизи, бронхоспазм.

4. Атопический дерматит, младенческая форма, ограниченный, легкой степени, ремиссия

5. Лечение:

- вскармливание адаптированными (гидрализатами белка) смесями;
- оксигенотерапия;
- per rectum свечи “Виферон-150000” по 1 свече 2 раза в день 5 дней;
- внутримышечно тавегил 0,2 мл 2 раза в день;
- ингаляции с беродуалом через небулайзер (9 капель + 3,0 мл физ.р-ра x 3-4 раза в день) ;
- отсасывание слизи из дыхательных путей по мере накопления.
- в питание лечебная смесь ГА, исключение облигатных аллергенов в питании, наблюдение аллерголога-иммунолога.

## **Задача 2.**

Девочка 9 лет поступила в педиатрическое отделение с жалобами на ярко-красные пятнистые высыпания на коже нижних конечностей, периодически возникающие схваткообразные боли в животе, субфебрильную температуру. Отмечались боли в правом коленном суставе в течение 2 дней, затем в левом локтевом суставе в течение 1 дня. Высыпания на коже появились 3 недели назад, когда девочка отдыхала в летнем детском лагере, к врачам за помощью не обращалась. Участковый педиатр назначил девочке супрастин – без эффекта, спустя 10 дней после появления на ногах новых высыпаний ребёнок был госпитализирован.

Перенесённые заболевания: ОРВИ 5-6 раз в году, ветряная оспа, краснуха. В анамнезе аллергическая реакция на цитрусовые, шоколад в виде покраснения щёк, красноватых пятен на лице, шее, груди.

Объективно: на разгибательной поверхности голеней и вокруг суставов имеются геморрагические папулы величиной от 2-3 мм до 1-1,5 см, высыпания симметричные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие ритмичные, ЧСС 90 в мин. Живот мягкий безболезненный, печень у края рёберной дуги.

### **Задание:**

1. Поставьте ребёнку предположительный диагноз, обоснуйте его.
2. Какие патогенетические механизмы возникновения данной патологии вы знаете?
3. Наметьте план обследования ребёнка в стационаре. Какие изменения в анализах крови Вы ожидаете у ребёнка?
4. Назначьте лечение данному больному.

### **Эталон ответа к задаче 2.**

1. Геморрагический васкулит средней степени тяжести (кожный, суставной, умеренно выраженный абдоминальный синдромы), острое течение (до 4-5 недель).

2. Поражение мелких сосудов иммунными комплексами.

3. Клинический минимум, биохимия крови, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. В крови возможен лейкоцитоз, нейтрофиллёз со сдвигом влево, эозинофилия, повышение СОЭ, диспротеинемия (снижение альбуминов, увеличение  $\alpha$ -,  $\gamma$ -глобулинов), СРБ+, гиперкоагуляция, укорочение времени свёртывания крови.



4. Строгий постельный режим на острый период болезни и на 7-10 дней после последних высыпаний. Гипоаллергенный стол №5, щелочное питье, кисломолочные продукты, ограничение соли и животного белка.

Базисная терапия:

- гепарин 200-400 ЕД/кг·сут п/к, в/м 1,5-4 недели с постепенной отменой препарата;
- антиагреганты - курантил 3-8 мг/кг·сут до 1 мес., трентал 5-10 мг/кг в/в;
- НПВП - индометацин 2-3 мг/кг·сут после еды 2 нед.;
- антигистаминные препараты 1 поколения 2-4 мг/кг 7-14 дней, кларитин 0,5-1 т. 1 р. в д.
- энтеросорбенты (карболен, полифепан по 1 ч.л.-ст.л. х 3р.в д. 7 дней).

При необходимости инфузионная терапия (физ. раствор +трентал; реополиглюкин 10-20 мл/кг), антибиотики (эритромицин, цепорин), биопрепараты. В тяжёлых случаях преднизолон 2 мг/кг 7-14 дней с постепенной отменой.

## ОЦЕНКА ТРЕХЭТАПНОГО КУРСОВОГО ЭКЗАМЕНА

### Критерии оценки заданий в тестовой форме

Из 100 предложенных заданий в тестовой форме студентом даны правильные ответы:

«зачтено» - 70% и более правильных ответов

«не зачтено» - менее 70% правильных ответов

### Критерии оценки освоения практических навыков и умений.

«зачтено» - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по МКБХ и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

«не зачтено» - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

### Критерии оценки по решению ситуационных задач:

- оценка «отлично» ставится студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала;

- оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

**Критерии итоговой оценки за экзамен:**

- оценка **«отлично»** ставится студенту, выполнившему более 70% заданий в тестовой форме; самостоятельно демонстрирующему мануальные навыки у постели больного; студенту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

- оценки **«хорошо»** заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала; который ответил на 70% и более заданий в тестовой форме; самостоятельно продемонстрировал мануальные навыки у постели больного, но допустил неточности и самостоятельно их исправил;

- оценки **«удовлетворительно»** заслуживает студент, обнаруживший достаточный уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении; который ответил на 70% и более заданий в тестовой форме; в целом, владеющему мануальными навыками.

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; который не справился с заданиями в тестовой форме и не продемонстрировал владение мануальными навыками и допустил грубейшие ошибки при их выполнении.

**Зачет в 12 семестре** проводится у постели больного. Обучающийся на основании опроса, объективного осмотра пациента, оценки имеющихся результатов исследований ставит диагноз, назначает необходимое обследование и лечение.

**Образец кураторского листа для оценки практических навыков**

Ф.И.О. куратора \_\_\_\_\_  
группа \_\_\_\_\_

**Кураторский лист**

Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Осн. \_\_\_\_\_

Осл. \_\_\_\_\_

Сопут. \_\_\_\_\_

Назначения:

Подпись куратора \_\_\_\_\_

Оценка \_\_\_\_\_

Подпись преподавателя \_\_\_\_\_

(на обратной стороне листа записывается обоснование диагноза)

### **Критерии оценки освоения практических навыков и умений**

**«зачтено»** - студент знает основные положения методики выполнения обследования больного ребенка, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, выставляет диагноз заболевания по МКБ X и назначает лечение. В работе у постели больного ребенка допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет.

**«не зачтено»** - студент не знает методики выполнения обследования больного ребенка, не может самостоятельно провести мануальное обследование ребенка, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при формулировке диагноза заболевания и назначении лечения.

## **V. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины**

### **1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:**

#### **а). Основная литература:**

1. Шабалов Николай Павлович. Детские болезни [Текст]: учебник в 2-х т. / Николай Павлович Шабалов. – 7-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2012. I т.–928 с. Ил. - 880с. с ил.:
2. Шабалов Н.П. Неонатология [Текст]: учебное пособие в 2-х т., 5-е изд., испр. и доп. / Шабалов Н.П. – М: МЕДпресс - информ, 2009., I т.–735 с. Ил. -763с.

#### **б). Дополнительная литература:**

1. Гематология детского возраста. [Текст]: Учебное пособие./Тверская гос. мед. акад.; сост. Ю.С. Апенченко, И.И. Иванова, О.Б. Федерякина ; ред. С.Ф. Гнусаева, Е.Л. Кривошеина. - Тверь: ТГМА, 2012 – 152с. рис.
2. Аккредитация по педиатрии. Типовые ситуационные задачи: уч. пособие / под ред. Р.Р. Кильдияровой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.- 384 с. ил.
3. Цыбулькин Эдуард Кузьмич. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Текст] / Эдуард Кузьмич Цыбулькин. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015.- 160 с.
4. Поликлиническая и неотложная педиатрия: учеб. пособие под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013.- 896 с.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования в педиатрии / под общ. ред. Ю.С. Апенченко [эл.рес.] Тверь. Учебно-методическое пособие , 2016г.

### **2. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

#### **Учебные компьютерные программы, электронные материалы:**

1. «Педиатрия»
2. «Детская гастроэнтерология»

3. «Эндоскопия верхних отделов пищеварительного тракта»
4. «Формирование сердца. Пороки сердца. Гемодинамические нарушения. ЭхоКГ, аускультативная симптоматика»
5. «Hard sounds»
6. «Катетеризация полостей сердца при различных врожденных пороках»
7. «Методика обследования новорожденного ребенка»
8. «Нейросонография у новорожденных и детей раннего возраста. Норма и патология»

### **3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины**

#### **Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:**

Электронная база данных и информационная система поддержки принятия клинических решений «ClinicalKey» ([www.clinicalkey.com](http://www.clinicalkey.com));

Стандарты медицинской помощи: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;

Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));

Университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));

Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);

Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);

Доступ к базам данных POLPRED ([www.polpred.ru](http://www.polpred.ru));

Сводный каталог периодики и аналитики по медицине «МЕДАРТ» (<http://www.medart.komlog.ru>);

Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;

Бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;

Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191/>;

Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru/>;

Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru/>;

### **4 Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

#### **4.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:**

1 Microsoft Office 2013:

-Access 2013;

-Excel 2013;

-Outlook 2013 ;

-PowerPoint 2013;

-Word 2013;

-Publisher 2013;

-OneNote 2013

2 Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3 Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro

#### **4.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

1 Электронно-библиотечная система «Консультант студента» ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)) ;

- 2 Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс].  
– Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru;  
5 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Приложение № 2

**СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ V-VI КУРСОВ**

*Дисциплина «Госпитальная педиатрия»*

**ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета**

Зав. кафедрой, профессор С.Ф. Гнусаев

**Преподаватель: доцент (асс.)** \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

**История болезни**

\_\_\_\_\_  
(фамилия имя ребенка)

\_\_\_\_\_  
возраст (дата рождения)

**Клинический диагноз**

Основное заболевание (по классификации):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнения основного заболевания (по классификации):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания (по классификации):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Куратор: студент \_\_\_\_\_ группы  
педиатрического факультета

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Даты курации \_\_\_\_\_

Дата подачи истории \_\_\_\_\_

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Фамилия, имя, отчество ребенка  
Возраст (дата рождения)

Домашний адрес  
Дата поступления в стационар  
Клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)

### **I. Жалобы**

Жалобы, которые беспокоили ребенка при поступлении в стационар, в период курации больного (*нередко они не совпадают, в таком случае указываются отдельно*). Жалобы описываются подробно, с использованием опроса самого больного или матери больного ребенка по выяснению общих и местных проявлений болезни.

### **II. Anamnesis morbi**

При остром течении заболевания следует указать дату, когда впервые появились симптомы болезни, их динамику, проводимые лечебные мероприятия, их эффективность, причину госпитализации, состояние при поступлении в стационар до момента курации.

При хроническом течении заболевания следует уточнить, с какого возраста впервые появились проявления данного заболевания, предполагаемую причину его возникновения, результаты обследования и лечения. Указать частоту обострений, продолжительность ремиссий, сроки последнего обострения, клинические проявления, результаты обследования и лечения. Выяснить причину данной госпитализации, динамику болезни до момента курации.

Для получения дополнительных сведений о результатах обследований больного, консультаций специалистов, необходимо использовать медицинскую карту стационарного больного, а в случаях хронического заболевания - медицинскую карту развития ребенка.

### **III. Anamnesis vitae**

*Ранний период жизни более подробно описывается для детей раннего возраста, для детей старшего возраста - менее подробно (исключить подробности периодов новорожденности и грудного возраста, но следует оценить особенности физического и нервно-психического развития ребенка в раннем возрасте).*

От какой (порядковый номер) беременности и родов родился ребенок. Чем закончились предыдущие беременности. Течение настоящей беременности.

Масса и длина тела при рождении, оценка по шкале Апгар. Сроки первого прикладывания к груди. Сроки выписки из роддома.

*Течение периода новорожденности грудного возраста.* Длительность естественного вскармливания, срок и причина перевода на искусственное вскармливание, характер и качество питания.

*Особенности физического и нервно-психического развития ребенка.*

Состоит ли на диспансерном учете у специалистов, с какими заболеваниями.

*Профилактические прививки и туберкулиновые пробы:* сроки проведения, реакция.

*Перенесенные заболевания,* в т.ч. инфекционные, хирургические вмешательства (указать возраст). Количество эпизодов ОРЗ в течение года.

*Аллергологический анамнез.* Указать наличие аллергических реакций на пищевые продукты, лекарства, укусы насекомых и т.д., их проявления, а также аллергических заболеваний у ближайших родственников.

*Наследственность.* Указать наличие хронических или наследственных заболеваний у ближайших родственников, причины смерти. Рисуются генеалогическое дерево в пределах 3 поколений, включая всех детей в семье.

*Условия жизни ребенка* (вредные привычки родителей и ребенка, микроклимат в семье, режим, жилищно-бытовые условия, место учебы или работы родителей и ребенка).

*Эпидемиологический анамнез.* Контакт с инфекционными больными.

#### IV. Status praesens

*(Подробно, как на пропедевтике детских болезней, описывается пораженная система органов, по другим системам отражаются основные моменты, наличие патологических симптомов, отсутствующие симптомы не описываются).*

Общее состояние ребенка (обосновать): оценить сознание больного, положение в постели, двигательную активность, симптомы интоксикации, декомпенсации со стороны органов и систем, психическую деятельность.

Описать телосложение, питание ребенка. Оценить физическое развитие (уровень, гармоничность, соматотип, пропорциональность), биологический возраст. Для детей до 3 лет – индекс Чулицкой. Половое развитие (формула).

Описать состояние кожных покровов (цвет, влажность, эластичность), видимых слизистых оболочек, производных кожи - волос и ногтей. Если есть, подробно описываются патологические симптомы, например, характер и локализация сыпи, наличие зуда.

Дермографизм (цвет, время появления и исчезновения).

Подкожно-жировой слой (равномерность распределения, толщина складки на уровне пупка, при необходимости в других отделах). Наличие уплотнений и отеков, их локализация и распространенность. Тургор мягких тканей. Размеры и состояние периферических лимфоузлов.

Состояние мышечной и костно-суставной систем: мышечный тонус, большой родничок, величина и форма головы, суставы. Подробно описываются все патологические симптомы, например, нарушения осанки, признаки рахита, искривление конечностей, плоскостопие и др.

Органы дыхания. Носовое дыхание (свободно или затруднено), участие в дыхании крыльев носа, вспомогательной мускулатуры. Форма и симметричность грудной клетки, участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания. Тип дыхания, глубина, ритм. Число дыханий в 1 минуту, отношение пульса к дыханию. Данные сравнительной и топографической перкуссии легких. Тип дыхания по результатам аускультации, графическое изображение фаз дыхания, дополнительные дыхательные шумы (вид, локализация, количество, постоянство). Подробно описываются патологические признаки, например, охрипший голос, одышка, симптомы хронической гипоксии.

Сердечно-сосудистая система. Осмотр области сердца. Верхушечный толчок, его локализация, площадь, сила, высота. Пульс на лучевых артериях, его характеристика (симметричность, ритм, частота за одну минуту, наполнение, напряжение, дефицит пульса). Границы относительной сердечной тупости: правая, левая, верхняя. Аускультация сердца: тоны сердца, их ритм, частота, ясность. Артериальное давление. Если есть, описываются патологические симптомы, например, расщепление тонов сердца, шум в сердце (как на пропедевтике).

Пищеварительная система. Состояние слизистой оболочки полости рта (цвет, влажность, кровоизлияния, афты); языка (налет, трещины, состояние сосочков); миндалин (гипертрофия, налеты); задней стенки глотки. Состояние зубов - молочные, постоянные, наличие кариеса. Зубная формула. Форма и величина живота, результаты поверхностной и глубокой пальпации живота (сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная кишка, печень, селезенка). Размеры печени по Курлову. Болевые точки, пузырьные симптомы. Стул и его характеристика: частота, цвет, консистенция, патологические примеси.

Мочевыделительная система. Пальпация мочеточниковых точек, почек. Симптом поколачивания по поясничной области. Частота мочеиспусканий, суточный диурез. Данные осмотра наружных половых органов. Если есть, подробно описываются патологические симптомы, например, симптомы дизурии, энурез, болезненность при мочеиспускании.

Далее, если есть, описываются признаки поражения со стороны нервной, эндокринной систем, органов чувств.

## **V. Дополнительные методы исследования**

Приводятся результаты всех обследований. Для лабораторных анализов дается оценка каждого показателя и делается заключение в целом по анализу с указанием выявленных патологических признаков.

Данные инструментальных методов исследования с оценкой их результатов, консультации специалистов.

## **VI. Клинический диагноз и его обоснование.**

Основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания (все диагнозы ставятся по классификации). Обоснование диагноза проводится отдельно для каждого заболевания (*при наличии большого количества заболеваний можно ограничиться обоснованием 2-3 заболеваний, которые входят в программу изучения детских болезней на 4 курсе*).

Схема обоснования диагноза. Диагноз \_\_\_\_\_ выставлен на основании:  
жалоб \_\_\_\_\_,  
анамнеза заболевания \_\_\_\_\_,  
анамнеза жизни \_\_\_\_\_ (факторы, способствовавшие развитию данного заболевания),  
объективных данных \_\_\_\_\_,  
дополнительных методов исследования \_\_\_\_\_.

Указать жалобы, анамнестические, объективные и дополнительные данные, которые характерны именно для данного заболевания.

## **VII. Дифференциальный диагноз**

Провести дифференциальную диагностику основного заболевания больного с 1-2 другими схожими заболеваниями. Оформить в виде таблицы или текстом, обязательно выделив признаки сходства и отличия.

## **VIII. План дальнейшего обследования больного**

Указать необходимые исследования, которые еще не были сделаны данному больному (они включают лабораторные, инструментальные методы, консультации специалистов), а также те методы, которые ранее были сделаны, но их необходимо повторить

## **IX. План лечения больного**

- Режим.
- Диета - № стола по Певзнеру, карта питания для ребенка грудного возраста.
- Медикаментозное лечение (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое). Указать разовую и суточную дозировку, путь введения, длительность курса каждого лекарственного средства, к какой группе относится по фармакологическому действию. Написать 3-5 рецептов.
- Физиотерапия, массаж, лечебная физкультура.

## **X. Этапный (выписной) эпикриз**

---

Подпись куратора \_\_\_\_\_

---

## **СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА**

*Дисциплина «Госпитальная педиатрия»*



ГБОУ ВПО Тверской государственный медицинский университет Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра педиатрии педиатрического факультета

Зав. кафедрой, профессор С.Ф. Гнусаев

Преподаватель: доцент (асс.) \_\_\_\_\_

**История болезни**

\_\_\_\_\_  
(фамилия имя ребенка)

\_\_\_\_\_  
возраст (дата рождения)

**Основной клинический диагноз (по классификации):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осложнения основного диагноза:

\_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Куратор: студент \_\_\_\_\_ группы  
педиатрического факультета

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Даты курации \_\_\_\_\_

Дата подачи истории \_\_\_\_\_

**Схема истории болезни новорожденного**

- I. Жалобы матери (если они имеются)
- II. Anamnesis vitae

История жизни и болезни новорожденного часто совпадают, поэтому история болезни может начинаться со следующей фразы: *ребенок родился от второй беременности, первых родов в сроке 38-39 недель, с массой тела 3100г., длиной 50см., окружностью головы -33см, окружностью груди -32 см.*

Далее описывается исход предыдущих беременностей, течение настоящей беременности и родов у матери.

**Пример:** первая беременность у матери ребенка закончилась искусственным прерыванием в 2010г., настоящая беременность протекала в первой половине с анемией I степени, во второй половине – угрозой прерывания и отеками, вызванными беременностью (ОВБ).

Роды самопроизвольные в головном предлежании. Течение I периода родов 9ч. 40 мин, II периода – 20 мин., безводный период составил 25 мину. В родах применялось родовозбуждение, эпизиотомия.

Необходимо указать, когда закричал ребенок и когда он был приложен к груди матери. Назвать результаты оценки по шкале АПГАР на 1-5 минуте и далее, если таковые имеются.

**Пример:** новорожденный мальчик закричал через 2 минуты после рождения, первичные реанимационные мероприятия проведены в следующем объеме: санация дыхательных путей электроотсосом, тактильная стимуляция, ИВЛ маской 2 минуты. Оценка по шкале АПГАР 6-7 -7 баллов. К груди матери ребенок был приложен на 2-е сутки).

Следует указать группу и Rh-фактор крови матери и ребенка.

### III Anamnesis morbi

Если ребенок заболел не с рождения, а в первый месяц жизни, следует назвать дату заболевания или его постнатальный возраст и чем проявилось заболевание и его динамика до момента курации.

**Пример1:** ребенок болен с рождения, когда появилась выраженная одышка.

**Пример2:** ребенок заболел с на 12 сутки жизни, появился насморк, кашель, усилилась желтушность кожных покровов и он был направлен в стационар.

### IV Status praesens

Далее история болезни новорожденного описывается в повествовательной форме.

**Оценивается общее состояние новорожденного** (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое и указываются критерии его оценки: сознание, двигательная активность, положение в постели, наличие симптомов интоксикации и декомпенсации с со стороны внутренних органов).

**Пример:** общее состояние ребенка средней тяжести: сознание ясное, двигательная активность снижена, вынужденного положения нет, выраженная желтушность кожных покровов.

**Крик ребенка** (громкий, пронзительный, слабый, «писклявый»)

**Двигательная активность** (удовлетворительная, повышена, снижена, отсутствует). Эмоции (отрицательные в виде крика при осмотре, слабая гримаса при осмотре, отсутствуют).

**Поза ребенка** ( у доношенного ребенка поза флексорная, у недоношенного – разгибательная, у ребенка, рожденного в тазовом предлежании в первые сутки поза с запрокидыванием ножек на туловище).

**Телосложение ребенка** (правильное или описать, имеющиеся внешние пороки развития).

**Костная система.** Оценку состояния костной системы проводят сверху вниз. Вначале описывается голова ребенка, затем – ключицы, грудная клетка и конечности. Мозговой череп преобладает над лицевым. Голова располагается по средней линии, отклонения головы в сторону встречается при кривошее или спинальной травме. Форма головы ребенка зависит от вида его предлежания и способа родоразрешения. У детей, рожденных при кесаревом сечении, голова округлой формы, в головном предлежании – долихоцефалическая, при родах в тазовом предлежании – брахицефалическая. Швы между костями черепа могут быть сомкнуты, раскрыты, кости могут заходить друг на друга. Кости черепа у доношенного ребенка при пальпации плотные, у недоношенного – мягкие. Встречается истончение костей свода черепа (чаще теменных), при надавливании образуется вмятина, которая быстро самостоятельно выправляется – симптом «фетровой шляпы». Большой родничок ромбовидной формы и располагается у детей между теменными и лобной костью (лобная кость несколько расходится). Размеры большого родничка могут варьировать от 0,5×0,5 см. до 3×3 см. Родничок не напряжен, вровень с костным краем и слегка пульсирует при плаче. Малый родничок открыт у некоторых доношенных новорожденных и у всех недоношенных. Он расположен между теменными костями и затылочной костью, треугольной формы размером 0,5×0,5 см.

Грудная клетка расширена книзу, мечевидный отросток может быть отклонен кнаружи. При пальпации определяется целостность ключиц. Для этого надо провести указательными пальцами исследователя от грудинного сочленения ключицы к акромиальному. При этом можно определить крепитацию костных отломков или формирующуюся костную мозоль при переломе ключицы.

Необходимо проверить объем пассивных движений в суставах, который может быть несколько ограниченным за счет гипертонуса мышц сгибателей. Исследование разведения в тазобедренных суставах проводится следующим образом: исследователь четыре пальца рук располагает на проекцию головок сустава, а большой палец – на внутреннюю поверхность бедер, затем приводит ноги к животу и разводит их в тазобедренных суставах. При ограничении отведения бедер в стороны или при ощущении соскальзывания, появления «щелчка» следует заподозрить врожденный вывих бедра или тазобедренную дисплазию.

Встречается патологическое положение стоп: варусное (отклонении стопы от оси в медиальном направлении), вальгусное (отклонении стопы от оси в латеральном направлении), пяточное – избыточное тыльное сгибание стопы.

*Пример:* голова новорожденного округлой формы, большой родничок 2×2 см. на уровне костного края, сагиттальный шов открыт до 0,3 см (или швы сомкнуты), малый родничок закрыт. Ключицы целы (определяется крепитация костных отломков слева, костная мозолью). Грудная клетка цилиндрической формы. Разведение бедер в тазобедренных суставах полное. Стопы имеют вальгусное положение.

**Кожа новорожденного.** Кожные покровы у только что родившегося ребенка имеют бледно-цианотичный цвет. Через несколько минут на фоне адекватного дыхания кожа становится ярко розового цвета. Акроцианоз и легкий непостоянный носогубный цианоз могут проявляться у здоровых детей при нарушении температурного режима. Кожа на ощупь нежная бархатистая, теплая, эластичная. У доношенных детей на коже плечиков и спины могут присутствовать пушковые волосы – lanugo. Ногти мягкие, выполняют ногтевое ложе, у недоношенных детей ногтевые пластинки на ногах могут не доходить до края ногтевого ложа. У детей, рожденных раньше срока, пушковые волосы могут покрывать всю поверхность тела и лица. У переносимых детей lanugo отсутствует, кисти и стопы с мацерацией утолщенного эпидермиса (банные стопы и ладони или «руки прачки»). После физиологической эритемы на коже появляется шелушение: у недоношенных детей оно имеет характер отрубевидного, у доношенных – пластинчатое, особенно выражено шелушение у переносимых новорожденных.

При описании кожи следует обратить внимание на наличие врожденных пятен, видимых сосудов, выраженность околососковых кружков.

*Пример:* кожные покровы розовые, чистые (ярко красные, желтушные на розовом фоне, розовые с выраженным акроцианозом). В области затылка и в лобной области имеются телеангиоэктазии розового цвета. На лице визуализируется петехиальная сыпь).

**Пуповинный остаток, пупочная рана.** У ребенка сразу после рождения пуповинный остаток влажный и находится в скобке. После его первичной обработки он подсыхает и мумифицируется. Обычно у здоровых доношенных детей пуповинный остаток отпадает на 3-4 сутки и образуется пупочная рана. Пупочная рана эпителизируется ко второй неделе жизни ребенка. В физиологических условиях пупочная рана находится под геморрагической корочкой, края ее тонкие без инфильтрата в основании и гиперемии. Пальпация пупочных сосудов проводится под кожей живота: вена располагается сверху от пупочного кольца по средней линии, две артерии – книзу и в стороны от пупка. При отсутствии признаков воспаления пупочные сосуды не пальпируются. Состояние пуповинного остатка до 3-4х суток жизни (после отпадения пуповинного остатка описывается пупочная рана).

*Пример:* пуповинный остаток влажный в скобке (в стадии мумификации). Пупочная рана под геморрагической корочкой без признаков воспаления вокруг (рана широкая с остатками пуповинной ткани с инфильтрацией пупочного кольца).

Оценка неврологического статуса включает описание мышечного тонуса в конечностях и характер безусловных рефлексов новорожденного.

**Мышечный тонус.** Оценивается при пассивном сгибании и разгибании ног и рук ребенка. У здорового новорожденного тонус повышен в мышцах сгибателей конечностей. У недоношенных детей мышечный тонус в конечностях снижен и дети находятся в экстензорной (разгибательной) позе: ручки вытянуты вдоль туловища, ноги разогнуты в коленных и тазобедренных суставах. Мышечный тонус в одной из конечностей может быть снижен при акушерских параличах, переломе ключицы, при поражении ЦНС. При родовой травме позвоночника и спинного мозга в шейном отделе отмечается снижение мышечного тонуса в руках по сравнению с тонусом ног ребенка. О дистоническом характере мышечного тонуса говорят, когда он может быть снижен в дистальных ее отделах, но повышен в проксимальных и/или наоборот.

**Врожденные безусловные рефлексы.** Исследование рефлексов проводят у ребенка в состоянии бодрствования на жесткой поверхности (пеленальный стол). Оценивается наличие и степень выраженности врожденных рефлексов.

**Рефлекс Бабкина (ладонно-ротовой).** При надавливании на теноры больших пальцев рук ребенок открывает рот и сгибает голову.

**Рефлекс хватательный.** Ребенок охватывает ладонью и прочно удерживает указательный палец исследователя.

**Рефлекс Робинсона.** Ребенок крепко охватывает указательный палец исследователя, что позволяет приподнять его над поверхностью стола (рис.)

**Рефлекс Бауэра (ползания).** В положении лежа на животе при создании опоры рукой исследователя ребенок начинает ползти.

**Рефлекс опоры.** При поддержке за подмышки ребенок сгибает ноги в тазобедренных и коленных суставах и, упираясь ногами в пеленальный стол, выпрямляет их.

**Рефлекс автоматической ходьбы.** При поддержке ребенка за подмышки и небольшом наклоне вперед ребенок делает шагающие движения (возможен перекрест конечностей).

**Рефлекс защиты.** В положении лежа на животе ребенок поворачивает головку на бок.

**Рефлекс Моро.** При подъеме ребенка над столом (20 см.) он отводит руки в стороны, разгибая пальцы, а затем охватывает себя. Можно вызвать данный рефлекс, производя удар руками по поверхности, на которой лежит ребенок на расстоянии 20 см. по обеим сторонам от него.

**Рефлекс Бабинского.** При штриховом раздражении пальцем исследователя подошвы по наружному краю стопы от пятки, ребенок разгибает большой палец и сгибает остальные, часто они веерообразно расходятся.

**Сосательный рефлекс.** Сосательные движения соски.

**Поисковый рефлекс.** Поглаживание кожи в области угла рта приводит к опусканию нижней губы, отклонению языка и повороту головы в сторону раздражителя.

**Хоботковый рефлекс.** При постукивании пальцем исследователя по губам ребенка происходит вытягивание губ из-за сокращения круговой мышцы рта.

**Рефлекс Переса.** В положении ребенка лежа на животе, проводят пальцем остистым отросткам позвоночника от копчика к шее, что вызывает крик, прогибание туловища, иногда мочеиспускание.

**Рефлекс Аршавского.** Потирание пальцами исследователя пяток у ребенка вызывает крик.

**Дыхательная система.** Подсчитывается частота дыхательных движений ребенка во сне. У здоровых доношенных новорожденных она составляет 40-55 дыханий в минуту. Новорожденный ребенок дышит носом. При осмотре оценивается ритмичность, глубина дыхания, симметричность движений грудной клетки, наличие одышки, цианоза, патологические дыхательные шумы. Обращается внимание на кислородную зависимость у ребенка. Перкутируют ребенка методом непосредственной пальпаторной перкуссии, при этом ориентируются не на звук, а на тактильные ощущения. Заднюю поверхность легких перкутируют, положив ребенка на ладонь исследователя. Аускультацию следует проводить стетоскопом, предназначенным для новорожденных детей. Дыхание у здоровых новорожденных детей имеет характер ослабленного везикулярного, что связано с поверхностным дыханием.

**Сердечно-сосудистая система.** Подсчитывают ЧСС до начала осмотра ребенка во время сна за 15-30 секунд. ЧСС в покое составляет 120-140 в минуту. Осмотр области сердца и сосудов, определение границ относительной сердечной тупости, аускультацию сердца проводят в той же последовательности, что и у старших детей. Тоны сердца у здорового ребенка – ясные, звучные, чистые. В первые 2-3 суток на верхушке и в точке Боткина-Эрба 2-й тон громче 1-го. Наличие систолического шума в первые часы жизни не всегда говорит о врожденном пороке сердца, а может быть обусловлено функционированием овального окна или артериального протока. Систолический шум при пороке сердца часто появляется на 3-5 сутки жизни и имеет тенденцию к нарастанию, иррадиирует в аксиллярную область, иногда и на спину.

**Пищеварительная система.** При первом осмотре ребенка необходимо отметить наличие анального отверстия и отхождение мекония. Живот у новорожденного ребенка округлой формы, активно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень всегда выступает из-под реберной дуги на 2 см. по среднеключичной линии. Иногда можно пальпировать селезенку у края левой реберной дуги. Аускультацию живота проводят для определения перистальтики кишечника. Описать характер стула.

*Пример:* анус сформирован. Живот не вздут, при пальпации мягкий, печень определяется +2 см., ниже реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул осмотрен – меконий.

**Мочеполовая система.** Почки у здоровых новорожденных доступны только при глубокой пальпации. Чаще почки можно пальпировать у глубоконедоношенных детей со слабо выраженным подкожным жировым слоем. Необходимо оценить развитие половых органов по мужскому или женскому типу. У доношенных мальчиков яички опущены в мошонку. При наличии нужно отметить водянку яичка. Головка полового члена скрыта под крайней плотью и не выводится. В некоторых случаях головка полового члена не прикрыта крайней плотью из-за недоразвития последней (вариант нормы). У доношенных девочек большие половые губы прикрывают малые, у недоношенных – половая щель зияет.

*Пример:* почки не пальпируются, наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички опущены в мошонку, определяется небольшая водянка правого яичка. Мочеиспускание свободное.

**Зрелость ребенка** оценивается по таблицам (Баллард или Дубовица) в баллах и делается заключением о соответствии истинного гестационного возраста ребенка сроку беременности.

*Пример:* по таблице Баллард зрелость ребенка – 28 баллов, что не отстает от срока беременности на 2 недели, ребенок незрелый.

Приводятся результаты лабораторных и инструментальных исследований, которые помогают в обосновании диагноза ребенка.

## V. Клинический диагноз и его обоснование.

Основной диагноз (по классификации) \_\_\_\_\_

Осложнения основного диагноза \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

*Пример:*

**Основной диагноз:** церебральная ишемия II степени, синдром угнетения

**Осложнения:** - нет

**Сопутствующие заболевания:** физиологическая желтуха новорожденных, недоношенность (36 недель)

**VI. Дифференциальный диагноз** основного заболевания. Указываются два заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.

Далее проводится **обоснование основного диагноза, его осложнений** на основании данных анамнеза, объективного исследования, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

## VII. Лечение

- совместное пребывание с мамой, отдельно в детском отделении;
- способы кислородотерапии, согревания ребенка;
- вскармливание (свободное прикладывание к груди); сцеженное грудное молоко, название смеси; кратность кормления; объем одного кормления;

- обработка кожных покровов, пуповинного остатка (ранки); слизистых оболочек;
- назначение лекарственных препаратов в/в; в/м; внутрь, наружно

### **VIII. Выписной (этапный) эпикриз**

Подпись куратора \_\_\_\_\_

#### **Критерии оценки при защите учебной истории болезни**

Оценка «**Отлично**» - студент владеет подробной информацией о пациенте, подготовил выступление, презентацию, правильно отвечает на вопросы слушателей. Речь грамотная, литературная. Диагноз выставлен с учетом современной классификации. Проведено логическое обоснование диагноза, дифференциальная диагностика, больному назначено полное лечение и необходимое обследование.

Оценка «**Хорошо**» - студент в основном владеет информацией о пациенте, подготовил выступление, презентацию, правильно отвечает на большинство вопросов слушателей. Речь достаточно грамотная, литературная. Диагноз выставлен с учетом современной классификации. Проведена дифференциальная диагностика. Допущены незначительные ошибки при назначении обследования и лечения, не принципиального характера.

Оценка «**Удовлетворительно**» - студент не полностью владеет информацией о пациенте, собрал неполный анамнез, подготовил выступление, отвечает на вопросы слушателей с ошибками, допускает небрежность, много неточностей. Основной диагноз выставлен, но не соблюдается классификация, не указана сопутствующая патология, не проведена дифференциальная диагностика. Принципы лечения выдержаны, но не конкретно к данному больному ребенку или подростку.

Оценка «**Неудовлетворительно**» - студент не владеет основной информацией о пациенте, не подготовил выступление, не отвечает на вопросы слушателей. Много замечаний принципиального характера по диагностике и лечению.

**VI. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине**  
представлены в Приложении № 3

#### **VII. Научно-исследовательская работа студента**

Научно-исследовательская работа студентов представлена: изучением специальной литературы и другой научно-технической информации о достижениях современной отечественной и зарубежной науки и техники с оформлением реферативного обзора и представлении его в учебных группах; проведением научных исследований: осуществление сбора, обработки, анализа и систематизации научно-технической информации по теме (заданию) с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и других городах России; публикацией в сборниках студенческих работ; кафедральных изданиях и Верхневолжском медицинском журнале.

**VIII. Протоколы согласования рабочей программы дисциплины с другими кафедрами**

**IX. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины**  
представлены в Приложении № 4

## Справка

о материально-техническом обеспечении программы дисциплины

**Госпитальная педиатрия**

(название дисциплины, практики)

направление подготовки (специальность)

Педиатрия (31.05.02),форма обучения **очная**

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практики в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	<b>Кафедра педиатрии педиатрического факультета Госпитальная педиатрия</b>	<i>ДГКБ №1 Учебная комната №1</i>	<i>Письменный стол преподавателя; учебные столы; стулья; шкафы; магнитно-маркерная доска; информационный стенд; ноутбук с выходом в Интернет; проектор Epson; МФУ Samsung; телевизор Орион; видеомагнитофон; фонендоскопы; тонометры; тренажер новорожденного; куклы по педиатрии (3); манекен-тренажер «Беби Энн» для СЛР 4 в упаковке; имитатор пациента ALS baby 200 с симулятором сердечных ритмов; манекен-голова новорожденного; модель руки годовалого ребенка; манекен ягодич (2); накладка на руку (4); наглядные пособия.</i>	
		<i>ДОКБ Учебная комната №2</i>	<i>Компьютерный стол; компьютер с выходом в Интернет; учебные столы; стулья; шкафы; наглядные пособия.</i>	
		<i>ДГКБ №1 Учебная комната №3</i>	<i>Письменный стол преподавателя; компьютерный стол; учебные столы; шкафы; стулья; стул лабораторный; кушетка; весы детские электронные; ростомер; Оверхед-проектор; Магнитно-</i>	



			<i>маркерная доска; компьютер с выходом в Интернет; принтер; наглядные пособия.</i>	
		<i>ДГКБ №1 Учебная комната №3А, (кабинет для занятий с ординаторами и аспирантами)</i>	<i>Письменный стол преподавателя; стулья; шкафы; наглядные пособия.</i>	
		<i>ДГКБ №1 Учебная комната №4</i>	<i>Письменный стол преподавателя; учебный стол; стулья (15); наглядные пособия.</i>	
		<i>ДГКБ №2 Учебная комната №5</i>	<i>Письменный стол преподавателя; учебные столы; стулья; тумбочка; шкафы; наглядные пособия.</i>	
		<i>ДГКБ №3 Учебная комната №6</i>	<i>Письменный стол преподавателя; учебные столы; стулья; шкафы; магнитно-маркерная доска; ин- формационные стенды; наглядные пособия.</i>	
		<i>ОКПЦ № 3049</i>	<i>Письменный стол преподавателя; компьютерный стол; учебные столы; стулья; шкафы; кушетка; наглядные пособия; компьютер; принтер; элек- трокардиограф; Аппаратно-программный комплекс для суточного мониторинга ЭКГ и АД; аппарат УЗИ диагностический</i>	

\*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

**Лист регистрации изменений и дополнений на \_\_\_\_\_ учебный год  
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

(название дисциплины, модуля, практики)

для студентов \_\_\_\_\_ курса,

специальность (направление подготовки): \_\_\_\_\_

*(название специальности, направления подготовки)*

форма обучения: очная/заочная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на  
заседании кафедры « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. (протокол № \_\_\_\_\_ )

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_ (ФИО)

*подпись*

**Содержание изменений и дополнений**

№ п/п	Раздел, пункт, номер страницы, абзац	Старый текст	Новый текст	Комментарий
<i>Примеры:</i>				
1	<i>Раздел V, п 2., стр.38, абз. 3-5</i>	<i>Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль): «зачтено» – если правильный ответ дан на 70% вопросов и более, «не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 70% вопросов.</i>	<i>Критерии оценки второго этапа экзамена (тестовый контроль): «зачтено» – если правильный ответ дан на 60 % вопросов и более, «не зачтено» – если правильный ответ дан менее, чем на 60 % вопросов.</i>	<i>Изменены критерии оценки второго этапа экзамена</i>
2	<i>Раздел VI, п а), стр. 42</i>	<i>Основная литература: 1. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст]: учебник, 5-е изд. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. – М.: Медицина, 2005. – 591 с.</i>	<i>Основная литература: 1. Маколкин, В. И. Внутренние болезни [Текст]: учебник, 6-е изд. / В. И. Маколкин, С. И. Овчаренко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 768 с.</i>	<i>Обновлена основная литература</i>
3	<i>Раздел VI, п в), стр. 43</i>	-	<i>Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:</i>	<i>Добавлен Интернет-ресурс.</i>

			1. <a href="http://www.studmedlib.ru">www.studmedlib.ru</a> - Консультант студента. Электронная библиотека.	
--	--	--	--	--

*В случае внесения изменений в пункт 2 раздела III Рабочей программы – Учебно-тематический план следует в качестве приложения к Листу регистрации изменений и дополнений в рабочую программу дисциплины (модуля) представить измененный Учебно-тематический план (в академических часах) и матрицу компетенций (таблицу) с пояснениями.*

*Примерные варианты пояснений:*

- 1. Перераспределены часы между следующими разделами (перечислить).*
- 2. Увеличены часы аудиторной работы по следующим темам (перечислить).*
- 3. Вынесены на самостоятельное изучение следующие темы (перечислить).*
- 4. Исключена лекция по теме (название) и введена лекция по теме (название).*

*При этом не допускается произвольное изменение часовой нагрузки, нарушение соотношения между различными видами учебной работы, введение не предусмотренных учебным планом специальности/направления подготовки зачётов и экзаменов.*