

## Программа практик

Основная профессиональная образовательная программа ординатуры по направлению подготовки «ПЕДИАТРИЯ» предусматривает прохождение обучающимися производственной практикой включающую базовую и вариативную часть.

В соответствии с ФГОС по направлению подготовки «ПЕДИАТРИЯ» Блок 2 основной профессиональной образовательной программы бакалавриата «Практики» является обязательным и представляет собой вид учебных занятий, непосредственно ориентированных на профессионально-практическую подготовку обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые обучающимися в результате освоения теоретических курсов, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций обучающихся.

Производственная практики проводятся на клинических базах Университета.

Вариативная часть практики включает в себя практику по получению профессиональных умений и навыков. Производственная практика включает в себя практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности.

Все виды практик реализуются на основе договоров, заключенных между Университетом и предприятиями, организациями и учреждениями, в соответствии с которыми организации предоставляют места для прохождения обучающимися практик.

Рабочие программы практик содержат следующие разделы:

1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)
2. Цели и задачи практики.
3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы
4. Базы практики.
5. Содержание практики.
6. Обязанности руководителя практики от Университета.
7. Обязанности обучающихся на практике.
8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.
9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике.
10. Учебная литература и ресурсы сети «Интернет», необходимые для проведения практики
11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

## 12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики

### СТАЦИОНАРНАЯ ПРАКТИКА

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Практика «Стационарная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры		
		1	2	3
Сроки проведения практики:	22 недели	2 нед	14 нед	6 нед
Вид промежуточной аттестации	Зачет (оценка)	–	–	+
Общая трудоемкость	1188	108	756	324
часы	33	3	21	9
зачетные единицы				

### 2. Цели и задачи практики

**Цель** практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

**Задачи** практики:

1. Овладение общемедицинскими компетенциями применительно к врачу общей практики, а также к основам фундаментальных дисциплин.
2. Овладение методами клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных в условиях стационара.

3. Умение оформлять медицинскую документацию.
4. Владение техническими средствами используемыми в общей врачебной практике и умение работать с различной аппаратурой, применяемой при оказании помощи по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)».
5. Владение методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения в условиях стационара.
6. Выполнение общих методов обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), функциональных методов исследования .
7. Знать основы фармакотерапии терапевтических больных, механизм действия основных групп лекарственных средств, осложнения, вызвавшие применения лекарств.
8. Овладеть навыками экстренной диагностики, сортировки, оказания первичной врачебной помощи.
9. Уметь оказывать экстренную помощи при неотложных состояниях: острая дыхательная, недостаточность, гипоксическая кома, астматический статус при бронхиальной астме, шоке (токсический, травматический, геморрагический, анафилактический), острой печёночной недостаточности, острой токсической почке, почечной колике, ожогах, отморожениях, поражениях электрическим током, молнией, тепловом и солнечном ударе, утоплениях; острых отравлениях.
10. Умение снять и расшифровать электрокардиограмму; определить группы крови, произвести переливание крови; пункцию плевральной полости,
11. Уметь самостоятельно проводить обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов при наиболее распространенных заболеваниях терапевтического профиля
12. Составлять план лабораторного, инструментального обследования; интерпретировать результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования.

### **3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и

нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской педиатрической помощи (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в  
медицинской

реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на базах кафедры педиатрии с курсом последипломного

образования ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова: СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 Филатова" – ул. Бухарестская, 134., СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30» Приморского района – ул. Королева, д. 3/2, СПб ГБУЗ "Детская городская поликлиника N44" - ул. Мытнинская, д. 25

## 5.Содержание практики

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность цикла	Формируемые профессиональные компетенции
<b>Первый год обучения (семестр №2)</b>				
<b>Стационар (П.О.01)</b>				
1.	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование при выполнении медицинских манипуляций под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 Филатова"	108 3 ЗЕ	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3
<b>Второй год обучения (семестр №3)</b>				
	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и	СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 Филатова"	756 14 ЗЕ	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
	лечебных мероприятиях, ассистирование при выполнении медицинских манипуляций под руководством преподавателей, дежурство в отделении.			
<b>Второй год обучения (семестр №4)</b>				
	Курация больных, участие в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях, ассистирование при выполнении медицинских манипуляций под руководством преподавателей, дежурство в отделении.	СПб ГБУЗ "Детская городская клиническая больница №5 Филатова"	324 9 ЗЕ	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 УК-1 УК-2 УК-3

План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа в клинике в качестве ассистента врача.
3. Дежурства в клинике в качестве ассистента дежурного врача.
4. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных

вопросов с куратором.

5. Ассистенция и выполнение врачебных манипуляций под руководством сотрудников кафедры.

6. Ведение медицинской документации.

✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. Основная задача практики - получение врачами глубоких практических знаний и навыков по специальности в условиях будущей работы. Особенно это важно для будущих врачей общей практики.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить наружный массаж сердца;
- проводить искусственное дыхание методом «рот в рот»;
- уметь проводить восстановление проходимости дыхательных путей;
- самостоятельно проводить подкожные, внутривенные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой (антропометрический набор, аппарат для измерения артериального давления, аппарат Боброва, аппаратура для ингаляций, системы для инфузионной терапии и тд).;
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;

- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор получает и углубляет знания по организации стационарной больничной помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю «общая врачебная практика (семейная медицина)», вопросам медицинской экспертизы, приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их);

Оказывает помощь при неотложных состояниях:

1. Остановка сердца.
2. Остановка дыхания.
3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
5. Острая надпочечниковая недостаточность.
6. Острая почечная недостаточность, анурия.
7. Острая печёночная недостаточность.
8. Острая дыхательная недостаточность.
9. Анафилактический шок.
10. Отёк Квинке.
11. Токсико-аллергический дерматит.
12. Крапивница.
13. Кома гипо- и гипергликемическая.
14. Кома анемическая.
15. Кома печёночная.
16. Кома мозговая, неясной этиологии.
17. Гипертермия, перегревание.
18. Обморожение, замерзание.
19. Нарушения ритма сердца.
21. Острая бронхиальная обструкция.
22. Острая обструкция верхних дыхательных путей.
23. Отёк легких.
24. Гидроторакс.
27. Нарушения сознания.



28. Острые отравления.
29. Синдром дегидратации.
30. Ацетонемическая рвота.
32. Судороги.
33. Электротравма.
34. Ожоги (термические, химические).
36. Укусы насекомых., змей, животных.
39. Наружные кровотечения.
40. Внутренние кровотечения.

## **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

## **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;
- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

## **8. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

К участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются ординаторы:

- успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;

- имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах)

профессиональной деятельности – прохождение практики возможно только после завершения симуляционного цикла с получением зачета;

- прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 октября 2011 г., регистрационный № 22111) с изменениями, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 296н "О внесении изменения в приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2013 г., регистрационный № 28970).

7. Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляют:

- работники Университета, назначенные из числа педагогических работников, которые несут ответственность за проведение практической подготовки обучающихся;

- работники, замещающие штатные должности в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, и назначенные руководителем соответствующей организации ответственными за организацию и проведение практической подготовки обучающихся.

8. Лица, указанные в пункте 2:

- обеспечивают контроль за выполнением ординаторами определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью;

- оказывают методическую помощь ординаторам при выполнении определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

9. Участие ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляется при согласии пациентов или их законных представителей и соблюдении медицинской этики.

10. Обязанности по обеспечению безопасных условий труда ординаторов, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности, возлагаются на руководителя организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

11. Формы текущего контроля и промежуточной аттестации.

*Текущий контроль* прохождения практики производится руководителем практики в следующих формах:

- фиксация посещений – заполняется ведомость посещения занятий;
- контроль выполнения программы практики

*Промежуточная аттестация* по окончании практики производится в виде зачета с оценкой (см. п.9.1)

### Дневник практики

**I (II, III, IV) квартал каждого года обучения**

\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ месяц

Раздел индивидуального плана \_\_\_\_\_  
отделения \_\_\_\_\_

№ пп	1. Курация больных (диагнозы заболеваний)	Число больных за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

--	--	--	--	--	--	--	--

№ пп	2.Диагностическ е и лечебные мероприятия	Количество за каждый месяц					Подпись заведующего отделением
		I	II	III	IV	Всего	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Изученная медицинская литература:

---



---



---

## 9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

**9.1. Аттестация по практикам** – зачет с оценкой - как часть экзамена (итоговой аттестации) – до 5 баллов (средний за все виды аттестаций по практикам)

*1 часть* - Оценка выполнения учебного плана по представленному отчету ординатора (аттестационный лист, дневник), в том числе - практических навыков. Оценка практических умений – зачет (проводится в течение учебного года по уровню освоения практических умений, в том числе в симуляционном классе - см. приложение «Перечень практических умений врача-педиатра»).

Уровень освоения умений:

1 – иметь представление, знать показания к проведению

2 – знать, принять участие, оценить

3 - выполнять самостоятельно

Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет» (5 баллов) - «незачет» (0 баллов) с учетом уровня освоения

2 часть – Решение ситуационных задач (аттестационное испытание с использованием ситуационных задач – до 5 баллов

Оценка складывается как среднее арифметическое 1 и 2 части.

№ п/п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
1	<i>Зачет с оценкой</i>	1-я часть зачета: Оценка выполнения учебного плана по представленному отчету ординатора (аттестационный лист, дневник), в том числе - практических навыков.	Отчет ординатора	Проводится в течение учебного года по уровню освоения практических умений, в том числе в симуляционном классе - см. приложение «Перечень практических умений врача-педиатра». Уровень освоения умений: 1 – иметь представление, знать показания к проведению 2 – знать, принять участие, оценить 3 - выполнять самостоятельно Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет» (5 баллов) - «незачет» (0 баллов) с учетом уровня освоения

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
		2-я часть зачета: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно)	Практико-ориентированные задания – решение ситуационных задач	<p><i>Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачета:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);</li> <li>– умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;</li> <li>– логичность, последовательность изложения ответа;</li> <li>– наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;</li> <li>– аргументированность, доказательность</li> </ul>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				<p>излагаемого материала.</p> <p><i>5 (отлично)</i> – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей; полный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное описание необходимых манипуляций и оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p><i>4 (хорошо)</i> – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный</p>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				<p>выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное описание необходимых манипуляций и оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p><i>3 (удовлетворительно)</i> – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, в том числе на вопрос к иллюстративному материалу, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное, последовательное, но неуверенное описание необходимых манипуляций и</p>



№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				<p>оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p>2 <i>(неудовлетворительно)</i> – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на вопрос к иллюстративному материалу; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное описание практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.</p>

**9.2. Типовые контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

Задача 1.

Больной З., 4 лет, заболел 4 дня назад. Температура 38-38,5°, рвота, жидкий, пенистый, обильный, зловонный стул буро-зелёного цвета с примесью слизи, до 5 раз в сутки. К врачу не обращались. При осмотре бледен, вял, жалуется на головную боль, отказывается от еды и питья. Кожа сухая с цианотичным оттенком. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен беловато-желтым налётом, живот умеренно вздут, пальпаторно – болезненность вокруг пупка. Печень – на 3-4 см, селезёнка – на 2 см выступают из-под рёберной дуги. Температура 39-40°, на туловище единичные розеолезные элементы.

1. Какое заболевание возможно в данном случае?
2. В какой форме? Обоснуйте ответ.

### Задача 2.

Лена И., 6 месяцев. Заболела 23 июня. Повысилась температура до 37,3° С, стала беспокойной, снизился аппетит, появился жидкий стул с примесью слизи 5-7 раз в сутки. К врачу не обращались, мать лечила сама – давала отвар черники, фталазол, но состояние не улучшилось. Через 2 дня присоединилась повторная рвота, стул стал более частым (до 12-15 раз) жидким, с примесью слизи, девочка отказалась от груди. Обратились к врачу, который дал направление в больницу. Мать от госпитализации отказалась. На 4 день заболевания состояние ещё более ухудшилось и девочка была госпитализирована. При поступлении состояние крайне тяжёлое, девочка вялая, на окружающих почти не реагирует. Частая рвота, жидкий стул небольшими порциями, со слизью, без счёта. Черты лица заострившиеся, большой родничок запавший. Кожа бледная, собирается в плохо расправляемые складки, тургор снижен. Слизистая рта яркая, суховатая. Резко выражена жажда. Тоны сердца глухие. 180 в 1 мин. Отмечается одышка – 60 в 1 мин. Хрипов в лёгких не слышно. Живот вздут, мягкий. Печень 2 см., селезёнка не определяется. Анус податлив, раздражён, ягодицы покрасневшие. За последние 2 дня девочка потеряла в весе 600 г.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Фаза токсикоза, степень и тип эксикоза.
3. Наметьте план лечения.
4. Какие заболевания дифференцировать.
5. Наиболее вероятная этиология. Почему?

### Задача 3.

Девочка Г, 6 лет. Участковый врач посетил на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык “географический”, заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

**Общий анализ крови:** Нв – 118 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк –  $5,8 \times 10^9/л$ , п/я – 1%, с – 48%, э – 14%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (++++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
6. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
7. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
8. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
9. Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
10. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
11. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

#### Задача 4

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появился сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое

облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3 лет.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюктива гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Общий анализ крови:** Нв – 112 г/л, Эр –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 34%, э – 12%, л – 50%, м – 1%, СОЭ – 5 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (++++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
6. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
7. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
8. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
9. Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
10. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
11. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

#### Задача 5

Девочка Р, 6 лет. Участковый врач посетил на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной

помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык “географический”, заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

**Общий анализ крови:** Нв – 118 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 48%, э – 14%, л – 29%, м – 8%, СОЭ - 3 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
6. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
7. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
8. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
9. Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
10. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
11. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

#### Задача 6

Больной М., 14 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать – как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

**Общий анализ крови:** Hb – 110 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $15,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 44%, э – 2%, л – 47%, м – 3%, СОЭ – 46 мм/час.

**Общий анализ мочи:** удельный вес – 1014, белок – 0,06%, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 11%, альфа<sub>2</sub> – 10%, бета – 5%, гамма – 26%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л.

**Рентгенологически** определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
5. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
6. Составьте план лечения больного.
7. Какова патоморфологическая основа процесса?
8. Почему отмечается утренняя скованность?
9. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
10. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии?
11. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
12. Что определяет жизненный прогноз? Какие клинические синдромы?

## Задача 7

Больная С., 7 лет, поступает в стационар планово повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

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

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстаёт в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2x2 см) и кубитальных (1,5x1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной

температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.

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

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

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 5%, альфа<sub>2</sub> – 12%, бета – 5%, гамма – 30%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л.

1. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования.
3. Какие еще обследования следует провести больной?
4. Консультации, каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
6. Каковы принципы терапии данного заболевания?
7. Объясните изменения в анализе мочи.
8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
9. Как объяснить частоту поражения глаз при данной патологии?
10. Назовите варианты поражения глаз при этом заболевании.
11. Какие клинические синдромы определяют жизненный прогноз?
12. Почему отмечается утренняя скованность?

## Задача 8

Мальчик И., 14 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В

легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

**Общий анализ крови:** Нб – 100 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб –  $90 \times 10^9$ /л, Лейк –  $1,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 62%, э – 2%, л – 31%, м – 3%, СОЭ – 50 мм/час.

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

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 5%, альфа<sub>2</sub> – 12%, бета – 5%, гамма – 32%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л.

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

**Клиренс по креатинину** – 80 мл/мин.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
4. Как называются кожные изменения на лице, и к каким критериям относятся эти изменения?
5. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?
6. Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
8. Назовите принципы лечения данного заболевания.
9. Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания?
10. Что является патоморфологической основой заболевания.
11. Почему отмечается анемический синдром и снижение числа лейкоцитов?
12. Каков характер патоморфологических изменений в почках?

## Задача 9

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

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

При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии,



верхняя – II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС – 140 уд/мин, ЧД – 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

**Общий анализ крови:** гематокрит – 49% (норма – 31-47%), Hb – 170 г/л, Эр –  $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк –  $6,1 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с – 26%, э – 1%, л – 64%, м – 6%; СОЭ – 2 мм/час.

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

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

**Кислотно – основное состояние крови:**  $pO_2$  – 62 мм Т.ст. (норма – 80 - 100),  $pCO_2$  – 50 мм Т. Ст. (норма – 36-40), pH – 7,29, BE – 8,5 ммоль/д (норма –  $\pm 2,3$ ).

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова анатомия данного порока?
3. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Чем объяснить наличие тахикардии и одышки?
5. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?

## Задача 10

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

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

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

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно - розовые. Частота дыхания 44 в 1

минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см<sup>2</sup>, перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень + 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка + 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Общий анализ крови:** Нв - 110 г/л, Эр -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $5,0 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%; СОЭ - 10 мм/час.

**ЭКГ:** низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет  $-5^{\circ}$ . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, а VL, V5, V6 отведениях,  $RV5 < RV6$ .

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

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

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз
5. Составьте план лечения данного ребенка.

## Задача 11

Больной П., 13 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10-20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 - 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождался рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

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

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

**Общий анализ крови:** Нб - 110 г/л, Эр -  $3,0 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $7,8 \times 10^9/л$ ; п/я - 4%, с - 68%, э - 1%, л - 25%, м - 2%; СОЭ - 7 мм/час.

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

**Биохимический анализ крови:** СРБ - +, АСЛ - О - 1:625, АСГ - 1:300, ГЛЮКОЗА - 3,5 ммоль/л, АЛТ - 40, АСТ - 35.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.
3. Консультация каких специалистов необходима данному больному?
4. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?

## Задача 12

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

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес., в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в то же время отмечался жидкий стул, температура -  $37,2 - 37,5^{\circ}C$  в течение 2 дней.

С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: Нб - 100 г/л, лейкоциты -  $6,4 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с - 43%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 3%; СОЭ - 11 мм рт. ст. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до + 7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голеньях отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

**Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Лейк -  $6,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час.

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

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Назначьте лечение данному ребенку.
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Какие вирусы тропно к миокарду?

### Задача 13

Больной З., 14 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV - V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV - V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II - III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

**Общий анализ крови:** Нв - 115 г/л, Эр -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $10,0 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%; СОЭ - 35 мм/час.

**Общий анализ мочи:** удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного ребенка.
5. Почему снижено диастолическое давление?

#### Задача 14

Ребенок Николай В. дошкольного возраста (4 года) с неотягощенной наследственностью, от матери с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, физиологическим течением беременности, от срочных неосложненных родов. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. В раннем возрасте имелись проявления экссудативного диатеза. Ребенок часто болеющий (ОРВИ более 3-4 раз в год).

Заболевание началось с повышения температуры до 38 град., появления серозно-слизистых выделений из носа, сухого кашля, снижения аппетита. Лечились симптоматическими средствами. На 5 день заболевания после незначительного улучшения аппетит вновь снизился, ребенок стал вялым, отмечалось беспокойство, стоны по ночам, раздражительность, плаксивость. Сохранялся навязчивый кашель, усиливающийся при перемене положения тела. Внезапно появилась одышка, ребенок стал реже мочиться небольшими порциями. При осмотре общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные, акроцианоз, кожа покрыта холодным липким потом, пастозность. Частота дыхания 34 в мин, выдох затруднен, выделяется жидкая, пенная розовая мокрота. В легких перкуторно ясный легочный звук, в задне-нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс малого наполнения и напряжения, неритмичен. ЧСС 120 в минуту. Верхушечный толчок ослаблен, смещен влево. Границы сердца расширены больше влево, тоны неритмичны, приглушение 1 тона, акцент 2 тона на а. pulmonalis, систолический шум вдоль левого края грудины, с нарастанием к верхушке сердца. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, при пальпации болезненна, плотноэластической консистенции. Симптом Ортугера отрицателен, точка Керра безболезненна. Селезенка не увеличена. На рентгенограмме границы сердца расширены преимущественно влево, легочный рисунок значительно усилен.

1. Ваш диагноз?
2. Поражение какой оболочки сердца является ведущим? Причина поражения?
3. Какое осложнение вызвало резкое ухудшение состояния?
4. Какой тип нарушения гемодинамики развился?
5. Алгоритм неотложной помощи при данном осложнении?

#### Задача 15

Больная 14 лет доставлена в приемное отделение больницы с приступом удушья. В анамнезе - бронхиальная астма в течение 6 лет. Обострения возникают в холодное время года. Ухудшение состояния - в течение 12 часов на фоне ОРЗ. За истекшие 12 ч неоднократно пользовалась сальбутамолом, вначале с незначительным эффектом, затем - без эффекта. При осмотре: состояние тяжелое. Сидит, опираясь руками в колени. На расстоянии слышны сухие хрипы, выдох удлинен. Кожа бледная с цианотичным оттенком. Число дыханий - 30 в 1 мин. Кашель сухой, «неэффективный». Пульс 100 в 1 мин ритмичный. АД - 150/100 мм рт.ст. В легких - сухие свистящие хрипы над всеми легочными полями, в нижних отделах дыхание ослаблено. ЭКГ: отрицательный зубец Т в II, III, aVF; глубокий зубец S в грудных отведениях.

Анализ крови: Нв - 140 г/л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ , СОЭ - 25 мм/ч.

Исследование газов крови: РаО<sub>2</sub> - 60-70 мм рт.ст., РаСО<sub>2</sub> - 35-45 мм рт.ст.

1) Ваш диагноз?

2) Тактика ведения больной, лечение?

#### Задача 16

Ребенок 8 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39<sup>0</sup>С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3<sup>0</sup>С, веки отечны, конъюктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 уд/мин. Печень + 3,5 см. селезенка + 1,5 см. Стул оформленный.

**Клинический анализ крови:** Нв - 133 г/л, ЭР -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,93, Лейк -  $7,9 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет - сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1031; белок - 0,3%, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3 в п/з; соли - утраты.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АлАТ - 32 Ед/л, АсАТ - 42 Ед/л.

На **рентгенограмме органов грудной клетки** - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

1. Поставьте клинический диагноз.

2. Назовите инкубационный период заболевания.

3. Объясните патогенез данного заболевания.

#### Задача 17

Ребенку 7 лет. Жалобы на боли в голеностопных суставах, повышение температуры до  $37,6^{\circ}$ , ухудшение самочувствия. Объективно: состояние удовлетворительное, отечность обоих голеностопных суставов, движения в них болезненны и ограничены. Симметрично в области разгибательных поверхностей суставов и на ягодицах - обильная сыпь в виде геморрагических папул разной величины.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Чем опасно данное заболевание?

### Задача 18

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение. Кожные покровы бледные.

Ребенок от 6-й беременности, вторых стремительных родов на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. Искусственное вскармливание с рождения. Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.

*Общий анализ крови:* НЬ - 114 г/л, Ц.п. - 0,83, Эр -  $3,8 \times 10^{12}$ /л; Лейк -  $11,8 \times 10^9$ /л; п/я - 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 18 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет; слизь - немного.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 56 г/л, альбумины - 52%, глобулины:  $a_x$  - 5%,  $a_2$  - 13%, Р - 10%, у - 20%; амилаза - 54 Ед/л (норма 10—120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

*Копрограмма:* цвет темно-коричневый, неоформленный; рН - 7,5; мышечные волокна - небольшое количество; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; слизь - много; Л - 15-20 в п/з; Эр - 14-17 в п/з.

*Анализ кала на скрытую кровь:* реакция Грегерсона - положительная.

*Колоноскопия:* осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «бульжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

*Гистология:* поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителио-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие клинические симптомы характерны для данной патологии?
3. Укажите алгоритм дифференциальной диагностики.
4. Перечислите характерные эндоскопические признаки данной патологии.
5. Какие характерные морфологические признаки данной патологии?

6. Перечислите характерные осложнения.
7. Составьте план лечения для данного ребенка.
8. Тактика диспансерного наблюдения.
9. Возможно ли рассмотрение вопроса об инвалидности при данной патологии?
10. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
11. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
12. Оцените результаты общего анализа крови.
13. Оцените результаты биохимического анализа крови.
14. Назовите этиологию заболевания.
15. Как правильно собрать кал на скрытую кровь?

### Задача 19

Девочка Р, 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо - Робсона.

Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

*Общий анализ крови:* НЬ - 130 г/л, Эр -  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; Ц.п. - 0,9; Лейк -  $6,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - кислая; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 79 г/л, альбумины -54%, глобулины: сс<sub>1</sub> - 4%, а<sub>2</sub> - 8%, р - 12%, у - 15%; ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* слизистая оболочка пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая оболочка желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, к стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая оболочка луковицы очагово гиперемирована, отечна.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм.

Поджелудочная железа: головка - 18 мм (норма 18), тело - 16 мм (норма 14), хвост - 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная. *Дыхательный уреазный тест:* положительный.

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

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Каков этиопатогенез заболевания?



4. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
5. Перечислите основные методы диагностики хеликобактериоза у детей.
6. Каковы современные принципы лечения данного заболевания.
7. Что такое эрадикация НР-инфекции?
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Какова тактика диспансерного наблюдения?
10. Дайте оценку общего анализа крови.
11. О чем говорит болезненность в т. Мейо - Робсона?
12. Назовите косвенные признаки хеликобактериоза на ЭГДС.
13. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ?
14. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
15. На чем основан дыхательный уреазный тест (принцип)?

#### Задача 20

Ребенок 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й - здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500 г, длина 54 см.

Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее - искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался хорошо. В возрасте 1 года вес 10500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть. При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см, тургор тканей снижен. Кожные покровы - бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голених, передней брюшной стенке, рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

*Общий анализ крови:* НЬ- 112 г/л, Эр -  $3,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Тромб -  $216 \times 10^9$ /л; Лейк -  $4,3 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с/я - 64%, э - 1%, л - 27%, м - 4%, СОЭ - 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, реакция - кислая, эпителий - единичный; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 58 г/л, альбумины - 40%, глобулины: а<sub>1</sub> - 5%, а<sub>2</sub> - 10%, р - 20%, у - 25%; мочевины - 3,7 ммоль/л, билирубин - 7,0

мкмоль/л, холестерин - 1,9 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 0,54 ммоль/л, фосфор

- 0,93 ммоль/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л; ЩФ - 830 Ед/л (норма 220-820).

*Копрограмма:* форма кашицеобразная, цвет - желтый, слизь и кровь - отсутствуют, мышечные волокна - немного, нейтральные жиры - единичные, жирные кислоты - много, крахмал - много.

*Лилокарпиновая проба:* хлориды пота - 39 мэкв/л. *Рентгенография брюшной полости:* в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

*Анализ кала на дисбактериоз:* общее количество кишечной палочки -  $3 \times 10^8$  (норма  $3 \times 10^8$ - $4 \times 10^8$ ), кокковая флора - 10% (норма до 25%), бифидобактерии -  $10^2$  (норма более  $10^7$ ).

*Липидограмма крови:* общие липиды - 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды - 90 мг% (норма 100-160), триглицериды - 108 мг% (норма 160-190).

*Липидограмма кала:* общие липиды - 1380 мг% (норма 790), моно-глицериды - 173 мг% (норма 0), диглицериды - 53 мг% (норма 38).

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* пищевод и желудок не изменены, двенадцатиперстная кишка обычного вида, начальные отделы тощей кишки - слизистая оболочка сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Взята биопсия.

*Исследование кала на сывороточный белок:* реакция положительная.

*Исследование кала на углеводы:* реакция положительная.

*Тест с Д-ксилозой:* через 30 минут - 1,2 ммоль/л; через 60 минут - 1,5 ммоль/л; через 120 минут - 1,3 ммоль/л.

*Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки:* атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения основного диагноза?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная саль-монеллезная инфекция?
5. Объясните причину изменения поведения ребенка.
6. Чем объясните карпопедальный спазм у ребенка?
7. Объясните причину появления отечного синдрома.
8. Проанализируйте копрограмму. Какие изменения характерны для поражения поджелудочной железы? Что указывает на нарушение всасывания?
9. Назначьте диету ребенку.
10. Нужны ли жирорастворимые витамины ребенку? Укажите способ ведения витамина А, витамина Е.
11. В каких случаях необходимо назначение глюкокортикоидов?

12. В какой период заболевания необходимо введение витамина D?

13. Ваш прогноз?

### Задача 21

Ребенок И, 2 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса 10кг, рост 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

Осмотр: ребенок правильно телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/6, белые. 3 легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

*Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л, Эр -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $5,1 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет желтый; относительная плотность - 1015; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 70 г/л, альбумины - 61%, холестерин - 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

*Кал на углеводы:* реакция положительная.

*Гликемические кривые после нагрузки:*

- с Д-ксилозой: через 30 минут - 1,5 ммоль/л, через 60 минут - 2,5 ммоль/л, через 90 минут - 2,2 ммоль/л.

- с глюкозой: натощак - 4,5 ммоль/л, через 30 минут - 4,8 ммоль/л, через 60 минут - 6,8 ммоль/л, через 90 минут - 5,6 ммоль/л, через 120 минут - 4,6 ммоль/л.

- с лактозой: натощак - 4,3 ммоль/л, через 30 минут - 4,6 ммоль/л, через 60 минут - 4,8 ммоль/л, через 90 минут - 4,7 ммоль/л, через 120 минут - 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

*Копрограмма:* цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

*Исследование кала на дисбактериоз:* снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - не изменена; поджелудочная железа - несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна. Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

1. Ваш диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования проводятся в настоящее время для подтверждения диагноза?
3. Какая диета необходима при проведении качественного анализа кала на углеводы?
4. Почему не «любят» молоко родственники ребенка?
5. Назначьте правильную диету.
6. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?
7. Одинаковы ли по составу однодневный и трехдневный кефир?
8. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
9. Можно ли сейчас назначить ребенку имодиум?
10. Какие специалисты должны осмотреть ребенка? Ваш прогноз?

### **9.3 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

По окончании прохождения стационарной практики врач-ординатор должен:

быть готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации,

направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

Знать:

Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств; теоретические основы по избранной специальности; профилактику, диагностику, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитацию пациентов, принципы и методы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитации пациентов; демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента; вопросы организации медико-социальной экспертизы; основы диетического питания и диетотерапии; о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней); порядок направления больных на санаторно-курортное лечение; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.

Уметь:

самостоятельно проводить обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организовывать дообследование, консультацию пациентов, в последующем выполнять назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение при наиболее распространенных заболеваниях

оказывать неотложную помощь,

проводить комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий,

Оказывать непрерывную первичную медико-санитарную помощь пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания.

Проводить осмотр и оценивать данные физического исследования пациента.

Составлять план лабораторного, инструментального обследования.

Интерпретировать результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования;

Оказывать: помощь пациентам с профессиональными заболеваниями, медицинскую помощь при острых и неотложных состояниях организма, требующих проведения реанимационных мероприятий, интенсивной терапии.

Проводить анализ состояния здоровья пациентов, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя и табака, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию.

Организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия и иммунопрофилактику в установленном порядке.

Выдавать заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.

Взаимодействовать с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями.

Руководить работой среднего и младшего медицинского персонала.

Оформлять и направлять в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания

Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.

Владеть:

Методиками

Проведение обследования пациента с целью установления диагноза в стационарных условиях

Назначение, контроль эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии, проводимой в стационарных условиях

Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ, проводимых в стационарных условиях

Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения в стационарных условиях

Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни

Основами организационно-управленческой деятельности

Приемами оказания неотложной помощи

Приемами проведения реанимационных мероприятий

#### **9.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности**

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.

2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации интернов, ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам ординатуры.

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

### **а) основная**

1. Шабалов Н. П. Детские болезни: Учебник для вузов. 9-е изд., перераб. и доп. В двух томах. Т. 1., Т. 2 — СПб.: Питер, 2021. : ил. — (Серия «Учебник для вузов»).
2. Шабалов Н.П. Неонатология: в 2т. Т.1, Т.2 :учебное пособие / Н.П. Шабалов и др. – 7-е издание, переработанное и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
3. Основы педиатрии по Нельсону / Карен Маркданте, Роберт Клигман ; перевод с английского Е.В. Кокаревой – 8-е издание. – Москва : Эксмо, 2022. – 848 с.
4. Детская пульмонология: национальное руководство / под ред. Б.М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с.
5. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
6. Ревнова М. О., Тарасов О. Ф. Дифференциальная диагностика детских болезней : руководство для врачей. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 303 с.
7. Артамонов, Р. Г. Редкие болезни в педиатрии. Дифференциально-диагностические алгоритмы / Р.Г. Артамонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 128 с.

### **б) дополнительная литература:**

1. Гельминтозы. Актуальные вопросы клиники, диагностики, лечения. Учебное пособие. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2021. - 110 с.
2. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 572 с.
3. Ильенко, Л. И. Противокашлевая и мукоурегилирующая терапия у детей. Традиционные и нетрадиционные подходы к лечению / Л.И. Ильенко, Т.И. Гаращенко, А.В. Патудин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2020. - 208 с.
4. Кильдиярова, Р. Р. Питание здорового и больного ребенка / Р.Р. Кильдиярова. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. - 128 с.
5. Кильдиярова, Рита Рафгатовна Питание здорового и больного ребенка. Учебное пособие / Кильдиярова Рита Рафгатовна. - М.: МЕДпресс-информ, 2020. - 927 с.
6. Лыскиной, Г. А. Детские болезни / Под редакцией Н.А. Геппе, Г.А. Лыскиной. - М.: Медицина, Шико, 2019. - 512 с.

7. Малыжева-Максименкова, Е. С. Неотложная помощь в педиатрии. Учебное пособие / Е.С. Малыжева-Максименкова. - М.: Ленинград, 2022. - 100 с.
8. Подкаменев, В. В. Хирургические болезни у детей. Учебное пособие / В.В. Подкаменев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с.
- 9.. Сметанкин, И. Г. Ретинопатия недоношенных. Учебное пособие / И.Г. Сметанкин, Г.С. Богданов. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2021. - 578 с.
10. Соколова, Н. Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - М.: Феникс, 2019. - 448 с.
11. Соколова, Наталья Глебовна Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник / Соколова Наталья Глебовна. - М.: Феникс, 2022. - 817 с.
12. Сушко, Е. П. Детские болезни. Учебник / Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.А. Селезнева. - М.: Вышэйшая школа, 2022. - 258 с.
13. Сушко, Е. П. Пропедевтика детских болезней. Учебное пособие / Е.П. Сушко. - М.: Высшая школа, 2021. - 448 с.
14. Туберкулез у детей и подростков: Учебное пособие для медицинских вузов (под ред. Худзик Л.Б., Потапова Е.Я., Александрова Е.Н.). - Москва: Машиностроение, 2022. - 368 с.
15. Уход за здоровым и больным ребенком / Коллектив авторов. - М.: СпецЛит, 2022. - 308 с.
16. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей. Учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 828 с.
17. Учайкин, В.Ф. Атлас детских инфекционных заболеваний / В.Ф. Учайкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 175 с.
18. Черная, Н.Л. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей. Диагностика, профилактика и коррекция / Н.Л. Черная, др.. - М.: Феникс, 2022. - 160 с.

## **11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

<http://www.studentlibrary.ru/>



<http://www.scopus.com>

<http://www.clinicalkey.com>

**12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**  
Обеспечивается клиническими базами практики

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
город Санкт-Петербург, ул. Бухарестская, 134 ДГБ №5 им. Н.Ф.Филатова	
Специализированный кабинет №1	Стол 7 шт., стулья – 20шт., Компьютер IBM Pentium, МФЦ лазерный Samsung SCX-4824, МФУ Samsung SCX-4824 FN Проектор ACER XD 1170D с ноутбуком ACER TM5720G-302G16 Манекен ребенка 5 лет для аускультации сердца и легких и отработки навыков интубации Тонометры Бронхометатест Колориметр КФК-2 Осмометр ОМКА-1Ц-01 Термостат для гемокоагуляции ТПС Электрокардиограф-4-х канальный
Специализированный кабинет №2	Стол 1 шт., стулья 2 шт. Проектор мультимедиа NEC NP210 Ноутбук DELL VOSTRO A860 Копировальный аппарат Phaser 3100 MFPV-S , Ксерокс PC-220 Электрокардиограф-2-х канальный ЭК1-2
Специализированный кабинет №3	Стол 5 шт., стулья 20 шт. Ноутбук Acer AS5336-T352 G25 Mikk Принтер Laser Jet 6L, Принтер лазерный Phaser 3117 Графопроектор Медиум-Травелер, Проектор MP 623

**Разработчик:**

Михайлова О.В., к.м.н., доцент кафедры

Куприенко Н.Б., к.м.н., доцент кафедры

**Рецензент:**

Смирнова Н.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой

**Эксперт:**

Эрман М.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», академик национальной академии ювенологии, Лауреат Университетской премии «За педагогическое мастерство», Главный детский нефролог Санкт-Петербурга

**АМБУЛАТОРНАЯ ПРАКТИКА**

**1. Общие положения (вид практики, способы и формы проведения, место практики в структуре образовательной программы, объем практики в зачетных единицах и ее продолжительность в неделях либо в академических или астрономических часах)**

Практика «Амбулаторная практика» относится к базовой части Блока 2.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры	
		2	3
Сроки проведения практики:	22 недели	1,7нед	20,3нед
Вид промежуточной аттестации	Зачет (оценка)	-	+
Общая трудоемкость	1188	90	1098
часы			
зачетные единицы	33	2,5	30,5

**2. Цели и задачи практики**

Цель практики: формирование профессиональной компетенции ординатора.

## Задачи практики:

1. Овладение общемедицинскими компетенциями применительно к врачу-педиатру, а также к основам фундаментальных дисциплин.
2. Овладение методами клинического подхода к больному, овладение методами современного клинического обследования и комплексного лечения больных в амбулаторных условиях
3. Умение оформлять медицинскую документацию.
4. Овладение техническими средствами используемыми в педиатрии и умение работать с различной аппаратурой, применяемой при оказании помощи по специальности «Педиатрия».
5. Овладение методикой постановки диагноза, на основании полученных данных, тактикой ведения, выбором оптимального метода лечения в амбулаторных условиях.
6. Выполнение общих методов обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), функциональных методов исследования .
7. Выполнение общих методов обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), функциональные методы исследования .
8. Ознакомиться с общими вопросами организации педиатрической службы, работой стационарно-поликлинических учреждений, кабинета педиатра, интенсивной терапии и реанимации.
9. Знать основы фармакотерапии в общей врачебной практике, механизм действия основных групп лекарственных средств, осложнения, вызвавшие применения лекарств.
10. Овладеть навыками экстренной диагностики, сортировки, оказания первичной врачебной помощи. Уметь оказывать экстренную помощь при неотложных состояниях: острая дыхательная, недостаточность, гипоксическая кома, астматический статус при бронхиальной астме, шоке (токсический, травматический, геморрагический, анафилактический), острой печёночной недостаточности, острой токсической почке, почечной колике, ожогах, отморожениях, поражениях электрическим током, молнией, тепловом и солнечном ударе, утоплениях; острых отравлениях.
11. Умение снять и расшифровать электрокардиограмму
12. Составлять план лабораторного, инструментального обследования; интерпретировать результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования.
13. Уметь самостоятельно проводить обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организовывать дообследование, консультацию, госпитализацию пациентов, в последующем - выполнять назначения и осуществлять дальнейшее наблюдение при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов в пределах компетенции врача-педиатра, установленной нормативными документами в амбулаторных условиях

14. Уметь осуществлять амбулаторный прием и посещения на дому, проводить комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействовать в решении медико-социальных проблем семьи
15. Осуществлять патронаж беременных женщин (дородовый), новорожденных и детей раннего возраста
16. Уметь проводить анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя и табака, вести учетно-отчетную медицинскую документацию.
17. Осуществлять профилактическую работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней и факторов риска.
18. Организовывать и проводить лечение пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому.
19. Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу
20. Оказывать непрерывную первичную медико-санитарную помощь пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания.
21. Уметь составлять индивидуальную программу реабилитации и профилактики инвалидности, диспансеризацию прикрепленного населения.

### **3. Планируемые результаты обучения при прохождении, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния

на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках специальности «Педиатрия» (ПК-6);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)

#### **4. Базы практики**

Практика проводится на поликлинических базах кафедры педиатрии с курсом последипломного образования ПСПбГМУ им.акад.И.П.Павлова: СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30» Приморского района – ул. Королева, д. 3/2, СПб ГБУЗ "Детская городская поликлиника N44" - ул. Мытнинская, д. 25

#### **5.Содержание практики**

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
<b>Второй год обучения (семестр №3)</b>				
	Амбулаторный прием больных, выполнение посещений пациентов на дому, проведение объективного обследования больного, выбора необходимого комплекса диагностических мероприятий, интерпретация полученных данных, выявление патологии, установление диагноза, выбор комплексного лечения, заполнение амбулаторных карт, выписка из амбулаторных карт, направлений на консультацию и госпитализацию с определением показаний и срочности, выписки рецептов; решение вопросов нетрудоспособности, оформление листков нетрудоспособности и направлений для установления стойкой утраты трудоспособности	Базы кафедры педиатрии с курсом последипломного образования ПСПбГМУ им.акад.И.П. Павлова: СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30» Приморского района, СПб ГБУЗ "Детская городская поликлиника N44"	756 14 ЗЕ	ПК-1 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 УК-1 УК-2 УК-3
<b>Второй год обучения (семестр №4)</b>				
	Амбулаторный прием больных, выполнение посещений пациентов на дому, проведение объективного обследования больного, выбора необходимого	Базы кафедры педиатрии с курсом последипломного образования ПСПбГМУ	324 9 ЗЕ	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 УК-1 УК-2 УК-3

№	Виды профессиональной деятельности (ординатора)	Место работы	Продолжительность циклов	Формируемые профессиональные компетенции
	комплекса диагностических мероприятий, интерпретация полученных данных, выявление патологии, установление диагноза, выбор комплексного лечения, заполнение амбулаторных карт, выписок из амбулаторных карт, направлений на консультацию и госпитализацию с определением показаний и срочности, выписка рецептов; решение вопросов нетрудоспособности, оформление листков нетрудоспособности и направлений для установления стойкой утраты трудоспособности	им.акад.И.П.Павлова: СПб ГБУЗ «Детская поликлиника № 30» Приморского района, СПб ГБУЗ "Детская городская поликлиника N44"		

План работы:

1. Анализ пациентов по профильным разделам под руководством сотрудников кафедры.
2. Работа на отделении врача общей практики поликлиники в качестве ассистента врача.
3. Дежурства в поликлинике в качестве ассистента дежурного врача.
4. Изучение литературы по соответствующим разделам и обсуждение неясных вопросов с куратором.
5. Ассистенция и выполнение врачебных манипуляций под руководством сотрудников кафедры.
6. Ведение медицинской документации.

✓ Практическая работа ординаторов - важное звено учебного процесса. Основная задача практики - получение врачами глубоких практических знаний и

навыков по специальности в условиях будущей работы. Особенно это важно для будущих врачей общей практики.

Во время прохождения практики врач-ординатор овладевает умениями:

- определить специальные методы исследования;
- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
- оценить электрокардиограмму, спирограмму, данные рентгенологического обследования и дать по ним заключение;
- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- уметь установить диагноз и провести необходимое лечение
- владеть методами пропаганды здорового образа жизни и профилактике заболеваний;
- своевременно определить симптомы и синдромы, требующие оказания неотложной помощи и оказать её;
- уметь проводить первичную обработку раны при механических травмах и ожоговых поражениях;
- проводить остановку кровотечений, иммобилизацию частей тела, наложение повязок;
- самостоятельно проводить подкожные, внутрикожные, внутримышечные, внутривенные инъекции;
- пользоваться необходимой медицинской аппаратурой
- своевременно проводить комплексный анализ клинических и параклинических данных, поставить диагноз и назначить необходимую терапию;
- вести необходимую медицинскую документацию;
- составить план своей работы и работы подчинённого среднего медицинского персонала;
- составить отчёт о работе за год и провести её анализ.

Во время обучения и работы в стационаре врач ординатор получает и углубляет знания по организации амбулаторной медицинской помощи населению, особенностям диагностики и лечения заболеваний по профилю



«педиатрия», вопросам медицинской экспертизы, приобретает и закрепляет профессиональные и практические навыки общеклинического обследования больных с разнообразной патологией, оценки лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, выбора и проведения медикаментозного лечения, назначения физиотерапевтического лечения, массажа, ЛФК; определения показаний к санаторно-курортному лечению (и организует их); оценки трудоспособности, заполнения и ведения учетной медицинской документации.

Оказывает помощь при неотложных состояниях в амбулаторных условиях:

1. Гипертонический криз
2. ОКС
3. Острая сердечная недостаточность
4. Острая сосудистая недостаточность.
7. Острая дыхательная недостаточность.
8. Анафилактический шок.
9. Отёк Квинке.
5. Крапивница.
6. Нарушения ритма сердца.
7. Нарушения сознания.
8. Ожоги (термические, химические).
9. Укусы насекомых., змей, животных.
10. Наружные кровотечения.

#### **6. Обязанности руководителя практики от Университета:**

- Устанавливает связь с руководителем практики от организации
- Согласовывает с обучающимися индивидуальный календарно-тематический план прохождения практики;
- Осуществляет контроль за соблюдением срока практики и ее содержанием;
- Оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий;
- Оценивает результаты выполнения обучающимися программы практики.

#### **7. Обязанности обучающихся на практике:**

- явиться на место практики в установленный приказом срок;
- выполнять индивидуальный календарно-тематический план, в установленном объеме и сроки;
- соблюдать все указания руководителей практики по качественной проработке разделов плана;
- оперативно оформлять всю документацию по написанию отчета о практике;

- в течение практики вести учет ее прохождения и делать систематические записи в дневнике;
- соблюдать правила внутреннего трудового распорядка организации (предприятия);
- строго соблюдать правила охраны труда и техники безопасности;
- представить руководителю от университета письменный отчет о прохождении практики и дневник, подписанный руководителем практики

## **1. Методические требования к порядку прохождения и формам, содержанию отчета по итогам прохождения практики.**

К участию в оказании медицинской помощи гражданам допускаются ординаторы:

- успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;
- имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности – прохождение практики возможно только после завершения симуляционного цикла с получением зачета;
- прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 октября 2011 г., регистрационный № 22111) с изменениями, внесенным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 мая 2013 г. № 296н "О внесении изменения в приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12 апреля 2011 г. № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2013 г., регистрационный № 28970).

Контроль за участием ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляют:

- работники Университета, назначенные из числа педагогических работников, которые несут ответственность за проведение практической подготовки обучающихся;

- работники, замещающие штатные должности в организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья, и назначенные руководителем соответствующей организации ответственными за организацию и проведение практической подготовки обучающихся.

Лица, указанные в пункте 2:

- обеспечивают контроль за выполнением ординаторами определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью;

- оказывают методическую помощь ординаторам при выполнении определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Участие ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам или в фармацевтической деятельности осуществляется при согласии пациентов или их законных представителей и соблюдении медицинской этики.

Обязанности по обеспечению безопасных условий труда ординаторов, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам и в фармацевтической деятельности, возлагаются на руководителя организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

Формы текущего контроля и промежуточной аттестации.

*Текущий контроль* прохождения практики производится руководителем практики в следующих формах:

фиксация посещений – заполняется ведомость посещения занятий;

контроль выполнения программы практики

*Промежуточная аттестация* по окончании практики производится в виде зачета с оценкой (см. п.9.1)

## **9. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**9.1. Аттестация по практикам** – зачет с оценкой - как часть экзамена (итоговой аттестации) – до 5 баллов (средний за все виды аттестаций по практикам)

*1 часть* - Оценка выполнения учебного плана по представленному отчету ординатора (аттестационный лист, дневник), в том числе - практических навыков. Оценка практических умений – зачет (проводится в течение учебного года по уровню освоения практических умений, в том числе в симуляционном классе - см. приложение «Перечень практических умений врача-педиатра».

Ю.Уровень освоения умений:

1 – иметь представление, знать показания к проведению

2 – знать, принять участие, оценить

3 - выполнять самостоятельно

Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет» (5 баллов) - «незачет» (0 баллов) с учетом уровня освоения

2 часть – Решение ситуационных задач (аттестационное испытание с использованием ситуационных задач – до 5 баллов

Оценка складывается как среднее арифметическое 1 и 2 части.

№ п/п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
1	<i>Зачет с оценкой</i>	1-я часть зачета: Оценка выполнения учебного плана по представленному отчету ординатора (аттестационный лист, дневник), в том числе - практических навыков.	Отчет ординатора	Проводится в течение учебного года по уровню освоения практических умений, в том числе в симуляционном классе - см. приложение «Перечень практических умений врача-педиатра». Уровень освоения умений: 1 – иметь представление, знать показания к проведению 2 – знать, принять участие, оценить 3 - выполнять самостоятельно Оценка каждого умения проводится по шкале «зачет» (5 баллов) - «незачет» (0 баллов) с учетом уровня освоения
		2-я часть зачета:	Практико-	<i>Критерии оценивания</i>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
		выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно)	ориентированные задания – решение ситуационных задач	<p><i>преподавателем практико-ориентированной части зачета:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);</li> <li>– умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;</li> <li>– логичность, последовательность изложения ответа;</li> <li>– наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;</li> <li>– аргументированность, доказательность излагаемого материала.</li> </ul> <p><i>5 (отлично) – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом</i></p>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				<p>междисциплинарных связей; полный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, правильный выбор тактики действий;</p> <p>последовательное, уверенное описание необходимых манипуляций и оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p><i>4 (хорошо)</i> – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; неполный ответ на вопрос к иллюстративному материалу, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога;</p>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				<p>последовательное, уверенное описание необходимых манипуляций и оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p><i>3 (удовлетворительно)</i> – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, в том числе на вопрос к иллюстративному материалу, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах педагога, правильное, последовательное, но неуверенное описание необходимых манипуляций и оказания неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий;</p> <p><i>2 (неудовлетворительно)</i> – неверная оценка ситуации; неправильный ответ на</p>

№ п/ п	Наименование формы проведения аттестации по стационарной практике	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания
				вопрос к иллюстративному материалу; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное описание практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

**9.2. Типовые контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

У юноши 17 лет в последних числах февраля развились катаральные явления, на фоне которых резко поднялась температура до 40<sup>0</sup>С, развились сильнейшие головные боли, рвота, светобоязнь. Пациент без сознания, открывает глаза на болевые и звуковые раздражители, изредка открывает глаза по просьбе врача, после многократного повторения просьбы; при пальпации глазных яблок и козелков – выраженная гримаса боли, голова запрокинута назад и сгибание ее невозможно, симптом Кернига с угла 100<sup>0</sup> билатерально. Через 2 дня от повышения температуры на коже лица, бедер появилась геморрагическая сыпь. Пациенту проведена люмбальная пункция и получен мутный желтоватый ликвор, при анализе клеточного



состава которого выявлен плеиоцитоз (500/3) с преобладанием полинуклеаров (90%).

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Какие дополнительные меры необходимо для уточнения диагноза?
3. Каков предположительный клинический диагноз?
4. Назовите менингеальные симптомы?
5. Какой дополнительный метод введения препаратов применяется при лечении менингитов?

К семейному врачу доставлен юноша 15 лет, у которого на фоне ОРВИ ночью появилась инспираторная одышка с втяжением межреберий и грудины и участием вспомогательной мускулатуры, шумное стридорозное дыхание, слышное на расстоянии, осиплость голоса, «лающий» кашель. Объективно: Цианоз носогубного треугольника, ЧСС — 130 в минуту. Ребенок возбужден, беспокоен, температура тела 38,5°C, слизистая оболочка глотки гиперемирована. Налетов нет.

Вопрос 1: Какое патологическое состояние имеет место у данного ребенка?

Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?

Больная 10 лет. Неделю назад родители заметили, что девочка начала постоянно гримасничать и “дергаться”, не сидит на месте ни одной минуты спокойно. Мать сообщила, что девочка часто болела ангинами, после одной из них через 2 недели лечилась в больнице, так как развилось состояние с выраженной одышкой, сердцебиениями, перебоями и болями в области сердца, появлением кашля при физической нагрузке. Общее состояние было тяжелым, наблюдались ортопноэ, акроцианоз, появились отеки на ногах, тахикардия с приглушением сердечных тонов, систолическим шумом в области верхушки сердца, мелкопузырчатыми хрипами в нижних отделах легких. На ЭКГ – выявлено замедление АВ проводимости, снижение амплитуды зубца Т и интервала ST в прекардиальных отведениях. На ЭхоКГ – незначительное утолщение створок клапанов и ограничение их движений. Настоящему заболеванию предшествовала ангина. Наследственность не отягощена.

Объективно: танцующая походка, гиперкинезы в лице, конечностях, туловище. Гипотония мышц.

Анализ крови: СОЭ - 46 мм/час, лейкоциты -  $8 \times 10^9$ /л. Реакция на С-реактивный белок положительная.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Этиология заболевания?

Ребенку 3 года. Мать обратилась к врачу за советом по кормлению ребенка. Составьте диету на один день. Какова потребность в белках, жирах, углеводах и калориях на 1 кг массы, суточная потребность в пище? какую массу должен иметь ребенок

Девочка 12 лет.

Жалобы: приступы удушья 1 раз в месяц, наблюдается нерегулярно.

Анамнез: до 1 года - атопический дерматит, в 4 года поставлен диагноз бронхиальной астмы, в осенне-зимний период курсы тайледа по 2-3 месяца.

Пикфлоуметрия - желтая зона.

Диагноз?

Рекомендованная терапия?

Девочка 12 лет.

Жалобы: навязчивый кашель, в основном - ночной, несколько раз рвота после кашля, на прогулке после бега закашливается.

Анамнез: до 1 года - атопический дерматит, после 12 лет - частые орви, в 2 и 3 года перенесла обструктивный бронхит.

Предварительный диагноз?

План обследования?

Рекомендуемая терапия?

Девочка 10 лет.

Жалобы: длительный насморк в течение 3-4 лет, днем - серозное отделяемое, приступы пароксизмального чихания, ночью - заложенность носа, частое применение сосудосуживающих препаратов.

Анамнез: частые орви до 3 лет, с 4 лет наблюдается лор-врачом с диагнозом аденоидит, в 7 лет - аденотомия, без положительной динамики.

Осмотр педиатра, диагноз - чдб, рекомендован курс бронхомунала.

Предварительный диагноз?

План обследования?

Рекомендуемая терапия?

Мальчик 12 лет

Жалобы: частые приступы удушья, на уроках физкультуры после бега - одышка.

Анамнез: до 1 года - атопический дерматит тяжелого течения. С 3 лет - аллергический ринит, с 6 лет - бронхиальная астма, в 6-7 лет курсы базисной терапии (интал), с 9 лет учащение приступов, рекомендован курс стероидов (фликсотид в дозе 200 мкг/сутки), последний курс стероидов проведен 3 месяца назад, за последние 2 месяца - применение сальбутамола 3-4 раза ежедневно.

Предварительный диагноз?

План обследования?

Рекомендуемая терапия?

Мальчик 2 года

Жалобы на высыпания в течение последних 3 месяцев, в виде бляшечных высыпаний, без зуда, первоначально на лице, затем распространение на тело, конечности. В 1 год родители обнаружили аскариду, пролечен, контрольные анализы не сдавали. С 1 до 2 лет без обострения.

диета - строгая с исключением облигатных аллергенов, без четкой положительной динамики

лечение: элидел с положительной динамикой, зиртек по 5-7 дней осмотр: обильные эритематозно-пятнистые высыпания на лице, наружной поверхности предплечий, бедер, без зуда

Диагноз?

Рекомендации по диете и лечению?

### ДЕВОЧКА 3 МЕСЯЦА

Жалобы на высыпания в течение 1 месяца. Самочувствие не нарушено, находится на искусственном вскармливании (молочная смесь), фруктовое пюре.

Наследственность: отец - псориаз

Осмотр: множественные эритематозно-бляшечные элементы, округлой формы с четкими границами, с шелушением в центре, локализация паховая область, лицо

Предположительный диагноз?

Диета?

### МАЛЬЧИК 2 МЕСЯЦА

Жалобы на высыпания на теле, конечностях в течение 1 месяца, общее беспокойство, особенно в ночное время, прибавки в весе - хорошие. Находится на грудном вскармливании, мать не соблюдает безмолочную диету. В семье - еще двое детей - здоровы. В 1,5 месяца ездили отдыхать на поезде.

Наследственность: неотягощена

Осмотр: множественные папулезные папулы на теле, конечностях, подошвенных и ладонных поверхностях

Предположительный диагноз?

Диета?

Девочка 4-х месяцев. Больна 3-й день. Жалобы на заложенность носа, снижение аппетита, покашливание, субфебрильную температуру. На 4-й день температура повысилась до 38, усилился кашель, появилась одышка до 65 в минуту. При осмотре шумное свистящее дыхание, периоральный цианоз, втяжение уступчивых мест грудной клетки. При объективном обследовании перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. аускультативно – масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и выдохе.

Предположительный диагноз?

Лечение?

Мальчик 1,5 года. Жалобы на повышение температуры до 37,5, заложенность носа, сухой кашель. При осмотре носовое дыхание затруднено, частота дыхания 30-35 в минуту. Объективно: перкуторный звук не изменен, при аускультации в легких выслушивается рассеянные разнокалиберные влажные хрипы.

Предположительный диагноз?

Лечение?

Мальчик 4-х месяцев. Жалобы на затрудненное дыхание, цианоз, повышение температуры до 37,7. Заболел 4 дня назад. При осмотре над легкими перкуторный звук легочный с коробочным оттенком. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха – рассеянные сухие свистящие хрипы. Частота дыхания 56 в минуту. ЧСС – 130 в минуту. Печень +1,5 см из-под края реберной дуги.

Предположительный диагноз?

Лечение?

Мальчик, 8 лет, болен 3-и сутки, жалобы на высокую температуру 39°C, общую слабость, озноб, чувство разбитости, головную боль, сухой кашель, боли в мышцах и суставах. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы – чистые, без высыпаний, на мягком небе – точечные кровоизлияния. Отмечается умеренная гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. Перкуторно – легочный звук над легкими, аускультативно – дыхание – жесткое, хрипы не выслушиваются

Предположительный диагноз?

Лечение?

Мальчик М., болен 2-и сутки, жалуется на высокую температуру до 39°C, общую слабость, озноб, чувство «разбитости», головную боль, сухой кашель, боли в мышцах и суставах. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы розовые, без высыпаний, на мягком небе точечные кровоизлияния. Отмечается умеренная гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. ЧД 20 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук, аускультативно: дыхание – жесткое, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 100 ударов в минуту. Живот обычной формы, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отравления не нарушены. Менингеальных симптомов нет.

Ваш диагноз?

Какие исследования необходимо провести при данном заболевании?

Каким специалистам необходимо показать ребенка?

Какой метод специфической профилактики существует для данного заболевания?

Принципы лечения.

Мальчик Т., 3 лет поступил в стационар на 1-е сутки заболевания. Заболел остро, вечером появилась осиплость голоса, сухой лающий кашель, затрудненное шумное дыхание, одышка.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура 36,8°C. Инспираторная одышка до 36 в минуту. Носовое дыхание затруднено, прозрачное отделяемое в носовых ходах. Зев гиперемирован. Кожные покровы бледные, без сыпи.

Пальпируются подчелюстные, подмышечные лимфатические узлы 0,3•0,4 см, эластичные, безболезненные. При дыхании втяжение межреберных промежутков. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, при перкуссии легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС -120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

клинический диагноз.

какие основные клинические симптомы позволяют верифицировать диагноз?  
Консультация какого специалиста необходима?  
Принципы лечения.

Девочка А., 2 лет поступила в стационар на 3 сутки заболевания с жалобами на лихорадку, насморк, кашель, чувство жжения в левом глазе, боли в животе. При осмотре состояние средней тяжести. Температура 38,2°C. Дыхание через нос затруднено, обильное серозно-слизистое отделяемое из носа. Яркая гиперемия зева, зернистость задней стенки глотки. В углу левого глаза беловатое отделяемое, гиперемия конъюнктивы. Кожа век и лица умеренно пастозна, высыпаний нет. Пальпируются передние и задние шейные лимфоузлы, безболезненные, эластичные. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Кашель с продуктивным компонентом. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, болезненный в околопупочной области. Стул кашицеобразный 3 раза в день, без патологических примесей. Мочевыделение не нарушено.  
Ваш диагноз?

Какие клинические и лабораторные данные подтверждают диагноз?

Какие дополнительные исследования и консультации специалистов необходимо провести ребенку?

Какие осложнения могут возникнуть?

Терапия?

Ребенок 5 лет, заболел остро: повысилась температура тела до 38,7, появился болезненный кашель, рвота, резкая боль в верхней половине живота. Язык обложен белым налетом, сухой. Умеренная одышка смешанного характера. Частота дыхания 30 в минуту, ЧСС 118 /мин. При глубоком вдохе ребенок отмечает боль в правой половине грудной клетки. Укорочение перкуторного звука справа в нижнем отделе легкого, здесь же ослабленное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы.

Наиболее вероятный диагноз?

Лечение?

Больной З., 4 лет, заболел 4 дня назад. Температура 38-38,5о, рвота, жидкий, пенистый, обильный, зловонный стул бурого-зеленого цвета с примесью слизи, до 5 раз в сутки. К врачу не обращались. При осмотре бледен, вял, жалуется на головную боль, отказывается от еды и питья. Кожа сухая с цианотичным оттенком. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен беловато-желтым налетом, живот умеренно вздут, пальпаторно – болезненность вокруг пупка. Печень – на 3-4 см, селезенка – на 2 см выступают из-под реберной дуги. Температура 39-40о, на туловище единичные розеолезные элементы.

Какое заболевание возможно в данном случае?

В какой форме? Обоснуйте ответ.

Лена И., 6 месяцев. Заболела 23 июня. Повысилась температура до 37,3о С, стала беспокойной, снизился аппетит, появился жидкий стул с примесью слизи 5-7 раз в сутки. К врачу не обращались, мать лечила сама – давала отвар черники, фталазол,

но состояние не улучшилось. Через 2 дня присоединилась повторная рвота, стул стал более частым (до 12-15 раз) жидким, с примесью слизи, девочка отказалась от груди. Обратились к врачу, который дал направление в больницу. Мать от госпитализации отказалась. На 4 день заболевания состояние ещё более ухудшилось и девочка была госпитализирована. При поступлении состояние крайне тяжёлое, девочка вялая, на окружающих почти не реагирует. Частая рвота, жидкий стул небольшими порциями, со слизью, без счёта. Черты лица заострившиеся, большой родничок запавший. Кожа бледная, собирается в плохо расправляемые складки, тургор снижен. Слизистая рта яркая, суховатая. Резко выражена жажда. Тоны сердца глухие. 180 в 1 мин. Отмечается одышка – 60 в 1 мин. Хрипов в лёгких не слышно. Живот вздут, мягкий. Печень 2 см., селезёнка не определяется. Анус податлив, раздражён, ягодицы покрасневшие. За последние 2 дня девочка потеряла в весе 600 г.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Фаза токсикоза, степень и тип эксикоза.

Наметьте план лечения.

Какие заболевания дифференцировать.

Наиболее вероятная этиология. Почему?

Девочка Г, 6 лет. Участковый врач посетил на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык “географический”, заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

**Общий анализ крови:** Нв – 118 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 48%, э – 14%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

12.Поставьте диагноз.

13.Наметьте план дополнительного обследования.

14.Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?

15.Каковы основные принципы лечения?

16.Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?

17.Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?

18.Каковы механизмы развития аллергических реакций?

19.Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?

20.Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?

21. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?

22. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание.

Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появился сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы прекратились.

Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3 лет.

При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюктива гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания 22 в минуту. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, громкие. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

**Общий анализ крови:** Нв – 112 г/л, Эр –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $7,2 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с – 34%, э – 12%, л – 50%, м – 1%, СОЭ - 5 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

12.Поставьте диагноз.

13.Наметьте план дополнительного обследования.

14.Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?

15.Каковы основные принципы лечения?

16.Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?

17. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?
18. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
19. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
20. Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
21. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
22. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

Девочка Р, 6 лет. Участковый врач посетил на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности – без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания).

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык “географический”, заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД – 28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая – на 1 см кнутри от правого края грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

**Общий анализ крови:** Нв – 118 г/л, Эр –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 48%, э – 14%, л – 29%, м – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

**Скарификационные тесты:** резко положительные (++++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; латентная аллергия к пыльце полыни, которая клинически еще не проявилась.

12. Поставьте диагноз.
13. Наметьте план дополнительного обследования.
14. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
15. Каковы основные принципы лечения?
16. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?
17. Какие изменения со стороны глаз могут быть у больного?



18. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
19. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
20. Какие бронхи наиболее склонны к спастическому сокращению?
21. Какие физико-химические изменения характерны для острого воспаления?
22. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты Вы знаете?

Больной М., 14 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать – как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

**Общий анализ крови:** Нв – 110 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк –  $15,0 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с – 44%, э – 2%, л – 47%, м – 3%, СОЭ – 46 мм/час.

**Общий анализ мочи:** удельный вес – 1014, белок – 0,06%, лейкоциты – 2-3 в п/з, эритроциты – отсутствуют.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 11%, альфа<sub>2</sub> – 10%, бета – 5%, гамма – 26%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

**Рентгенологически** определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

13. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
14. Какие еще обследования следует провести больному?
15. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
16. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
17. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
18. Составьте план лечения больного.
19. Какова патоморфологическая основа процесса?
20. Почему отмечается утренняя скованность?
21. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
22. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии?
23. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
24. Что определяет жизненный прогноз? Какие клинические синдромы?

Больная С., 7 лет, поступает в стационар планово повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

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

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2x2 см) и кубитальных (1,5x1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.

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

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

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 5%, альфа<sub>2</sub> – 12%, бета – 5%, гамма – 30%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л.

13. О каком заболевании можно думать в первую очередь?

14. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования.

15. Какие еще обследования следует провести больной?

16. Консультации, каких специалистов необходимы при данном заболевании?

17. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?

18. Каковы принципы терапии данного заболевания?

19. Объясните изменения в анализе мочи.

20. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?

21. Как объяснить частоту поражения глаз при данной патологии?

22. Назовите варианты поражения глаз при этом заболевании.

23. Какие клинические синдромы определяют жизненный прогноз?

24. Почему отмечается утренняя скованность?

Мальчик И., 14 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

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

**Общий анализ крови:** Нб – 100 г/л, Эр –  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб –  $90 \times 10^9$ /л, Лейк –  $1,5 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 62%, э – 2%, л – 31%, м – 3%, СОЭ – 50 мм/час.

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

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: альфа<sub>1</sub> – 5%, альфа<sub>2</sub> – 12%, бета – 5%, гамма – 32%, серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л.

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

**Клиренс по креатинину** – 80 мл/мин.

13.Обоснуйте предварительный диагноз.

14.Перечислите диагностические критерии данного заболевания.

15.Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?

16.Как называются кожные изменения на лице, и к каким критериям относятся эти изменения?

17.Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?

18.Проведите анализ гемограммы данного больного.

19.Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?

20.Назовите принципы лечения данного заболевания.

21.Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания?

22.Что является патоморфологической основой заболевания.

23.Почему отмечается анемический синдром и снижение числа лейкоцитов?

24.Каков характер патоморфологических изменений в почках?

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

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

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

**Общий анализ крови:** гематокрит – 49% (норма – 31-47%), Hb – 170 г/л, Эр –  $5,4 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,91, Лейк –  $6,1 \times 10^9$ /л; п/я – 3%, с – 26%, э – 1%, л – 64%, м – 6%; СОЭ – 2 мм/час.

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

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

**Кислотно – основное состояние крови:**  $pO_2$  – 62 мм Т.ст. (норма – 80 - 100),  $pCO_2$  – 50 мм Т. Ст. (норма – 36-40), pH – 7,29, BE – 8,5 ммоль/д (норма –  $\pm 2,3$ ).

6. Сформулируйте предварительный диагноз.
7. Какова анатомия данного порока?
8. Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
9. Чем объяснить наличие тахикардии и одышки?
10. Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?

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

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

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

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

**Общий анализ крови:** Нб - 110 г/л, Эр -  $4,1 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $5,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%; СОЭ - 10 мм/час.

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

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

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

6. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
7. Оцените представленные результаты обследования.
8. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
9. Проведите дифференциальный диагноз
10. Составьте план лечения данного ребенка.

Больной П., 13 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10-20 минут, а также приступы головных болей, возникающих в вечернее время с частотой 2 - 3 раза в месяц. Иногда приступ головных болей сопровождался рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с товарищами по классу и учителями.

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

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

**Общий анализ крови:** Нв - 110 г/л, Эр -  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $7,8 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с - 68%, э - 1%, л - 25%, м - 2%; СОЭ - 7 мм/час.

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

**Биохимический анализ крови:** СРБ - +, АСЛ - О - 1:625, АСГ - 1:300, ГЛЮКОЗА - 3,5 ммоль/л, АЛТ - 40, АСТ - 35.

6. Обоснуйте предварительный диагноз.

7. Составьте план обследования. Укажите, какие изменения Вы ожидаете получить.

8. Консультация каких специалистов необходима данному больному?

9. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания?

10. Каковы принципы лечения данного заболевания?

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

Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес., в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес. перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в то же время отмечался жидкий стул, температура -  $37,2 - 37,5$  °С в течение 2 дней.

С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к

врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: Нв - 100 г/л, лейкоциты -  $6,4 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с - 43%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 3%; СОЭ - 11 мм рт. ст. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до + 7 см из-под реберной дуги.

При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голеньях отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка + 2 см. Мочится мало, стул оформлен.

**Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Лейк -  $6,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час.

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

6. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
7. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
8. Назначьте лечение данному ребенку.
9. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
10. Какие вирусы тропно к миокарду?

Больной З., 14 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV - V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV - V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II - III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

**Общий анализ крови:** Нв - 115 г/л, Эр -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $10,0 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%; СОЭ - 35 мм/час.

**Общий анализ мочи:** удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

**ЭКГ:** синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

6. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
7. Какие еще обследования необходимо провести больному?
8. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
9. Составьте план лечения данного ребенка.
10. Почему снижено диастолическое давление?

Ребенок Николай В. дошкольного возраста (4 года) с неотягощенной наследственностью, от матери с неосложненным акушерско-гинекологическим анамнезом, физиологическим течением беременности, от срочных неосложненных родов. Физическое и психомоторное развитие соответствовало возрасту. В раннем возрасте имелись проявления экссудативного диатеза. Ребенок часто болеющий (ОРВИ более 3-4 раз в год).

Заболевание началось с повышения температуры до 38 град., появления серозно-слизистых выделений из носа, сухого кашля, снижения аппетита. Лечились симптоматическими средствами. На 5 день заболевания после незначительного улучшения аппетит вновь снизился, ребенок стал вялым, отмечалось беспокойство, стоны по ночам, раздражительность, плаксивость. Сохранялся навязчивый кашель, усиливающийся при перемене положения тела. Внезапно появилась одышка, ребенок стал реже мочиться небольшими порциями. При осмотре общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные, акроцианоз, кожа покрыта холодным липким потом, пастозность. Частота дыхания 34 в мин, выдох затруднен, выделяется жидкая, пенная розовая мокрота. В легких перкуторно ясный легочный звук, в задне-нижних отделах выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс малого наполнения и напряжения, неритмичен. ЧСС 120 в минуту. Верхушечный толчок ослаблен, смещен влево. Границы сердца расширены больше влево, тоны неритмичны, приглушение 1 тона, акцент 2 тона на a. pulmonalis, систолический шум вдоль левого края грудины, с нарастанием к верхушке сердца. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, при пальпации болезненна, плотноэластической консистенции. Симптом Ортугера отрицателен, точка Керра безболезненна. Селезенка не увеличена. На рентгенограмме границы сердца расширены преимущественно влево, легочный рисунок значительно усилен.

6. Ваш диагноз?
7. Поражение какой оболочки сердца является ведущим? Причина поражения?
8. Какое осложнение вызвало резкое ухудшение состояния?
9. Какой тип нарушения гемодинамики развился?
10. Алгоритм неотложной помощи при данном осложнении?



Больная 14 лет доставлена в приемное отделение больницы с приступом удушья. В анамнезе - бронхиальная астма в течение 6 лет. Обострения возникают в холодное время года. Ухудшение состояния - в течение 12 часов на фоне ОРЗ. За истекшие 12 ч неоднократно пользовалась сальбутамолом, вначале с незначительным эффектом, затем - без эффекта. При осмотре: состояние тяжелое. Сидит, опираясь руками в колени. На расстоянии слышны сухие хрипы, выдох удлинен. Кожа бледная с цианотичным оттенком. Число дыханий - 30 в 1 мин. Кашель сухой, «неэффективный». Пульс 100 в 1 мин ритмичный. АД - 150/100 мм рт.ст. В легких - сухие свистящие хрипы над всеми легочными полями, в нижних отделах дыхание ослаблено. ЭКГ: отрицательный зубец Т в II, III, aVF; глубокий зубец S в грудных отведениях.

Анализ крови: Нв - 140 г/л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ , СОЭ - 25 мм/ч.

Исследование газов крови: PaO<sub>2</sub> - 60-70 мм рт.ст., PaCO<sub>2</sub> - 35-45 мм рт.ст.

1) Ваш диагноз?

2) Тактика ведения больной, лечение?

Ребенок 8 месяцев, болен в течение 3-х дней. Температура 38-39<sup>0</sup>С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3<sup>0</sup>С, веки отечны, конъюктива гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 132 уд/мин. Печень + 3,5 см. селезенка + 1,5 см. Стул оформленный.

**Клинический анализ крови:** Нв - 133 г/л, ЭР -  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,93, Лейк -  $7,9 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 38%, б - 1%, э - 2%, л - 51%, м - 4%, СОЭ - 4 мм/час.

**Общий анализ мочи:** цвет - сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1031; белок - 0,3%, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3 в п/з; соли - утраты.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 74 г/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, АлАТ - 32 Ед/л, АсАТ - 42 Ед/л.

На **рентгенограмме органов грудной клетки** - легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань без особенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

4. Поставьте клинический диагноз.

5. Назовите инкубационный период заболевания.

6. Объясните патогенез данного заболевания.

Ребенку 7 лет. Жалобы на боли в голеностопных суставах, повышение температуры до 37,6<sup>0</sup>, ухудшение самочувствия. Объективно: состояние удовлетворительное, отечность обоих голеностопных суставов, движения в них болезненны и ограничены. Симметрично в области разгибательных поверхностей суставов и на ягодицах - обильная сыпь в виде геморрагических папул разной величины.

3. Ваш предположительный диагноз?
4. Чем опасно данное заболевание?

### Задача 18

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение. Кожные покровы бледные.

Ребенок от 6-й беременности, вторых стремительных родов на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. Искусственное вскармливание с рождения. Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.

*Общий анализ крови:* НЬ - 114 г/л, Ц.п. - 0,83, Эр -  $3,8 \times 10^{12}/л$ ; Лейк -  $11,8 \times 10^9/л$ ; п/я - 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 18 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет; слизь - немного.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 56 г/л, альбумины - 52%, глобулины:  $a_1$  - 5%,  $a_2$  - 13%, Р - 10%, у - 20%; амилаза - 54 Ед/л (норма 10—120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

*Копрограмма:* цвет темно-коричневый, неоформленный; рН - 7,5; мышечные волокна - небольшое количество; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; слизь - много; Л - 15-20 в п/з; Эр - 14-17 в п/з.

*Анализ кала на скрытую кровь:* реакция Грегерсона - положительная.

*Колоноскопия:* осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «булыжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

*Гистология:* поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителио-клеточные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие клинические симптомы характерны для данной патологии?
3. Укажите алгоритм дифференциальной диагностики.
4. Перечислите характерные эндоскопические признаки данной патологии.
5. Какие характерные морфологические признаки данной патологии?
6. Перечислите характерные осложнения.
7. Составьте план лечения для данного ребенка.
8. Тактика диспансерного наблюдения.
9. Возможно ли рассмотрение вопроса об инвалидности при данной патологии?
10. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
11. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?

12. Оцените результаты общего анализа крови.
13. Оцените результаты биохимического анализа крови.
14. Назовите этиологию заболевания.
15. Как правильно собрать кал на скрытую кровь?

Девочка Р, 14 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит.

Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо - Робсона.

Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии.

*Общий анализ крови:* НЬ - 130 г/л, Эр -  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; Ц.п. - 0,9; Лейк -  $6,0 \times 10^9/л$ ; п/я - 2%, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет сол.-желтый, прозрачная; рН - кислая; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок — 79 г/л, альбумины -54%, глобулины: сс1 - 4%, а<sub>2</sub> - 8%, р - 12%, у - 15%; ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* слизистая оболочка пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая оболочка желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, к стенке желудка множественные разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая оболочка луковицы очагово гиперемирована, отечна.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм.

Поджелудочная железа: головка - 18 мм (норма 18), тело - 16 мм (норма 14), хвост - 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная. *Дыхательный уреазный тест:* положительный.

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

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм.
3. Каков этиопатогенез заболевания?
4. Назовите путь передачи хеликобактерной инфекции.
5. Перечислите основные методы диагностики хеликобактериоза у детей.
6. Каковы современные принципы лечения данного заболевания.
7. Что такое эрадикация НР-инфекции?
8. Имеется ли наследственная предрасположенность к данному заболеванию?
9. Какова тактика диспансерного наблюдения?
10. Дайте оценку общего анализа крови.
11. О чем говорит болезненность в т. Мейо - Робсона?

12. Назовите косвенные признаки геликобактериоза на ЭГДС.
13. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ?
14. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания?
15. На чем основан дыхательный уреазный тест (принцип)?

Ребенок 1,5 лет, поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, прибавки веса, обильный стул.

Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й - здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500 г, длина 54 см.

Вскармливание естественное до 4-х месяцев, далее - искусственное. Прикорм кашей с 5 месяцев. Рос и развивался хорошо. В возрасте 1 года вес 10500 г, рост 75 см. К этому времени хорошо ходил, самостоятельно пил из чашки.

Анамнез болезни: в 1 год 1 месяц ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, агрессивным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул участился до 10-12 раз, стал обильным, жирным. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 9,5 кг, рост 80 см, тургор тканей снижен. Кожные покровы - бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые.

Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке, рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот увеличен в размере, мягкий, при пальпации болезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Стул 10 раз в сутки, обильный, зловонный, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

*Общий анализ крови:* НЬ- 112 г/л, Эр -  $3,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Тромб -  $216 \times 10^9$ /л; Лейк -  $4,3 \times 10^9$ /л; п/я - 4%, с/я - 64%, э - 1%, л - 27%, м - 4%, СОЭ - 2 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет светло-желтый, реакция - кислая, эпителий - единичный; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 58 г/л, альбумины - 40%, глобулины: а<sub>1</sub> - 5%, а<sub>2</sub> - 10%, р - 20%, у - 25%; мочевины - 3,7 ммоль/л, билирубин - 7,0 мкмоль/л, холестерин - 1,9 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 0,54 ммоль/л, фосфор - 0,93 ммоль/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л; ЩФ - 830 Ед/л (норма 220-820).

*Копрограмма:* форма кашицеобразная, цвет - желтый, слизь и кровь - отсутствуют, мышечные волокна - немного, нейтральные жиры - единичные, жирные кислоты - много, крахмал - много.

*Лилокарпиновая проба:* хлориды пота - 39 мэкв/л. *Рентгенография брюшной полости:* в петлях тонкой и толстой кишки повышено содержание газов, отмечены уровни жидкости.

*Анализ кала на дисбактериоз:* общее количество кишечной палочки -  $3 \times 10^8$  (норма  $3 \times 10^8 - 4 \times 10^8$ ), кокковая флора - 10% (норма до 25%), бифидобактерии -  $10^2$  (норма более  $10^7$ ).

*Липидограмма крови:* общие липиды - 440 мг% (норма 450-700), фосфолипиды - 90 мг% (норма 100-160), триглицериды - 108 мг% (норма 160-190).

*Липидограмма кала:* общие липиды - 1380 мг% (норма 790), моно-глицериды - 173 мг% (норма 0), диглицериды - 53 мг% (норма 38).

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - увеличена, зерниста, неоднородна; поджелудочная железа увеличена в хвосте, паренхима неоднородна. Желчный пузырь без особенностей.

*Эзофагогастродуоденоскопия:* пищевод и желудок не изменены, двенадцатиперстная кишка обычного вида, начальные отделы тощей кишки - слизистая оболочка сглажена, атрофична, умеренно выраженная поперечная исчерченность складок. Взята биопсия.

*Исследование кала на сывороточный белок:* реакция положительная.

*Исследование кала на углеводы:* реакция положительная.

*Тест с Д-ксилозой:* через 30 минут - 1,2 ммоль/л; через 60 минут - 1,5 ммоль/л; через 120 минут - 1,3 ммоль/л.

*Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки:* атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения основного диагноза?
3. Какие исследования подтвердят сопутствующую патологию?
4. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная саль-монеллезная инфекция?
5. Объясните причину изменения поведения ребенка.
6. Чем объясните карпопедальный спазм у ребенка?
7. Объясните причину появления отекающего синдрома.
8. Проанализируйте копрограмму. Какие изменения характерны для поражения поджелудочной железы? Что указывает на нарушение всасывания?
9. Назначьте диету ребенку.
10. Нужны ли жирорастворимые витамины ребенку? Укажите способ ведения витамина А, витамина Е.
11. В каких случаях необходимо назначение глюкокортикоидов?
12. В какой период заболевания необходимо введение витамина D?
13. Ваш прогноз?

Ребенок И, 2 лет, поступил в отделение с неустойчивым стулом, беспокойством, болями в животе.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й беременности, протекавшей с гестозом I половины, 2 срочных родов. Масса при рождении 3200 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Вскармливание грудное до 1 года, прикорм по возрасту. Ребенок рос и развивался хорошо. В 1 год масса 10 кг, рост 75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появилось в 6 месяцев при введении в пищу каши на цельном молоке. Исключение молока и замена его на низколактозные смеси привело к быстрому улучшению состояния. 2 дня назад при попытке введения молока появилась рвота, жидкий стул, метеоризм, боли в животе. Для обследования ребенок поступил в стационар.

Семейный анамнез: сестра 5 лет и мать ребенка не «любят» молоко.

Осмотр: ребенок правильно телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы чистые, слизистые оболочки обычной окраски. Зубы 6/6, белые. 3 легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, несколько вздут, пальпация по ходу кишечника незначительно болезненна, отмечается урчание. Стул 2 раза в сутки пенистый, с кислым запахом.

*Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л, Эр -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $5,1 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 3 мм/час.

*Общий анализ мочи:* цвет желтый; относительная плотность - 1015; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет.

*Биохимический анализ крови:* общий белок - 70 г/л, альбумины - 61%, холестерин - 5,8 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, кальций ионизир. - 1,0 ммоль/л, глюкоза - 4,9 ммоль/л.

*Кал на углеводы:* реакция положительная.

*Гликемические кривые после нагрузки:*

- с Д-ксилозой: через 30 минут - 1,5 ммоль/л, через 60 минут - 2,5 ммоль/л, через 90 минут - 2,2 ммоль/л.

- с глюкозой: натощак - 4,5 ммоль/л, через 30 минут - 4,8 ммоль/л, через 60 минут - 6,8 ммоль/л, через 90 минут - 5,6 ммоль/л, через 120 минут - 4,6 ммоль/л.

- с лактозой: натощак - 4,3 ммоль/л, через 30 минут - 4,6 ммоль/л, через 60 минут - 4,8 ммоль/л, через 90 минут - 4,7 ммоль/л, через 120 минут - 4,4 ммоль/л.

После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

*Копрограмма:* цвет - желтый, консистенция - кашицеобразная, мышечные волокна - единичные, жирные кислоты - незначительного количества, крахмал - немного, йодофильная флора - много.

*Исследование кала на дисбактериоз:* снижено количество кишечной палочки, увеличен процент гемолитических штаммов, резкое снижение бифидум-флоры.

*УЗИ органов брюшной полости:* печень - не изменена; поджелудочная железа - несколько увеличена в хвосте; паренхима обычной эхогенности, неоднородна.

Желчный пузырь обычной формы, стенка не уплотнена.

1. Ваш диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования проводятся в настоящее время для подтверждения диагноза?

3. Какая диета необходима при проведении качественного анализа кала на углеводы?

4. Почему не «любят» молоко родственники ребенка?

5. Назначьте правильную диету.

6. При каких условиях можно кормить этого ребенка молоком?

7. Одинаковы ли по составу однодневный и трехдневный кефир?

8. Какие Вы знаете смеси, не содержащие лактозу?
9. Можно ли сейчас назначить ребенку имодиум?
10. Какие специалисты должны осмотреть ребенка?
11. Ваш прогноз?

### **9.3 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

По окончании прохождения амбулаторной практики врач-ординатор должен:

быть готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны

труда;

Знать:

Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств; теоретические основы по избранной специальности; профилактику, диагностику, лечение наиболее распространенных заболеваний и реабилитацию пациентов, принципы и методы профилактики и лечения наиболее распространенных заболеваний; реабилитации пациентов; демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента; вопросы организации медико-социальной экспертизы; основы диетического питания и диетотерапии; о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, предоставляемой за счет средств бюджетов всех уровней); порядок направления больных на санаторно-курортное лечение; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.

Уметь:

самостоятельно проводить обследование, диагностику, лечение, реабилитацию пациентов, при необходимости организовывать дообследование, консультацию пациентов, в последующем выполнять назначения и осуществляет дальнейшее наблюдение при наиболее распространенных заболеваниях

оказывать неотложную помощь,

проводить комплекс профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий,

Оказывать непрерывную первичную медико-санитарную помощь пациенту вне зависимости от его возраста, пола и характера заболевания.

Проводить осмотр и оценивать данные физического исследования пациента.

Составлять план лабораторного, инструментального обследования.

Интерпретировать результаты лабораторных анализов; лучевых, электрофизиологических и других методов исследования;

Оказывать: помощь пациентам с профессиональными заболеваниями, медицинскую помощь при острых и неотложных состояниях организма, требующих проведение реанимационных мероприятий, интенсивной терапии.

Проводить анализ состояния здоровья пациентов, профилактику заболеваний, мероприятия по укреплению здоровья населения, включая формирование здорового образа жизни, сокращение потребления алкоголя и табака, ведет учетно-отчетную медицинскую документацию.

Организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия и



иммунопрофилактику в установленном порядке.

Выдавать заключение о необходимости направления пациентов по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение.

Взаимодействовать с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями.

Руководить работой среднего и младшего медицинского персонала.

Оформлять и направлять в учреждение Роспотребнадзора экстренное извещение при выявлении инфекционного заболевания

Проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу.

Владеть:

Методиками

Проведение обследования пациента с целью установления диагноза в амбулаторных условиях

Назначение, контроль эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии, проводимой в амбулаторных условиях

Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ, проводимых в амбулаторных условиях

Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья взрослого населения в амбулаторных условиях

Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинского персонала с целью формирования здорового образа жизни

Основами организационно-управленческой деятельности

Приемами оказания неотложной помощи

Приемами проведения реанимационных мероприятий

#### **9.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности**

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.

2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.

3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации интернов, ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.

5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам ординатуры.

## 10. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

### а) основная литература:

1. Шабалов Н. П. Детские болезни: Учебник для вузов. 9-е изд., перераб. и доп. В двух томах. Т. 1., Т. 2 — СПб.: Питер, 2021. : ил. — (Серия «Учебник для вузов»).
2. Шабалов Н.П. Неонатология: в 2т. Т.1, Т.2 :учебное пособие / Н.П. Шабалов и др. – 7-е издание, переработанное и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020
3. Основы педиатрии по Нельсону / Карен Маркданте, Роберт Клигман ; перевод с английского Е.В. Кокаревой – 8-е издание. – Москва : Эксмо, 2022. – 848 с.
4. Детская пульмонология: национальное руководство / под ред. Б.М. Блохина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 960 с.
5. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020.
6. Ревнова М. О., Тарасов О. Ф. Дифференциальная диагностика детских болезней : руководство для врачей. — Санкт-Петербург : СпецЛит, 2018. — 303 с.
7. Артамонов, Р. Г. Редкие болезни в педиатрии. Дифференциально-диагностические алгоритмы / Р.Г. Артамонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 128 с.

### б) дополнительная литература:

1. Гельминтозы. Актуальные вопросы клиники, диагностики, лечения. Учебное пособие. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2021. - 110 с.
2. Запруднов, А. М. Педиатрия с детскими инфекциями / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 572 с.
3. Ильенко, Л. И. Противокашлевая и мукоурегилирующая терапия у детей. Традиционные и нетрадиционные подходы к лечению / Л.И. Ильенко, Т.И. Гаращенко, А.В. Патудин. - М.: Медицинское информационное агентство, 2020. - 208 с.
4. Кильдиярова, Р. Р. Питание здорового и больного ребенка / Р.Р. Кильдиярова. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. - 128 с.
5. Кильдиярова, Рита Рафгатовна Питание здорового и больного ребенка. Учебное пособие / Кильдиярова Рита Рафгатовна. - М.: МЕДпресс-информ, 2020. - 927 с.
6. Лыскиной, Г. А. Детские болезни / Под редакцией Н.А. Геппе, Г.А. Лыскиной. - М.: Медицина, Шико, 2019. - 512 с.
7. Малышева-Максименкова, Е. С. Неотложная помощь в педиатрии. Учебное пособие / Е.С. Малышева-Максименкова. - М.: Ленинград, 2022. - 100 с.
8. Подкаменев, В. В. Хирургические болезни у детей. Учебное пособие / В.В. Подкаменев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с.
- 9.. Сметанкин, И. Г. Ретинопатия недоношенных. Учебное пособие / И.Г. Сметанкин, Г.С. Богданов. - М.: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2021. - 578 с.
10. Соколова, Н. Г. Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. - М.: Феникс, 2019. - 448 с.

11. Соколова, Наталья Глебовна Педиатрия с детскими инфекциями. Учебник / Соколова Наталья Глебовна. - М.: Феникс, 2022. - 817 с.
12. Сушко, Е. П. Детские болезни. Учебник / Е.П. Сушко, Л.М. Тупкова, В.А. Селезнева. - М.: Высшая школа, 2022. - 258 с.
13. Сушко, Е. П. Пропедевтика детских болезней. Учебное пособие / Е.П. Сушко. - М.: Высшая школа, 2021. - 448 с.
14. Туберкулез у детей и подростков: Учебное пособие для медицинских вузов (под ред. Худзик Л.Б., Потапова Е.Я., Александрова Е.Н.). - Москва: Машиностроение, 2022. - 368 с.
15. Уход за здоровым и больным ребенком / Коллектив авторов. - М.: СпецЛит, 2022. - 308 с.
16. Учайкин, В. Ф. Инфекционные болезни у детей. Учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 828 с.
17. Учайкин, В.Ф. Атлас детских инфекционных заболеваний / В.Ф. Учайкин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 175 с.
18. Черная, Н.Л. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей. Диагностика, профилактика и коррекция / Н.Л. Черная, др.. - М.: Феникс, 2022. - 160 с.

**11. Информационные технологии, используемые при проведении практики, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.**

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам. База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

<http://www.studentlibrary.ru/>

<http://www.scopus.com>

<http://www.clinicalkey.com>

**12. Материально-техническая база, необходимая для проведения практики**  
Обеспечивается клиническими базами практики

Наименование специализированных	Перечень оборудования
---------------------------------	-----------------------

аудиторий и лабораторий	
город Санкт-Петербург, ул. Бухарестская, 134 ДГБ №5 им. Н.Ф.Филатова	
Специализированный кабинет №1	<p>Стол 7 шт., стулья – 20шт.,  Компьютер IBM Pentium, МФЦ  лазерный Samsung SCX-4824, МФУ  Samsung SCX-4824 FN  Проектор ACER XD 1170D с  ноутбуком ACER TM5720G-302G16  Манекен ребенка 5 лет для  аускультации сердца и легких и  отработки навыков интубации  Тонометры  Бронхометатест  Колориметр КФК-2  Осмометр ОМКА-1Ц-01  Термостат для гемокоагуляции ТПС  Электрокардиограф-4-х канальный</p>
Специализированный кабинет №2	<p>Стол 1 шт., стулья 2 шт. Проектор  мультимедиа NEC NP210  Ноутбук DELL VOSTRO A860  Копировальный аппарат Phaser 3100  MFPV-S , Ксерокс PC-220  Электрокардиограф-2-х канальный  ЭК1-2</p>
Специализированный кабинет №3	<p>Стол 5 шт., стулья 20 шт.  Ноутбук Acer AS5336-T352 G25 Mikk  Принтер Laser Jet 6L, Принтер  лазерный Phaser 3117  Графопроектор Медиум-Травелер,  Проектор MP 623</p>

**Разработчик:**

Михайлова О.В., к.м.н., доцент кафедры

Куприенко Н.Б., к.м.н., доцент кафедры

**Рецензент:**

Смирнова Н.Н., д.м.н., профессор, зав. кафедрой

**Эксперт:**

Эрман М.В., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой педиатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», академик национальной академии ювенологии, Лауреат Университетской премии «За педагогическое мастерство», Главный детский нефролог Санкт-Петербурга