Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Акимкин Василий Геннадьевич
Должность: директор
Дата подписания: 24.09.2024 18:50:23
Уникальный программный ключ:
fa4f1182b8eb1c5e8b8299ead9a652dd550ab7ae

ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НАУКИ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ» ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ ПО НАДЗОРУ В СВФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА
(ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора)

УТВЕРЖДЕНО
учебно-методическим советом
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии
Роспотребнадзора

«29» августа 2024г.
Протокол №1

УТВЕРЖДАЮ
директор
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии
Роспотребнадзора

В.Г. Акимкин

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «ПЕДИАТРИЯ»

Специальность
31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы
Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшего образования

Москва, 2024 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Педиатрия» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 № 9, педагогическими работниками Образовательного центра ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Педиатрия» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора по специальности 31.08.19 Педиатрия одобрена на заседании. Протокол №1 от «29» августа 2024 года.

© Федеральное бюджетное учреждение науки «Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля) 5
2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы 21
3. Содержание дисциплины (модуля) 22
4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля) 32
5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся 34
6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся 35
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля) 35
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля) 39
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля) 40
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю) 41
Приложение 1 к рабочей программе по дисциплине (модулю) 43

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля)

Приобретение знаний о методах диагностики, лечения, в том числе при оказании неотложной помощи, профилактики заболеваний и (или) состояний у детей, о проведении медицинской экспертизы и медицинской реабилитации детей, об оказании паллиативной медицинской помощи, правилах оформления медицинской документации, должностных обязанностях медицинских сотрудников, а также умений и навыков использования полученных знаний для самостоятельной профессиональной деятельности врача-педиатра в медицинской и организационно-управленческой сферах.

Задачи дисциплины (модуля)

1. Углубление знаний в сфере педиатрии и смежных дисциплин, приобретение и совершенствование умений в освоении новейших технологий и методик в области медицины и фармации для определения возможностей и способов их применения в профессиональном контексте;
2. Углубление знаний в анатомо-функциональных особенностях органов и систем в возрастном аспекте, особенностях этиологии, патогенеза, клинического течения заболеваний (патологических состояний) и возможных вариантах их исхода у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья;
3. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике сбора жалоб и анамнеза, анализа и интерпретации полученной информации;
4. Совершенствование знаний, умений и навыков в методике физикального обследования ребенка по органам и системам, в оценке тяжести состояния по заболеванию, самочувствия, физического, полового и психомоторного развития, проведении диагностических манипуляций;
5. Приобретение умений и навыков в определении объема манипуляций и показаний к проведению лабораторных и инструментальных методов исследования, интерпретации и анализа результатов исследований;
6. Приобретение умений и навыков в проведении дифференциальной диагностики заболеваний и состояний у детей различного возраста, формулировке диагноза в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза;
7. Приобретение знаний в методах лечения, механизмах действия, лечебных и побочных эффектах лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода, а также их взаимодействия и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств, медицинские показания и противопоказания к их назначению у детей (в том числе, off-label), возможные осложнения, нежелательные реакции и методы их профилактики, и предотвращения;
8. Приобретение и совершенствование умений и навыков в составлении и обосновывании план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия»;
9. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков по проведению мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, в

том числе по профилактике ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, анализа и оценивать их эффективности;

10. Приобретение знаний в основах медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, методах медицинской реабилитации, а также умений и навыков определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в проведении и контроле выполнение мероприятий по медицинской реабилитации у детей;

11. Приобретение знаний в законодательстве РФ, регламентирующим порядки проведения медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, умений и навыков определения медицинских показаний для направления ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу, в службу ранней помощи, определения необходимости ухода за пациентом с заболеванием и (или) состоянием;

12. Приобретение знаний в области медицинского законодательства, регламентирующего оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия», медицинских показаниях для оказания ребенку паллиативной помощи, медицинских показаниях к направлению пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, на консультацию к специалистам и госпитализацию в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, а также умений и навыков разработки индивидуального плана оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей пациента;

13. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в ведении медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;

14. Приобретение и совершенствование знаний, умений и навыков в оценке состояния пациентов, требующих оказания срочной и неотложной медицинской помощи.

Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	**Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)**	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; – критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; – этапы работы с различными информационными источниками
	Уметь	– критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации; – критически оценивать надежность различных источников

		информации при решении задач научного исследования
	Владеть	– навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по специальности; – навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины;
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– методы и способы оценки возможности и вариантов применения современных достижений в области медицины и фармации.
	Уметь	– определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	– методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	– клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи; – анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте; – методику сбора информации о состоянии здоровья; – методику клинического обследования; – МКБ
	Уметь	– осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни и анализировать полученную информацию; – проводить физикальное обследование с учетом возраста; – выявлять отклонения, оценивать тяжесть состояния; – оценивать показания и объем медицинской помощи
	Владеть	– навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	– методы лабораторных и инструментальных исследований; – возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний; – нормативные показатели лабораторных и инструментальных показателей с учетом возраста
	Уметь	– определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; – определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов
	Владеть	– навыками назначения лабораторных и инструментальных исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. – навыками интерпретации лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– алгоритмы оказания помощи пациентам; – критерии оценки тяжести клинического состояния пациентов с учетом выявленной патологии; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста
	Уметь	– разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

		рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;
	Владеть	– навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
	Уметь	– анализировать клиническую картину с учетом возможных эффектов проводимой терапии; – анализировать данные лабораторных и инструментальных исследований с учетом возможных эффектов проводимой терапии
	Владеть	– навыками оценки динамики клинической симптоматики и данных лабораторно-инструментальных обследований пациентов с учетом проводимой терапии; – методами оценки эффективности и безопасности проводимого лечения у пациентов; – навыками анализа комплекса клинико-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов в педиатрии
	Уметь	– разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями педиатрического профиля; – проводить работу по реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов
	Владеть	– навыком составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях педиатрического профиля
ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания.
	Уметь	– оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка - инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – оценивать эффективность и безопасность мероприятий по

		медицинской реабилитации у детей с хроническими заболеваниями, составленной врачами-специалистами с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания; – оценивать эффективность и безопасность реализации санаторно-курортного лечения у детей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания
	Владеть	– навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Знать	– нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз; – медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
	Уметь	– выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями для прохождения медико-социальной экспертизы;
	Владеть	– навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками подготовки необходимой документации для осуществления медико-социальной экспертизы
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Знать	– порядок проведения медицинской экспертизы; – порядок выдачи медицинской документации
	Уметь	– организовать направление детей с заболеваниями и или состояниями на медицинскую экспертизу при наличии показаний; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения
	Владеть	– организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	– основы формирования здоровья детей; – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; – современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания; – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ профилактики ожирения, аллергических заболеваний; – формы и методы санитарно-просветительной работы с ребенком (его законными представителей), среди медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний у детей
	Уметь	– проводить санитарно-просветительную работу с детьми, подростками и их родителями (законными представителями) о безопасности жизни и здоровья (психического, физического, в том числе репродуктивного, социального) разрабатывая новые формы донесения информации; – рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия
	Владеть	– навыками пропаганды здорового образа жизни; – навыками организации и проведения профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья
ОПК-8.2 Оценивает и	Знать	– методы проведения оздоровительных и профилактических

контролирует эффективность профилактической работы с населением		мероприятий для пациентов
	Уметь	– анализировать и оценивать их эффективность программ формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания – оценивать эффективность профилактической работы с пациентами.
	Владеть	– навыками оценки эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп (его законными представителями).
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; – правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; – принципы организации деятельности медицинского персонала
	Уметь	– использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	Владеть	– навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», оформления медицинской документации – навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия» в условиях стационара (с круглосуточным пребыванием) и дневного стационара		
ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний у пациентов по профилю «педиатрия»	Знать	– основные деонтологические нормы и законы; – основы медицинского права Российской Федерации; – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; – Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие работу врача, подходы к диагностике и пр. – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – Российские и международные документы, регулирующие защиту прав и охрану здоровья детей; – порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «педиатрия», клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи; – анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности, закономерности функционирования здорового организма ребенка в различные периоды детства и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; – особенности регуляции функциональных систем организма ребенка в различные периоды детства в норме и при патологических процессах; – методику сбора и оценки жалоб, всех видов анамнеза (анамнез жизни с акушерским анамнезом, в том числе время прикладывания к груди в родзале, продолжительности грудного вскармливания, начала смешанного, искусственного вскармливания, сроков введения прикорма и реакции на продукты прикорма; вакцинальный, анамнез заболевания, наследственный с построением генеалогического древа, аллергологический,

		эпидемиологический); – особенности этиологии, патогенеза, диагностики, клинического течения заболеваний (патологических состояний) и возможные варианта их исхода у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; – методику физикального обследования ребенка по органам и системам, с оценкой тяжести состояния по заболеванию, самочувствия, физического, полового и психомоторного (нервно-психического у детей старшего возраста) развития; – основы детской и подростковой психологии и психиатрии; – методы лабораторных и инструментальных обследований, используемые в педиатрической практике, правила подготовки к ним и интерпретации их результатов в зависимости от возраста и пола; – медицинские показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование; – медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам; – методику и алгоритм проведения диагностических манипуляций, таких как: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчет индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); - пикфлоуметрия; - проба Штанге; - проба Генча; - проба Шалкова; - ортостатическая проба; - отоскопия; - передняя риноскопия; - катетеризация мочевого пузыря у мальчиков и девочек; - исследование уровня глюкозы крови при помощи глюкометра; - мазок со слизистой зева и носа; - бакобследование на дифтерию; - соскоб на энтеробиоз и критерии интерпретации полученных результатов; – перечень показаний и противопоказаний для направления пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на очередной этап выхаживания и (или) лечения, санаторно-курортное лечение и пр., а также правила и порядок оформления соответствующей медицинской документации; – методику обоснования и формулировки клинического диагноза с учетом действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
	Уметь	– устанавливать контакт с ребенком (и/или его законным представителем); – осуществлять сбор жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у детей или у их законных представителей; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента или у его законного представителя; – проводить полное физикальное обследование детей

		различных периодов детства; – оценивать общее состояние и самочувствие ребёнка, состояние по заболеванию; – проводить диагностические манипуляции: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчёт индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); - пикфлоуметрия; - проба Штанге; - проба Генча; - проба Шалкова; - ортостатическая проба; - отоскопия; - передняя риноскопия; - катетеризация мочевого пузыря у мальчиков и девочек; - исследование уровня глюкозы крови при помощи глюкометра; - мазок со слизистой зева и носа; - бакобследование на дифтерию; - соскоб на энтеробиоз; – анализировать и интерпретировать полученные при физикальном обследовании результаты; – определять соотношение между паспортным и биологическим возрастом детей и подростков, проводить антропометрию, оценивать физическое и психомоторное развитие ребенка, анализировать и интерпретировать полученные результаты; – составлять план дополнительного обследования; – обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи; – объяснять пациенту (его законному представителю, осуществляющему уход за пациентом) правила подготовки к лабораторным и инструментальным обследованиям и цель их назначения, а также правила пользования термометром, пикфлоуметром, аппаратами для суточного мониторирования ЭКГ и АД и другими приборами, используемыми для диагностики; – интерпретировать и анализировать лабораторные и инструментальные обследования пациента по профилю «педиатрия» с учетом возрастно-половых норм; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам – интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов; – осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, находящимся на стационарном лечении. Анализировать динамику заболевания; – применять медицинские изделия, которые входят в стандарт оснащения отделения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи; – пользоваться действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

		(МКБ); – проводить дифференциальную диагностику заболеваний; – формулировать диагноз в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза; – определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.
	Владеть	– навыками сбора жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» и/или его законных представителей; – навыками интерпретации и анализа информации, полученной от пациента (его законных представителей) с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия». – навыками проведения полного физикального обследования пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, оценка тяжести состояния по заболеванию и (или) состоянию по профилю «педиатрия». – навыками определения диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний у пациента по профилю «педиатрия». – навыками обоснования предварительного диагноза и составление плана обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия»; – навыками составления плана дополнительного обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия». – навыками направления пациента на консультацию к врачам-специалистам; – навыками интерпретации и анализа физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, – навыками интерпретации заключений, полученных от врачей-специалистов. – навыками проведения дифференциальной диагностики и установление заключительного диагноза в соответствии с общепринятой клинической классификацией и действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее МКБ).
ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», контролирует его эффективность и безопасность	Знать	– порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»; – стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – нормативно-правовую базу по оформлению рецептов на лекарственные препараты, в том числе сильнодействующие и иммунобиологических лекарственных средства, продукты лечебного питания; – правила выписывания рецептов; – методы лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – виды режима двигательной активности в зависимости от тяжести состояния по заболеванию и стадии заболевания; – механизм действия, лечебные и побочные эффекты лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода, а также их взаимодействие и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств; медицинские показания и противопоказания к их

		назначению у детей (в том числе, off-label); – возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, а также условия хранения лекарственных препаратов; – характеристику лечебных столов и показания для их назначения; – виды искусственного питания пациента; – показания и противопоказания для назначения каждого вида искусственного питания; – тактика проведения каждого вида искусственного питания; – классификацию и перечень продуктов для энтерального питания и показания для его назначения; – классификацию лечебных смесей (заменителей грудного молока) для искусственного вскармливания детей 1 года жизни, их характеристику, состав и показания для назначения; – формы выпуска лекарственных средств, их способы введения и доставки; – национальную программу оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ; – национальную программу оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ; – национальную программу «по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике)»; – перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, утвержденный Правительством РФ; – современные данные доказательной медицины по эффективности методов лечения, лекарственных препаратов, продуктов питания; – методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний у детей; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные; – способы предотвращения или устранения побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при лечении пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – правила оформления дефектур, документов о побочных проявлениях после иммунизации; – правила асептики и антисептики
	Уметь	– составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания и (или) состояния; – назначать вид лечебно-охранительного режима (режима двигательной активности) пациенту в зависимости от тяжести состояния по заболеванию, характера и стадии заболевания; – назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, косметику и средства ухода ребенку; – рассчитывать дозу лекарственного средства (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), продуктов питания, с учетом возраста, веса ребенка, характера, стадии и тяжести заболевания; – назначать кратность и оптимальный способ введения, длительность приема; – оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания.

		– назначать немедикаментозное лечение ребенку. – назначать лечебные молочные смеси для вскармливания детей 1 года жизни с хроническими и наследственными заболеваниями. – назначить и рассчитать объем энтерального и парентерального питания. – оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациента. – анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка. – разъяснять пациенту, его законным представителям и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимость и правила приема медикаментозных средств, продуктов детского и лечебного питания и лечебной косметики, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии. – выписывать рецепты для лекарственных средств списка А, Б, продуктов лечебного питания, пациентов льготных категорий. – обосновывать назначение лекарственных препаратов off-label, оформлять соответствующую документацию. проводить простейшие лечебные манипуляции: - обработка пупочной ранки - утренний туалет новорожденного и грудного ребенка - гигиенический массаж новорожденного - закапывание капель в глаза, нос - лекарственная клизма - очистительная клизма - промывание желудка - использование дозированного ингалятора - использование спейсера - использование небулайзерного ингалятора и обучить им родителей (или законных представителей) ребенка, младший мед.персонал осуществляющих уход за ребенком.
	Владеть	– навыками разработки плана лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – навыками организации режима дня и лечебно-охранительного режима пациента, находящегося на стационарном лечении; – навыками назначения лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий, лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения пациентам лекарственных средств off-labe; – навыками оценки эффективности применяемых у пациента лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения немедикаментозного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, курсовой прием минеральной воды, лечебное питание и пр.); – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозного лечения
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации	Знать	– основы медицинской реабилитации, в том числе длительно и часто болеющего ребенка, ребенка с хроническими заболеваниями, в том числе ребенка-инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями; – механизм воздействия санаторно-курортного лечения, физических лечебных факторов на организм ребенка с

индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		хроническими заболеваниями и (или) состояниями; – медицинские показания для направления ребенка с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий; – медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения; – методы санаторно-курортного лечения; – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка.
	Уметь	– определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; – составлять индивидуальный план реабилитационных мероприятий пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; – участвовать в проведении и контролировать выполнение мероприятий по медицинской реабилитации у ребенка с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – участвовать в проведении и контролировать выполнение программы реабилитации детей с хроническими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания, составленной врачами-специалистами; – направлять на санаторно-курортного лечение; – оформлять отчетно-учетную документацию о пациентах, получающих реабилитационные программы; – оформлять документы для направления пациента на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные учреждения здравоохранения.
	Владеть	– навыками определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения; – навыками реализации плана медицинской реабилитации и противорецидивного лечения для пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе детей-инвалидов и детей; – навыками участия в проведении мероприятий медицинской реабилитации; – навыками назначения санаторно-курортного лечения детям с хроническими заболеваниями; – навыками оформления медицинской документации для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные учреждения здравоохранения; – предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка
ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в	Знать	– нормативные правовые акты, регламентирующие порядки выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, в

отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия»		том числе в форме электронного документа, правила признания лица инвалидом, недееспособным; – перечень заболеваний и (или) состояний по профилю «педиатрия», приводящие к ограничению жизнедеятельности ребенка (подростка); – медицинские показания для направления ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу; – медицинские показания и требования к оформлению медицинской документации для направления ребенка (подростка), имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами на медико-социальную экспертизу – принципы организации и проведения медико-социальной экспертизы у пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь
	Уметь	– определять степень нарушения в состоянии здоровья ребенка, приводящие к ограничению его жизнедеятельности. – направлять ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы. – формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз, в части наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний. – оформлять листок нетрудоспособности по уходу за больным несовершеннолетним пациентом.
	Владеть	– навыками определения нарушений состояния здоровья ребенка, приводящих к ограничению его жизнедеятельности; – навыками направления ребенка, с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы, врачебно-консультационной комиссии; – навыками определения необходимости ухода за пациентом и выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу законному представителю ребенка; – навыками определения необходимости продления листка временной нетрудоспособности по уходу за ребенком законному представителю ребенка дольше установленных сроков; – навыками оформление необходимой медицинской документации для проведения врачебно-консультационной комиссии и для осуществления медико-социальной экспертизы
ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	– Нормативные документы, регламентирующие вакцинопрофилактику в РФ, перечень прививок, реализуемых в рамках НКПП РФ и сроки их введения. перечень и сроки введения прививок, реализуемых в рамках календаря по эпид. показаниям на территории РФ и в регионе работы педиатра; – методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации; – основные принципы профилактического наблюдения за ребенком с учетом возраста, состояния здоровья; – перечень врачей-специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров, лабораторных и инструментальных обследований, профилактических прививок при проведении профилактических медицинских осмотров в зависимости от возраста ребенка и состояния его здоровья; – принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей; – медицинские показания и противопоказания к проведению вакцинации, классификацию и клинические проявления возможных побочных проявлений после вакцинации и алгоритм оказания неотложной помощи при их возникновении;

		– названия вакцин, зарегистрированных и применяемых для вакцинации в соответствии с НКПП на территории РФ, инструкции к вакцинным препаратам, иммуноглобулинам и сывороткам, сроки мед. отвода от прививок после перенесённых заболеваний. возможность сочетания вакцин и их одновременного введения, в том числе для постэкспозиционной профилактики; – правила грудного вскармливания и его пользы для сохранения здоровья матери и ребенка, состав грудного молока; – методы антенатальной и постнатальной профилактики недостаточности и дефицита витамина d, железодефицитной анемии и других дефицитных состояний. лекарственные препараты, применяемые с целью профилактики дефицитных состояний у детей; – сроки и порядок введения прикорма в зависимости от возраста и состояния ребенка; – классификацию заменителей грудного молока, показания и правила применения в зависимости от возраста и состояния ребенка; – основные принципы рационального сбалансированного питания детей с учетом возраста, состояния здоровья.
	Уметь	– разрабатывать и внедрять программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, используя современные данные доказательной медицины; – проводить скрининг-тесты на выявление хронических, наследственных болезней; – проводить беседу с родителями (законными представителями) новорождённого ребенка (и детей старших возрастных групп) об иммунопрофилактике, объяснять и убеждать родителей (законных представителей) ребенка в целесообразности вакцинации, развенчивать мифы о вакцинации; – составлять план вакцинации здоровым детям в соответствии с НКПП в зависимости от возраста. составлять индивидуальный план вакцинации детям, рожденным раньше срока, а также детям с отклонениями в состоянии здоровья и с хроническими заболеваниями. составлять индивидуальный план вакцинации детям, получающим иммуносупрессивную, биологическую терапию, и других «особых групп»; – составлять график догоняющей вакцинации; – организовывать экстренную иммунопрофилактику, вакцинацию по эпид.показаниям; – назначать качественные заменители грудного молока (в случае отсутствия грудного молока или резкого его снижения) с учетом возраста, состояния здоровья ребенка и семейного анамнеза с целью профилактики аллергических и других заболеваний); – назначать лечебные молочные смеси для вскармливания детей 1 года жизни с хроническими и наследственными заболеваниями; – составлять индивидуальный план введения прикорма ребенку первого года жизни в зависимости от состояния по заболеванию, наличия противопоказаний; – проводить антенатальную и постнатальную профилактику недостаточности и дефицита витамина D, анемии и других дефицитных состояний у детей первого года жизни и других возрастных групп; – выбирать форму лекарственного препарата и рассчитывать дозу для профилактики дефицитных состояний у ребенка, в зависимости от возраста, массы ребенка и клинической ситуации; – назначать диетическое питание пациенту с заболеванием

		и (или) состояние по профилю «педиатрия» в зависимости от возраста, стадии заболевания
	Владеть	– навыками формирования у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, элементов здорового образа жизни; – навыками проведение санитарно-просветительной работы с матерями грудных детей и формирование приверженности матерей к грудному вскармливанию; – навыками организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний здоровым детям и детям с отклонениями в состоянии здоровья, и хроническими болезнями по эпид. показаниям; – навыками назначения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий ребенку с учетом факторов риска; – навыками организации экстренной иммунопрофилактики, в том числе активной и пассивной иммунизации.
ПК-1.6 Оказывает паллиативную медицинскую помощь детям в условиях стационара	Знать	– основные деонтологические нормы и законы; основы медицинского права Российской Федерации; Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие, деятельность медицинских организаций и медицинских работников (в том числе, оказывающего паллиативную помощь), в том числе в сфере назначения, выписывания и хранения наркотических средств и психотропных веществ; – клинические рекомендации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; – порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; – клинические рекомендации по лечению болевого синдрома при оказании паллиативной медицинской помощи; – медицинские показания для оказания ребенку паллиативной помощи; – медицинские показания к направлению пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, на консультацию к специалистам и госпитализацию в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь; – механизм действия опиоидных анальгетиков и психотропных веществ, способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций при их применении; – медицинские показания к применению методов физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной медицинской помощи; – основы рационального питания, принципы лечебного питания при оказании помощи с целью профилактики и лечения синдрома кахексии.
	Уметь	– устанавливать контакт с тяжело больным ребенком (и/или его законным представителем), получающим паллиативную помощь. – оценивать интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; – проводить обезболивание пациентов по профилю «педиатрия», нуждающихся в оказании паллиативной помощи. выбрать лекарственное средство, рассчитать дозу лекарственного средства, с учетом возраста и массы тела ребенка; – разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей; – обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, получающих паллиативную помощь; – предусматривать возможные осложнения и осуществлять

		их профилактику; – проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь; – консультировать родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; – оказывать помощь в решении этических и юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; – оказывать родственникам психологическую поддержку в период переживания горя и утрат
	Владеть	– навыками ведения пациентов с заболеваниями по профилю «педиатрия», находящихся в медицинской организации с круглосуточным пребыванием и нуждающихся в оказании паллиативной помощи; – навыками участия в разработке и проведении комплексных мероприятий по улучшению качества жизни пациентов, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; – навыками консультирования родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход, по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; – навыками решения этических вопросов, помощь в решении юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; – навыками оказания родственникам психологической поддержки в период переживания горя и утраты
ПК-1.7 Оказывает скорую медицинскую помощь детям в экстренной и неотложной формах на госпитальном этапе	Знать	– особенности этиологии, патогенеза, диагностики и клинического течения неотложных состояний у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; – клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; – критерии диагностики неотложных состояний у пациентов по профилю «педиатрия»; – правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; – методику и алгоритм проведения неотложной помощи пациентам по профилю «педиатрия» на госпитальном этапе; – методику и алгоритм проведения экстренной помощи пациентам по профилю «педиатрия»;
	Уметь	– определять степень тяжести угрожающего состояния и прогноз для жизни. – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) госпитальном этапе; – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах ребенку с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при развитии нежелательных (побочных) реакций при введении лекарственных средств на госпитальном этапе; – применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах на госпитальном этапе. – выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. – оформлять необходимую сопроводительную медицинскую документацию и транспортировать (сопровождать)

		ребенка на следующий этап оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
	Владеть	– навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. – навыками определения медицинских показаний для оказания ребенку экстренной и неотложной медицинской помощи. – навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. – навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме на госпитальном этапе при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания). – применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах госпитальном этапе.
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	– правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»
	Уметь	– оформлять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; – получать согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных, на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику; – использовать в своей работе персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну
	Владеть	– навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; – навыками использования в работе персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну
ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»; – требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
	Уметь	– осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинских работников, находящихся в распоряжении
	Владеть	– навыками контроля выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинского персонала; – навыками участия в обеспечении пределах своей компетенции внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – навыками соблюдения правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности

2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	**Всего, час.**	**Объем по полугодиям**			
		1	**2**	**3**	**4**

Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		*468*	*344*	*124*	-	-
Лекционное занятие (Л)		*44*	*28*	*16*	-	-
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)		*424*	*316*	*108*	-	-
Консультации (К)		-	-	-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		*532*	*372*	*160*	-	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Экзамен (Э)		*Зачет/Экзамен - 8*	*ЗО - 4*	*Э - 4*	-	-
Общий объем	**в часах**	*1008*	*720*	*288*	-	-
	в зачетных единицах	*28*	*20*	*8*	-	-

3. Содержание дисциплины (модуля)

Раздел 1. Неонатология.

Тема 1.1 Организация медицинского обслуживания новорожденных детей.

Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи новорожденным детям. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала. Физиология и патология новорожденного. Особенности адаптационного периода. Пограничные состояния новорожденных. Особенности течения адаптационного периода у недоношенных и маловесных детей. Неонатальные кардиологические, биохимические и аудиологические скрининговые исследования. Профилактическая вакцинация новорожденных детей. Организация и поддержка грудного вскармливания. Уход за здоровым новорожденным ребенком.

Тема 1.2 Становление биоценоза в неонатальном периоде.

Понятие микробиоты. Роль в развитии адаптивной иммунной системы. Состав микробиоты кишечника в зависимости от родоразрешения. Влияние характера вскармливания. Связь микробиоты с когнитивным развитием, метаболическими и кишечными заболеваниями. Профилактика дисбиоза у новорожденного.

Тема 1.3 Билирубиновый обмен в неонатальном периоде.

Дифференциальный диагноз, особенности диагностики и лечения непрямых гипербилирубинемий: в результате увеличения разрушения эритроцитов, нарушения конъюгации, усиления кишечно-печеночной рециркуляции.

Дифференциальный диагноз, особенности диагностики и лечения прямых гипербилирубинемий. Диагностика и дифференциальная диагностика синдрома холестаза в неонатальном периоде.

Тема 1.4 Кислородный гомеостаз у новорожденных.

Асфиксия новорожденных. Пре- и перинатальные факторы риска, этиология, патогенез, клиническая картина. Базовая помощь новорожденному в родильном зале. Алгоритм оказания реанимационнаой помощи в родильном зале. Показания к переводу новорожденных детей из родильного дома в другие стационары и отделения. Транспортировка новорожденных детей.

Тема 1.5 Поражения органов дыхания у новорожденных.

Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Этиология, патогенез, классификация, клинические симптомы, дифференциальная диагностика, методы

профилактики, тактика ведения новорожденных детей, осложнения, ближайшие и отдаленные исходы.

Транзиторное тахипноэ у новорожденных.

Внутриутробные и неонатальные пневмонии, клинические проявления, особенности лабораторных и инструментальных методов диагностики, лечение. Особенности течения пневмонии у недоношенных детей.

Бронхолегочная дисплазия, клиника, диагностика, лечение. Предпосылки формирования бронхолегочной дисплазии в неонатальном периоде, возможности профилактики

Тема 1.6 Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных.

Гипоксические поражения ЦНС. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз. Особенности клиники гипоксического поражения ЦНС у недоношенных детей.

Травматические поражения ЦНС. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз. Особенности клиники родовой травмы у недоношенных детей

Инфекционный поражения ЦНС. Менингиты у новорожденных детей. Этиология, диагностика, лечение. Принципы этиотропной и патогенетической терапии.

Метаболические поражения ЦНС, клинически-лабораторные и инструментальные проявления. Особенности лечения. Метаболические поражения ЦНС непрямым билирубином.

Принципы реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС, роль кинезиотерапии.

Тема 1.7 Бактериальные и грибковые инфекции у новорожденных детей. Неонатальный сепсис. Грибковые инфекции у новорожденных и недоношенных детей. Локализованные бактериальные инфекции кожи и слизистых оболочек, органов мочевой системы, пневмония, септический артрит и остеомиелит. Этиология, патогенез, классификация, клинические симптомы, дифференциальная диагностика, методы профилактики, тактика ведения новорожденных детей**.**

Тема 1.8 Вирусные и паразитарные заболевания новорожденных.

Особенности клиники, диагностики и лечения при внутриутробном и постнатальном инфицировании. TORCH инфекции.

Герпес вирусные инфекции (заболевания, вызванные вирусом герпеса 1,2 ,5,6 типов).

Токсоплазмоз.

ВИЧ-инфекция у новорожденных, особенности диагностики, лечения и диспансерного наблюдения.

Краснуха. Понятие врожденной краснухи.

Тема 1.9 Гемостаз в неонатальном периоде.

Современные представления о системе гомеостаза у новорожденных детей. Факторы риска, обуславливающие нарушения функционирования в системе гемостаза. Этиология, патогенез, классификация, клинические симптомы, дифференциальная диагностика геморрагического синдрома, методы профилактики, мониторинг, тактика лечения новорожденных детей.

Тема 1.10 Анемии у новорожденных детей.

Возрастная физиология красного кровяного ростка и нормативы в динамике. Этиология анемий, патогенез, классификация, клинические симптомы, дифференциальная диагностика, методы профилактики, мониторинг, тактика ведения новорожденных детей. Ранняя анемия недоношенных детей.

Тема 1.11 Заболевания и функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта в неонатальном периоде.

Классификация заболеваний и функциональных нарушений. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.

Функциональные нарушения ЖКТ.

Нарушения экзокринной функции поджелудочной железы у новорожденных.

Нарушения ЖКТ, развивающиеся при синдроме холестаза.

Лимфангиэктазия кишечника.

Хлоридно-бикарбонатный обмен (диарея с потерей хлорида).

Натриево-водородный обмен (врожденная натриевая диарея).

Натрий-зависимый котранспортер глюкозы (глюкозо-галактозная малабсорбция).

Дефицит энтерокиназы.

Дефицит лактазы и сахаразы-изомальтазы.

Аллергия на белок коровьего молока. Синдром энтероколита, вызванный пищевыми белками.

Инфекционные диареи.

Некротический энтероколит, этиология, патогенез, особенности клиники, диагностики и лечения у новорожденных.

Синдром короткой кишки.

Хирургическая патология ЖКТ в неонатальном периоде (пороки развития ЖКТ, пилоростеноз, инвагинация кишечника).

Тема 1.12 Недоношенные дети.

Морфофункциональные особенности. Особенности выхаживания глубоко недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Понятие «Поздние недоношенные». Особенности фармакотерапии недоношенных детей.

Тема 1.13 Поражения органов мочевой системы в период новорожденности.

Понятие «острое повреждение почек». Врожденные пороки развития органов мочевой системы. Особенности течения инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочевой системы у новорожденных.

Тема 1.14 Эндокринопатии у новорожденных.

Основные неонатальные эндокринопатии:

Врожденный гипотиреоз.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (адреногенитальный синдром).

Нарушения полового развития (нарушения формирования пола) у новорожденных.

Неонатальный сахарный диабет. Врожденный гиперинсулинизм.

Диабетическая эмбриофетопатия.

Особенности клинических проявлений. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

Тема 1.15 Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.

Показания, принципы расчета, методики проведения и контроля.

Раздел 2. Патология детей раннего возраста.

Тема 2.1 Аномалии конституции.

Определение понятий аномалии конституции, диатез. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатико-гипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Современные представления о причинах, механизмах развития, основных клинико-параклинических маркерах диатезов. Основные направления профилактики заболеваний, связанных с аномалиями конституции (образование родителей, контроль триггеров, лечебно-косметический уход за кожей ребенка, немедикаментозные методы воздействия, организация рационального питания.)

Тема 2.2 Диететика.

Грудное вскармливание, его роль в формировании здоровья. Правила грудного вскармливания, состав грудного молока. Сроки и порядок введения прикорма. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ. Искусственное вскармливание, смешанное вскармливание. Классификация смесей. Потребности в основных пищевых ингредиентах. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ. Хронические расстройства питания. Белково-энергетическая недостаточность. Гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.

Тема 2.3 Физическое и нервно-психическое развитие детей.

Показатели физического развития, закономерности роста, нормативные показатели, факторы, влияющие на динамику длины и массы. Центильный и сигмальный методы оценки физического развития. Анатомо-функциональные особенности нервной системы у детей раннего возраста. Критерии оценки нервно-психического развития детей. Основы детской психологии и психиатрии. Методы оценки. Профилактика отклонений от нормы.

Тема 2.4 Рахит, рахитоподобные заболевания.

Диагностика, лечение, профилактика рахита. Дифференциальный диагноз рахитоподобных заболеваний, лечение, профилактика. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

Тема 2.5 Анемии.

Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз с иммунной недостаточностью. Гемолитические анемии.

Тема 2.6 Геморрагические диатезы.

Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение. Лейкозы и гипопластические анемии у детей раннего возраста.

Тема 2.7 Заболевания дыхательной системы.

Острые респираторные заболевания, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей: диетотерапия, ЛФК, физиотерапия; Ларинготрахеит, классификация, диагностика, лечение. Неотложная помощь при стенозе гортани. Обструктивный бронхит и бронхиолит, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Пневмонии. Классификация, диагностика, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз. Токсические пневмонии, интенсивная терапия. Дыхательная недостаточность. Классификация. Алгоритм оказания неотложной помощи.

Респираторные аллергозы. Наследственно обусловленные заболевания легких. Особенности течения в детском возрасте.

Тема 2.8 Гнойно-воспалительные и атопические заболевания кожи.

Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.

Тема 2.9 Особенности водно-электролитного гомеостаза у детей раннего возраста.

Типы и виды обезвоживания. Токсикоз с эксикозом. Степени дегидратации. Клиника, лечебные меры. Методика восстановления гомеостаза воды и электролитов.

Тема 2.10 Наследственные заболевания.

Болезни накопления и энзимопатии. Нарушения метаболизма белков, углеводов, липидов. Нарушения метаболизма с поражением печени, манифестирующие до 1 года. Диагностика, лечение.

Тема 2.11 Заболевания желудочно-кишечного тракта.

Анатомо-физиологические особенности ЖКТ. Аномалии развития ЖКТ. Синдром рвоты и срыгивания у детей. Функциональные нарушения ЖКТ у детей раннего возраста. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Поливалентная пищевая аллергия, дисахаридазная недостаточность. Целиакия. Врожденный дефицит панкреатических ферментов. Муковисцидоз. Болезнь Швахмана. Воспалительные заболевания кишечника с ранним началом (Болезнь Крона, язвенный колит). Функциональный запор. Диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

Тема 2.12 Заболевания мочевыделительной системы.

Возрастные анатомо-физиологические особенности почек и мочевыводящих путей. Пороки развития почек и мочевыводящих путей (CAKUT). Почечные дисплазии у детей. Инфекция мочевыводящих путей детей раннего возраста.

Врожденные и наследственно-обусловленные заболевания почек. Поликистоз почек аутосомно-рецессивный и аутосомно-доминантный. Врожденный и инфантильный нефротический синдромы. Наследственный нефрит. Рахитоподобные тубулопатии. Витамин Д –зависимый и резистентный рахит. Болезнь Де Тони-Дебре-Фанкони. Тубулопатии с синдромом полиурии и полидипсии: почечный тубулярный ацидоз, псевдогипо- и псевдогиперальдостеронизм, почечная глюкозурия, синдром Лиддла, синдром Барттера. Диагностика, принципы генетического обследования. Принципы лечения.

Тема 2.13 Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз. Инфекционные эндокардиты. Неревматические кардиты. Клиника, лечение. МАРС. Сердечная недостаточность.

Раздел 3. Патология детей старшего возраста.

Тема 3.1 Заболевания сердечно-сосудистой системы.

3.1.1 Структура, принципы организации и основные задачи кардиологической помощи детям. Методы обследования ребенка/подростка с патологией сердечно-сосудистой системы. Показания для направления на медико-социальную экспертизу. Реабилитация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: этапы, принципы,

международная классификация функционирования. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала.

3.1.2 Нарушения ритма сердца. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Экстрасистолия. Наджелудочковая и желудочковая тахикардия. Атриовентрикулярная блокада. Фибрилляция/трепетание предсердий/желудочков. Первичные электрические заболевания сердца. Клинические проявления. Методы диагностика нарушений ритма сердца. Лечение. Прогноз. Неотложная помощь при жизнеугрожающих аритмиях (фибрилляция желудочков, асистолия).

3.1.3 Кардиомиопатии. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

3.1.4 Критические и неотложные состояния в кардиологии детского возраста. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

3.1.5 Первичные и вторичные артериальные гипертензии. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

3.1.6 Миокардиты различной этиологии. Этиопатогенез. Классификация, диагностика, лечение.

3.1.7 Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Диагностика. Лечение. Профилактика.

3.1.8 Перикардиты. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль лабораторно-инструментальных методов в диагностике перикардитов. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.

3.1.9 Врожденные пороки сердца. Этиология. Классификация. Особенности гемодинамики. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания и сроки оперативного лечения.

3.1.10 Опухоли сердца у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.

3.1.11 Лёгочная гипертензия у детей и подростков. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

3.1.12. Сердечная недостаточность у детей Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Терапевтическое и хирургическое лечение

3.1.13 Синкопальные состояния у детей. Причины и механизмы развития. Диагностика. Методы лечения и профилактики.

Тема 3.2 Болезни органов дыхания, аллергология.

3.2.1 Основы организации пульмонологической помощи детскому населению.

Структура, принципы организации и основные задачи пульмонологической помощи детям, ведение документации. Проведение медицинской экспертизы временной нетрудоспособности. Направление пациентов на медико-социальную экспертизу. Современные методы исследования в пульмонологии. Функциональные методы исследования. Бронхоскопия. Исследование биопсийного материала. Основные методы лечения больных с заболеваниями органов дыхания. Постгоспитальное наблюдение и реабилитация больных.

3.2.2 Бронхиты у детей и подростков. Острый (простой) и обструктивный, рецидивирующий бронхиты. Хронический бронхит. Клиника, диагностика. Дифференциально диагностические критерии. Хроническая обструктивная легочная болезнь у подростков. Дифференциальный диагноз. Синдром цилиарной дискинезии.

3.2.3 Пневмонии у детей старшего возраста и подростков. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Особенности течения пневмонии в зависимости от возраста, формы, этиологии, тяжести и осложнений. Дифференциальный диагноз. Методы диагностики. Неотложная помощь и интенсивная терапия при острых пневмониях. Современные методы лечения. Реабилитация, профилактика.

3.2.4 Плевриты у детей и подростков. Этиология. Классификация. Вторичные мета- и постпневмонические плевриты. Методы диагностики. Особенности клиники и течения сухого и выпотного плеврита. Консервативное лечение и показания к операции.

3.2.5 Врожденные и наследственные заболевания органов дыхания. Пороки развития легкого, трахеобронхиального дерева. Муковисцидоз. Идиопатический легочный гемосидероз. Первичная легочная гипертензия. Синдром Гудпасчера. Синдром Картагенера. Поражение легких при первичных иммунодефицитах. Диагностика, дифференциальный диагноз. Подходы к терапии.

3.2.6 Бронхиальная астма у детей и подростков. Определение. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные подходы к диагностике. Определение состояния функции внешнего дыхания, оксида азота. Критерии тяжести течения астмы, обострения астмы. Лечение астмы (ступенчатая терапия, базисная терапия, симптоматическая терапия). АСИТ. Реабилитация (ЛФК, дыхательная гимнастика, санаторно-курортное лечение). Особенности проведения вакцинации. Медико-социальная экспертиза для установления инвалидности.

Астматический статус. Клиника в зависимости от стадии. Лечение. Осложнения. Неотложная терапия.

3.2.7 Респираторные аллергозы у детей и подростков. Определение. Влияние экологии на развитие аллергозов. Патогенез. Клиника, диагностика. Аллергический бронхит. Аллергический альвеолит. Дифференциальная диагностика синдрома рецидивирующего кашля и рецидивирующей бронхообструкции. Лечение, профилактика (первичная, вторичная, третичная) аллергических заболеваний.

3.2.8 Дыхательная недостаточность у детей и подростков. Причины развития. Классификация. Клинические, функциональные и лабораторные признаки дыхательной недостаточности. Лечение. Реанимационные мероприятия, интенсивная терапия.

Тема 3.3 Эндокринная патология.

Современные сведения о классификации, клинических проявлениях, диагностики и принципах лечения, наиболее часто встречающихся в практике педиатра эндокринологических заболеваниях/синдромах:

Нарушения роста. Задержка роста/низкорослость. Высокорослость.

Избыточная масса тела. Ожирение.

Нарушения углеводного обмена. Сахарный диабет. Острые и хронические осложнения.

Заболевания щитовидной железы. Гипотиреоз. Диффузно-токсический зоб (болезнь Грейвса).

Заболевания паращитовидных желез. Гипопаратиреоз. Гипепаратиреоз.

Нарушения полового созревания. Задержка полового созревания/Гипогонадизм. Преждевременное половое созревание.

Несахарный диабет.

Эндокринные нарушения при соматических заболеваниях:

- влияния хронических заболеваний на физическое развитие (соматогенная задержка роста и полового созревания);

- длительный прием препаратов (медикаментозный синдром Кушинга, синдром отмены глюкокортикоидов, стероидный сахарный диабет, задержка роста, задержка полового созревания).

Маски эндокринных заболеваний: эндокринные артропатии и остеопатии, эндокринные миопатии, изменения сердечно-сосудистой системы, артериальная гипертензия и др.

Тема 3.4 Заболевания мочевыделительной системы.

3.4.1 Основы организации детской нефрологической службы. Основные принципы медико-социальной экспертизы в нефрологии. Экспертиза временной нетрудоспособности. Виды и ориентировочные сроки временной нетрудоспособности. Показания к направлению больных на МСЭ. Основные принципы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции почек, имеющих инвалидность. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала Основные синдромы и современны методы исследования в нефрологии. Алгоритмы диагностики болезней органов мочевой системы у детей.

3.4.2 Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита. Понятие стероидрезистентности, показания к назначению стериодсберегающей терапии.

3.4.3 Современные сведения о классификации, клинических проявлениях и принципах лечения системных васкулитов и особенностях поражения почек при данной патологии (артериит Такаясу, б-нь Кавасаки, узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, геморрагический васкулит, синдром Churg-Strauss, криоглобулинемичские васкулиты, микроскопический полиангиит). Поражения почек при системной красной волчанке.

3.4.4 Поражение почек при обменных и парапротеинемических заболеваниях. Основные механизмы нарушения метаболизма щавелевой и мочевой кислоты и значение в нефрологической практике. Диабетическая нефропатия. Поражение почек при первичном и вторичном амилоидозе. Онкологическая патология и поражение почек.

3.4.5 Интерстициальные заболевания почек. Интерстициальный нефрит. Острый и хронический необструктивный пиелонефрит. Обструктивная и рефлюкс-нефропатии. Рентгенологическая и радиоизотопная диагностика нарушений уродинамики и оценки степени поражения почечной паренхимы. Методы профилактики, консервативного и хирургического лечения нарушений уродинамики. Санаторно-курортное лечение.

3.4.6 Патология нижних мочевых путей. Циститы. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение. Особенности течения у подростков. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Причины, клинические проявления в зависимости от характера дисфункции. Немедикаментозное лечение: обучение родителей и ребенка поведенческой терапии, БОС- терапия, физиолечение.

3.4.7 Изменения почек при тромботических микроангиопатиях: типичном и атипичном гемолитико-уремическом синдроме (ГУС) и тромботической тромбоцитопенической пурпуре (ТТП). Диагноз, дифференциальный диагноз. Принципы консервативного лечения. Показания к заместительной почечной терапии.

3.4.8 Острое почечное повреждение. Неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях. Показания к плазмаферезу и острому гемодиализу. Хроническая болезнь почек. Классификация, клинические проявления, методы диагностики и алгоритмы лечения. Понятие ренопротективной терапии. Принципы заместительной почечной терапии.

Тема 3.5 Заболевания пищеварительной системы

3.5.1 Основы клинической физиологии пищеварения у детей. Современные методы обследования пищеварительного тракта у детей.

3.5.2 Заболевания пищевода. Гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюксная болезнь, эзофагит, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, дискинезия пищевода. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.

3.5.3 Заболевания желудка и 12-перстной кишки. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Гастродуоденит. Нарушение моторики верхних отделов пищеварительного тракта.

3.5.4 Заболевания поджелудочной железы у детей и подростков. Острый панкреатит различного генеза (травматический, токсический, инфекционный). Хронический панкреатит. Наследственный хронический панкреатит. Экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Муковисцидоз.

3.5.5 Патология печени у детей и подростков. Хронические невирусные гепатиты (токсический, лекарственный, аутоиммунный, болезни накопления). Гемохроматоз. Болезнь Вильсона-Коновалова. Дефицит альфа 1 антитрипсина. Неалкогольная жировая дистрофия печени. Первичный склерозируюший холангит. Фиброз печени. Цирроз печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией. Печеночная недостаточность. Портальная гипертензия. Трансплантация печени.

3.5.6 Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей. Воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей. Холецистит. Холангит. Желчнокаменная болезнь. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.

3.5.7 Заболевания тонкой кишки. Пороки развития, синдром мальабсорбции. Обследование при хронической диарее. Диспепсия. Роль диетотерапии. Диагностика, лечение.

3.5.8 Воспалительные заболевания кишечника. Язвенный колит. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

3.5.9 Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение. Запоры у детей. Функциональные запоры, энкопрез. Методы обследования. Дифференциальный диагноз. Лечение.

3.5.10 Диетология. Основные принципы диетотерапии при заболеваниях ЖКТ. Характеристики лечебных диет.

Тема 3.6 Болезни органов кроветворения, онкологические заболевания.

3.6.1 Современная теория кроветворения, регуляция гемопоэза. Иммунокомпетентная система, механизмы иммунитета и его регуляция. Анализ крови и

его интерпретация, возрастные аспекты. Миелограмма. Механизмы гемостаза. Методы оценки.

3.6.2 Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дефицитные анемии (железодефицитные, витаминодефицитные). Гемолитические анемии (мембрано-, ферменто-, гемоглобинопатии). Микроангиопатические гемолитические анемии (синдром Гассера, Мошковица). Гипопластические анемии и нейтропении. Дифференциальный диагноз анемий.

3.6.3 Геморрагические заболевания у детей и подростков. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии. Коагулопатии (гемофилия, болезнь Виллебранда). Геморрагический васкулит. ДВС-синдром.

3.6.4 Гемобластозы. Современные представления об этиологии и патогенезе. Клоновая теория развития лейкозов. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии. Хронический миелолейкоз, детская и юношеская формы. Клинико-гематологическая картина. Диагностика, прогноз.

3.6.5 Неходжкинские лимфомы. Лимфогранулематоз. Классификация, клиника, диагностика, принципы лечения.

3.6.6 Опухоли головного мозга (эпендимома, астроцитома, медуллобластома). Нейробластома и ретинобластома. Диагностика. Принципы лечения.

3.6.7 Солидные опухоли. Опухоли Вильмса. Остеосаркома, Рабдомиосаркома. Диагностика, принципы лечения.

3.6.8 Показания для применения препаратов крови. Терапия постгеморрагических состояний и шока.

Тема 3.7 Диффузные заболевания соединительной ткани.

СКВ. Дерматомиозит. Склеродермия. Ювенильный ревматоидный артрит. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани в разных возрастных группах. Реактивные артриты. Клиника, диагностика, лечение, прогноз. Системные васкулиты.

Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Реабилитация: санаторно-курортное лечение, физиотерапия, ЛФК.

Тема 3.8 Паллиативная помощь детям.

3.8.1 Система оказания паллиативной помощи детям в РФ.

Паллиативная медицинская помощь понятие и ее содержание.

Особенности оказания паллиативной помощи детям.

Нормативно – правовые акты, регламентирующие вопросы оказания паллиативной медицинской помощи. Приоритетные направления развития паллиативной медицинской помощи. История развития паллиативной медицинской помощи детям в РФ.

3.8.2 Принципы паллиативной медицины**.**

Основные компоненты паллиативной помощи.

Роль специалистов и значение многопрофильных команд в организации паллиативной помощи. Проблемы в развитии паллиативной помощи. Модели детской паллиативной помощи.

3.8.3 Диагностика и лечение хронической боли у детей**.**

Боль: классификация, этиология и патогенез. Аспекты диагностики болевого синдрома у детей. Общие принципы терапии боли у детей. Анальгетики: неопиодные, опиоидные и адьювантные.

3.8.4 Паллиативная помощь детям с неонкологическими заболеваниями.

Основные подходы к оказанию паллиативной помощи данной группе пациентов.

3.8.5 Паллиативная помощь детям с онкологическими заболеваниями.

Основные подходы к оказанию паллиативной помощи данной группе пациентов.

3.8.6 Психологические аспекты оказания паллиативной помощи детям.

Основы этики и деонтологии в паллиативной медицине. Психосоциальные аспекты.

4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 3

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Контакт. раб.	Л	СПЗ	К	СР		
	Полугодие 1	**720**	**344**	**28**	**316**	**-**	**372**	**Зачет с оценкой – 4 ч**	
Раздел 1	**Неонатология**	**334**	**154**	**13**	**141**	**-**	**180**	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 1.1	Организация медицинского обслуживания новорожденных детей	29	13	1	12	-	16		
Тема 1.2	Становление биоценоза в неонатальном периоде	10	4	-	4	-	6		
Тема 1.3	Билирубиновый обмен в неонатальном периоде	22	10	1	9	-	12		
Тема 1.4	Кислородный гомеостаз у новорожденных	24	11	1	10	-	13		
Тема 1.5	Поражения органов дыхания у новорожденных	23	11	1	10	-	12		
Тема 1.6	Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных	23	11	1	10	-	12		
Тема 1.7	Бактериальные и грибковые инфекции у новорожденных детей	24	11	1	10	-	13		
Тема 1.8	Вирусные и паразитарные заболевания новорожденных	22	10	1	9	-	12		
Тема 1.9	Гемостаз в неонатальном периоде	22	10	1	9	-	12		
Тема 1.10	Анемии у новорожденных детей	23	11	1	10	-	12		
Тема 1.11	Заболевания и функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта в неонатальном периоде	23	11	1	10	-	12		
Тема 1.12	Недоношенные дети.	22	10	-	10	-	12		
Тема 1.13	Поражения органов мочевой системы в период новорожденности	22	10	1	9	-	12		
Тема 1.14	Эндокринопатии у новорожденных	22	10	1	9	-	12		

Тема 1.15	Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде	23	11	1	10	-	12		
Раздел 2	**Патология детей раннего возраста**	**290**	**134**	**12**	**122**	**-**	**156**	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7
Тема 2.1	Аномалии конституции	21	9	-	9	-	12		
Тема 2.2	Диететика.	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.3	Физическое и нервно-психическое развитие детей	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.4	Рахит, рахитоподобные заболевания	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.5	Анемии	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.6	Геморрагические диатезы	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.7	Заболевания дыхательной системы	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.8	Гнойно-воспалительные и атопические заболевания кожи	22	10	1	9	-	12		
Тема 2.9	Особенности водно-электролитного гомеостаза у детей раннего возраста	23	11	1	10	-	12		
Тема 2.10	Наследственные заболевания	23	11	1	10	-	12		
Тема 2.11	Заболевания желудочно-кишечного тракта	23	11	1	10	-	12		
Тема 2. 12	Заболевания мочевыделительной системы.	23	11	1	10	-	12		
Тема 2.13	Заболевания сердечно-сосудистой системы	23	11	1	10	-	12		
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	**92**	**56**	**3**	**53**	**-**	**36**	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 3.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы	33	21	1	20	-	12		
Тема 3.2	Болезни органов дыхания, аллергология	37	25	1	24	-	12		
Тема 3.3	Эндокринная патология	22	10	1	9	-	12		
	Полугодие 2	**288**	**124**	**16**	**108**		**160**	**Зачет с оценкой – 4 ч**	
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	**288**	**124**	**16**	**108**		**160**	Устный опрос	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2
Тема 3.4	Заболевания мочевыделительной системы	65	28	3	25	-	37		
Тема 3.5	Заболевания пищеварительной системы	66	29	4	25	-	37		

Тема 3.6	Болезни органов кроветворения, онкологические заболевания	66	29	4	25	-	37		ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 3.7	Диффузные заболевания соединительной ткани	65	28	3	25	-	37		
Тема 3.8	Паллиативная помощь детям	22	10	2	8	-	12		
	Общий объем	**1008**	**468**	**44**	**424**	**-**	**532**	**Зачет с оценкой – 8 часов**	

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 4

Номер раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
Раздел 1	**Неонатология**	1. Неонатальные скрининговые исследования 2. Пограничные состояния новорожденных 3. Асфиксия и гипоксия плода и новорожденного 4. Дифференциальный диагноз гипербилирубинемий новорожденных 5. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных 6. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. 7. Гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных 8. Особенности гемостаза в неонатальном периоде 9. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного 10. Дифференциальный диагноз анемий у новорожденных детей 11. Метаболическая адаптация новорожденных 12. Недоношенные дети. Морфофункциональные особенности 13. Функциональные нарушения ЖКТ
Раздел 2	**Патология детей раннего возраста**	1. Грудное вскармливание, его роль в формировании здоровья 2. Классификация смесей и правила искусственного вскармливания. 3. Методы оценки физического развития детей 4. Критерии оценки и нормативные показатели нервно-психического развития в раннем возрасте 5. Диагностика, лечение, профилактика рахита 6. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста

		7. Анемии у детей раннего возраста 8. Типы и виды обезвоживания 9. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста 10. Дыхательная недостаточность. Интенсивная терапия. 11. Синдром рвоты и срыгивания у детей. 12. Врожденные пороки сердца. 13. Болезни накопления и энзимопатии 14. Пороки развития почек и мочевыводящих путей 15. Гемолитико-уремический синдром
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	1. Методы обследования ребенка/подростка с патологией сердечно-сосудистой системы 2. Критические и неотложные состояния в кардиологии детского возраста 3. Первичные и вторичные артериальные гипертензии 4. Кардиты. Этиопатогенез. Классификация, диагностика, лечение. Диспансеризация. 5. Пневмонии у детей старшего возраста и подростков. 6. Бронхиальная астма у детей и подростков. 7. Основные синдромы и современны методы исследования в нефрологии. 8. Первичные гломерулонефриты 9. Инфекция мочевой системы 10. Нефроический синдром 11. Гастроэзофагеальный рефлюкс и рефлюксная болезнь 12. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Особенности течения у подростков 13. Функциональные расстройства желчного пузыря и желчевыводящих путей. 14. Воспалительные заболевания кишечника 15. Гемобластозы. 16. Диффузные заболевания соединительной ткани 17. Паллиативная помощь детям

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине (модулю).

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1.	Госпитальная педиатрия: учебник/ под ред. С. В. Бельмера, Л. И. Ильенко. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 1072 с.: ил. DOI: 10.33029/9704-6372-7-HP-2022-1-1072. ISBN 978-5-9704-6372-7.	5
2.	Пропедевтика детских болезней [Текст]: учеб. для мед. вузов / И. М. Воронцов, А. М. Мазурин; [под общ. ред. О. А. Маталыгиной]. - 3-е изд., доп. и перераб. - Санкт-Петербург: Фолиант, 2010	10

3.	Детские болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А Харитонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 768 с. – Режим доступа: https://sdo.crie.ru/course/view.php?id=108	Удаленный доступ
4.	Детские болезни [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова. – 2-е изд., перераб. И доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 752 с. – Режим доступа: https://sdo.crie.ru/course/view.php?id=108	Удаленный доступ
5.	Детские болезни [Текст]: [учеб. для вузов]: в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. – Т. 1. - Санкт-Петербург: Питер, 2012. 5	10
6.	Детские болезни [Текст]: [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб. и доп. – Т. 2. - Санкт-Петербург: Питер, 2012. 5	10
7.	Неонатология [Текст]: нац. руководство / гл. ред. Н. Н. Володин ; науч. ред. : Е. Н. Байбарина и др. ; Рос. ассоц. специалистов по перинат. медицине. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 849 с. : [9] л. ил., ил. + CD. - (Национальные руководства).	1
8.	Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.	5
9.	Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009	5
10.	Гемолитическая болезнь плода и новорождённого: диагностика, лечение, профилактика [Электронный ресурс]: учебное пособие / [сост. : Н. Н. Володин, М. А. Курцер, Л. И. Ильенко и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. педиатрии №2, каф. акуш. и гинек. педиатр. фак., каф. биохимии и молекул. биологии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: https://sdo.crie.ru/course/view.php?id=108	Удаленный доступ

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
2. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
3. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. https://www.garant.ru Гарант.ру – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации.
2. https://pubmed.com – PubMed, англоязычная текстовая база данных медицинских и биологических публикаций.
3. https://www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных);
4. https://www.tandfonline.com/ – Журналы издательства Taylor & Francis;
5. https://polpred.com/ – База данных отечественных и зарубежных публикаций;
6. http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp – Справочная Правовая Система Консультант Плюс.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения

1	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Учебные аудитории укомплектованы партами и стульями, Оснащены мультимедийным оборудованием. Имеются наборы наглядных материалов по различным разделам дисциплины (тематические наборы рентгенограмм, результатов и заключений лабораторных и инструментальных методов исследований), записанный лекционный материал, клинические ситуационные задачи, тестовые задания по изучаемым темам
2	Компьютерные классы	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно образовательной среде ФБУН ЦНИИЭ.
3	Помещения для симуляционного обучения	Оборудованы симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать трудовые действия и формировать необходимые навыки для выполнения трудовых функций, предусмотренных профессиональным стандартом. В том числе: стетофонендоскоп, термометр, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пикфлоуметр, электрокардиограф, пеленальный стол, сантиметровые ленты, медицинские весы, ростомер, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, ингалятор компрессорный, ингалятор ультразвуковой, негатоскоп, манекены низшего класса
4	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно образовательной среде ФБУН ЦНИИЭ.

Программное обеспечение

– MICROSOFT WINDOWS 7, 10 Microsoft Windows 7,10, 11;
– MS Office 2013, 2016, 2019, 2021;
– Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
– ADOBE CC;
– Photoshop;
– iSpring;
– Adobe Reader;
– Adobe Flash Player;
– Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
– 7-Zip;
– FastStone Image Viewer;
– Ubuntu 20.04;
– Astra Linux;
– Debian.
–

9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине

(модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на три раздела:

Раздел 1. Неонатология.

Раздел 2. Патология детей раннего возраста.

Раздел 3. Патология детей старшего возраста.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации зачету с оценкой.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в ФБУН ЦНИИЭ электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральными государственными образовательными стандартами высшего образования, с учетом компетентностного подхода к обучению.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

— рекомендуемую основную и дополнительную литературу;

— задания для подготовки к семинарам (практическим занятиям) – вопросы для обсуждения и др.;

— задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);

— вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины (модуля), позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить материалы основной и дополнительной литературы, список которых приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети

«Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

Инновационные формы учебных занятий: При проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, развитие лидерских качеств на основе инновационных (интерактивных) занятий: групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований, проводимых ФБУН ЦНИИЭ, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей) и т.п.

Приложение 1
к рабочей программе по дисциплине (модулю)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) «ПЕДИАТРИЯ»

Специальность
31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль) программы
Педиатрия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2024 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; – критерии оценки надежности источников медицинской и фармацевтической информации; – этапы работы с различными информационными источниками
	Уметь	– критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации; – критически оценивать надежность различных источников информации при решении задач научного исследования
	Владеть	– навыками поиска, отбора и критического анализа научной информации по специальности; – навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины;
УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	– методы и способы оценки возможности и вариантов применения современных достижений в области медицины и фармации.
	Уметь	– определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте; – сформулировать проблему, выделить ключевые цели и задачи по ее решению; – обобщать и использовать полученные данные
	Владеть	– методами и способами применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте;
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знать	– клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи; – анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте; – методику сбора информации о состоянии здоровья; – методику клинического обследования; – МКБ
	Уметь	– осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни и анализировать полученную информацию; – проводить физикальное обследование с учетом возраста; – выявлять отклонения, оценивать тяжесть состояния; – оценивать показания и объем медицинской помощи
	Владеть	– навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
ОПК-4.2 Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования	Знать	– методы лабораторных и инструментальных исследований; – возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний; – нормативные показатели лабораторных и инструментальных показателей с учетом возраста
	Уметь	– определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; – определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов
	Владеть	– навыками назначения лабораторных и инструментальных

		исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями. – навыками интерпретации лабораторных и инструментальных исследований
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– алгоритмы оказания помощи пациентам; – критерии оценки тяжести клинического состояния пациентов с учетом выявленной патологии; – показания к применению и дозировки препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам с учетом выявленной патологии и возраста
	Уметь	– разрабатывать план лечения пациентов с учетом характера заболевания и степени тяжести клинического состояния; – определять показания для применения фармакологических препаратов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;
	Владеть	– навыками назначения терапии пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; – расчетом дозировок и умением осуществлять введение фармакологических препаратов при оказании помощи пациентам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями.
ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения	Знать	– фармакокинетику, фармакодинамику и возможные побочные эффекты лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – взаимодействия лекарственных препаратов, применяемых при оказании помощи пациентам; – принципы контроля эффективности проводимой терапии с позиций доказательной медицины
	Уметь	– анализировать клиническую картину с учетом возможных эффектов проводимой терапии; – анализировать данные лабораторных и инструментальных исследований с учетом возможных эффектов проводимой терапии
	Владеть	– навыками оценки динамики клинической симптоматики и данных лабораторно-инструментальных обследований пациентов с учетом проводимой терапии; – методами оценки эффективности и безопасности проводимого лечения у пациентов; – навыками анализа комплекса клинико-инструментальных данных для принятия решений по изменению терапевтической тактики
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
ОПК-6.1 Назначает мероприятия по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– порядок организации медицинской реабилитации; – основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические), применяемые для пациентов в педиатрии
	Уметь	– разрабатывать план реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями и (или) состояниями педиатрического профиля; – проводить работу по реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов
	Владеть	– навыком составление плана мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях

		педиатрического профиля
ОПК-6.2 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях	Знать	– методы оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – методы оценки эффективности и безопасности реализации санаторно-курортного лечения у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания.
	Уметь	– оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка - инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации у детей с хроническими заболеваниями, составленной врачами-специалистами с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания; – оценивать эффективность и безопасность реализации санаторно-курортного лечения у детей, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания
	Владеть	– навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации детей с заболеванием и (или) состоянием, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу		
ОПК-7.1 Направляет пациентов на медицинскую экспертизу	Знать	– нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз; – медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу
	Уметь	– выявлять у пациентов заболевания и (или) состояния, требующие проведения медицинской экспертизы; – определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями для прохождения медико-социальной экспертизы;
	Владеть	– навыками определения показаний для направления пациентов для прохождения медико-социальной экспертизы; – навыками подготовки необходимой документации для осуществления медико-социальной экспертизы
ОПК-7.2 Организует, контролирует и проводит медицинскую экспертизу	Знать	– порядок проведения медицинской экспертизы; – порядок выдачи медицинской документации
	Уметь	– организовать направление детей с заболеваниями и или состояниями на медицинскую экспертизу при наличии показаний; – интерпретировать и анализировать результаты осмотров, необходимых для медицинской экспертизы и экспертного заключения
	Владеть	– организации и проведения медицинской экспертизы; – навыками оформления медицинской документации
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		
ОПК-8.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и	Знать	– основы формирования здоровья детей; – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни;

формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		– современные подходы, научно-обоснованные программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания; – формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ профилактики ожирения, аллергических заболеваний; – формы и методы санитарно-просветительной работы с ребенком (его законными представителей), среди медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний и (или) состояний у детей
	Уметь	– проводить санитарно-просветительную работу с детьми, подростками и их родителями (законными представителями) о безопасности жизни и здоровья (психического, физического, в том числе репродуктивного, социального) разрабатывая новые формы донесения информации; – рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия
	Владеть	– навыками пропаганды здорового образа жизни; – навыками организации и проведения профилактических медицинских мероприятий по охране здоровья
ОПК-8.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением	Знать	– методы проведения оздоровительных и профилактических мероприятий для пациентов
	Уметь	– анализировать и оценивать их эффективность программ формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания – оценивать эффективность профилактической работы с пациентами.
	Владеть	– навыками оценки эффективности профилактической работы с детьми различных возрастно-половых групп (его законными представителями).
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– алгоритм ведения типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; – правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; – принципы организации деятельности медицинского персонала
	Уметь	– использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	Владеть	– навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», оформления медицинской документации – навыками организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия» в условиях стационара (с круглосуточным пребыванием) и дневного стационара		
ПК-1.1 Проводит диагностику заболеваний и (или) состояний у пациентов по профилю «педиатрия»	Знать	– основные деонтологические нормы и законы; – основы медицинского права Российской Федерации; – Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; – Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие работу врача, подходы к диагностике и пр.

		– ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». – Российские и международные документы, регулирующие защиту прав и охрану здоровья детей; – порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «педиатрия», клинические рекомендации, стандарты оказания медицинской помощи; – анатомо-физиологические и возрастно-половые особенности, закономерности функционирования здорового организма ребенка в различные периоды детства и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; – особенности регуляции функциональных систем организма ребенка в различные периоды детства в норме и при патологических процессах; – методику сбора и оценки жалоб, всех видов анамнеза (анамнез жизни с акушерским анамнезом, в том числе время прикладывания к груди в родзале, продолжительности грудного вскармливания, начала смешанного, искусственного вскармливания, сроков введения прикорма и реакции на продукты прикорма; вакцинальный, анамнез заболевания, наследственный с построением генеалогического древа, аллергологический, эпидемиологический); – особенности этиологии, патогенеза, диагностики, клинического течения заболеваний (патологических состояний) и возможные варианта их исхода у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; – методику физикального обследования ребенка по органам и системам, с оценкой тяжести состояния по заболеванию, самочувствия, физического, полового и психомоторного (нервно-психического у детей старшего возраста) развития; – основы детской и подростковой психологии и психиатрии; – методы лабораторных и инструментальных обследований, используемые в педиатрической практике, правила подготовки к ним и интерпретации их результатов в зависимости от возраста и пола; – медицинские показания для направления на лабораторное и инструментальное обследование; – медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам; – методику и алгоритм проведения диагностических манипуляций, таких как: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчет индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); - пикфлоуметрия; - проба Штанге; - проба Генча; - проба Шалкова; - ортостатическая проба; - отоскопия; - передняя риноскопия; - катетеризация мочевого пузыря у мальчиков и девочек; - исследование уровня глюкозы крови при помощи глюкометра;

		- мазок со слизистой зева и носа; - бакобследование на дифтерию; - соскоб на энтеробиоз и критерии интерпретации полученных результатов; – перечень показаний и противопоказаний для направления пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на очередной этап выхаживания и (или) лечения, санаторно-курортное лечение и пр., а также правила и порядок оформления соответствующей медицинской документации; – методику обоснования и формулировки клинического диагноза с учетом действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
	Уметь	– устанавливать контакт с ребенком (и/или его законным представителем); – осуществлять сбор жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у детей или у их законных представителей; – интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента или у его законного представителя; – проводить полное физикальное обследование детей различных периодов детства; – оценивать общее состояние и самочувствие ребёнка, состояние по заболеванию; – проводить диагностические манипуляции: - определение размеров большого родничка; - антропометрия (измерение роста на горизонтальном и вертикальном ростомере; взвешивание; измерение окружности головы и груди); - оценка физического развития по центильным и сигмальным таблицам; - расчёт индекса массы тела (ИМТ); - оценка полового развития подростка; - подсчет частоты пульса и дыхания, термометрия; - пульсокиметрия; - измерение артериального давления на периферических артериях (на верхних и нижних конечностях); - пикфлоуметрия; - проба Штанге; - проба Генча; - проба Шалкова; - ортостатическая проба; - отоскопия; - передняя риноскопия; - катетеризация мочевого пузыря у мальчиков и девочек; - исследование уровня глюкозы крови при помощи глюкометра; - мазок со слизистой зева и носа; - бакобследование на дифтерию; - соскоб на энтеробиоз; – анализировать и интерпретировать полученные при физикальном обследовании результаты; – определять соотношение между паспортным и биологическим возрастом детей и подростков, проводить антропометрию, оценивать физическое и психомоторное развитие ребенка, анализировать и интерпретировать полученные результаты; – составлять план дополнительного обследования; – обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных обследований пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи;

		– объяснять пациенту (его законному представителю, осуществляющему уход за пациентом) правила подготовки к лабораторным и инструментальным обследованиям и цель их назначения, а также правила пользования термометром, пикфлоуметром, аппаратами для суточного мониторирования ЭКГ и АД и другими приборами, используемыми для диагностики; – интерпретировать и анализировать лабораторные и инструментальные обследования пациента по профилю «педиатрия» с учетом возрастно-половых норм; – обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам – интерпретировать и анализировать заключения, полученные от врачей-специалистов; – осуществлять динамическое наблюдение за пациентом, находящимся на стационарном лечении. Анализировать динамику заболевания; – применять медицинские изделия, которые входят в стандарт оснащения отделения в соответствии с порядком оказания медицинской помощи; – пользоваться действующей международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); – проводить дифференциальную диагностику заболеваний; – формулировать диагноз в соответствии с общепринятой для данной нозологической формы классификации и действующей МКБ, используя методологию и алгоритм постановки диагноза; – определять медицинские показания направления пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях.
	Владеть	– навыками сбора жалоб, всех видов анамнеза (жизни, заболевания, аллергологический, наследственный, эпидемиологический, вакцинальный) у пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия» и/или его законных представителей; – навыками интерпретации и анализа информации, полученной от пациента (его законных представителей) с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия». – навыками проведения полного физикального обследования пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, оценка тяжести состояния по заболеванию и (или) состоянию по профилю «педиатрия». – навыками определения диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний у пациента по профилю «педиатрия». – навыками обоснования предварительного диагноза и составление плана обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия»; – навыками составления плана дополнительного обследования (лабораторных исследований и инструментальных обследований, консультаций смежных специалистов) пациента по профилю «педиатрия». – навыками направления пациента на консультацию к врачам-специалистам; – навыками интерпретации и анализа физикальных данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, – навыками интерпретации заключений, полученных от врачей-специалистов. – навыками проведения дифференциальной диагностики и

		установление заключительного диагноза в соответствии с общепринятой клинической классификацией и действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее МКБ).
ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», контролирует его эффективность и безопасность	Знать	– порядок оказания медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»; – стандарты, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – нормативно-правовую базу по оформлению рецептов на лекарственные препараты, в том числе сильнодействующие и иммунобиологических лекарственных средства, продукты лечебного питания; – правила выписывания рецептов; – методы лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – виды режима двигательной активности в зависимости от тяжести состояния по заболеванию и стадии заболевания; – механизм действия, лечебные и побочные эффекты лекарственных препаратов, детского и лечебного питания, косметики, средств ухода, а также их взаимодействие и эффекты при одновременном назначении нескольких лекарственных средств; медицинские показания и противопоказания к их назначению у детей (в том числе, off-label); – возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, а также условия хранения лекарственных препаратов; – характеристику лечебных столов и показания для их назначения; – виды искусственного питания пациента; – показания и противопоказания для назначения каждого вида искусственного питания; – тактика проведения каждого вида искусственного питания; – классификацию и перечень продуктов для энтерального питания и показания для его назначения; – классификацию лечебных смесей (заменителей грудного молока) для искусственного вскармливания детей 1 года жизни, их характеристику, состав и показания для назначения; – формы выпуска лекарственных средств, их способы введения и доставки; – национальную программу оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ; – национальную программу оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ; – национальную программу «по оптимизации обеспеченности витаминами и минеральными веществами детей России (и использованию витаминных и витаминно-минеральных комплексов и обогащенных продуктов в педиатрической практике)»; – перечень специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, утвержденный Правительством РФ; – современные данные доказательной медицины по эффективности методов лечения, лекарственных препаратов, продуктов питания; – методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний у детей; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные; – способы предотвращения или устранения побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших при лечении пациента с заболеванием и (или)

		состоянием по профилю «педиатрия»; – правила оформления дефектур, документов о побочных проявлениях после иммунизации; – правила асептики и антисептики
	Уметь	– составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания и (или) состояния; – назначать вид лечебно-охранительного режима (режима двигательной активности) пациенту в зависимости от тяжести состояния по заболеванию, характера и стадии заболевания; – назначать лекарственные препараты, медицинские изделия, лечебное питание, косметику и средства ухода ребенку; – рассчитывать дозу лекарственного средства (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), продуктов питания, с учетом возраста, веса ребенка, характера, стадии и тяжести заболевания; – назначать кратность и оптимальный способ введения, длительность приема; – оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания. – назначать немедикаментозное лечение ребенку. – назначать лечебные молочные смеси для вскармливания детей 1 года жизни с хроническими и наследственными заболеваниями. – назначить и рассчитать объем энтерального и парентерального питания. – оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у пациента. – анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка. – разъяснять пациенту, его законным представителям и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимость и правила приема медикаментозных средств, продуктов детского и лечебного питания и лечебной косметики, проведения немедикаментозной терапии и применения диетотерапии. – выписывать рецепты для лекарственных средств списка А, Б, продуктов лечебного питания, пациентов льготных категорий. – обосновывать назначение лекарственных препаратов off-label, оформлять соответствующую документацию. проводить простейшие лечебные манипуляции: - обработка пупочной ранки - утренний туалет новорожденного и грудного ребенка - гигиенический массаж новорожденного - закапывание капель в глаза, нос - лекарственная клизма - очистительная клизма - промывание желудка - использование дозированного ингалятора - использование спейсера - использование небулайзерного ингалятора и обучить им родителей (или законных представителей) ребенка, младший мед.персонал осуществляющих уход за ребенком.
	Владеть	– навыками разработки плана лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины; – навыками организации режима дня и лечебно-охранительного режима пациента, находящегося на стационарном лечении; – навыками назначения лекарственных средств (в том

		числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий, лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения пациентам лекарственных средств off-labe; – навыками оценки эффективности применяемых у пациента лекарственных средств (в том числе иммунобиологических лекарственных средств), медицинских изделий и лечебного питания, лечебной косметики и средств ухода; – навыками назначения немедикаментозного лечения (лечебная гимнастика, физиотерапевтическое лечение, курсовой прием минеральной воды, лечебное питание и пр.); – навыками оценки эффективности и безопасности немедикаментозного лечения
ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность мероприятий медицинской реабилитации для пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	Знать	– основы медицинской реабилитации, в том числе длительно и часто болеющего ребенка, ребенка с хроническими заболеваниями, в том числе ребенка-инвалида с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями; – механизм воздействия санаторно-курортного лечения, физических лечебных факторов на организм ребенка с хроническими заболеваниями и (или) состояниями; – медицинские показания для направления ребенка с заболеваниями и (или) состояниями к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий медицинской реабилитации, с учетом возраста ребенка, диагноза и клинических проявлений заболевания; – перечень врачей-специалистов, участвующих в проведении реабилитационных мероприятий; – медицинские показания для направления пациента к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения; – методы санаторно-курортного лечения; – способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка.
	Уметь	– определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; – составлять индивидуальный план реабилитационных мероприятий пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов с учетом возраста ребенка, диагноза и клиническими проявлениями заболевания; – участвовать в проведении и контролировать выполнение мероприятий по медицинской реабилитации у ребенка с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия»; – участвовать в проведении и контролировать выполнение программы реабилитации детей с хроническими заболеваниями и (или) состояниями с учетом возраста, диагноза и клинических проявлений заболевания, составленной врачами-специалистами; – направлять на санаторно-курортного лечение; – оформлять отчетно-учетную документацию о пациентах, получающих реабилитационные программы; – оформлять документы для направления пациента на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение,

		медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные учреждения здравоохранения.
	Владеть	– навыками определения медицинских показаний и противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения; – навыками реализации плана медицинской реабилитации и противорецидивного лечения для пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе детей-инвалидов и детей; – навыками участия в проведении мероприятий медицинской реабилитации; – навыками назначения санаторно-курортного лечения детям с хроническими заболеваниями; – навыками оформления медицинской документации для направления пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия» на санаторно-курортное лечение, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, абилитацию в специализированные учреждения здравоохранения; – предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате мероприятий медицинской реабилитации ребенка
ПК-1.4 Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «педиатрия»	Знать	– нормативные правовые акты, регламентирующие порядки выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, в том числе в форме электронного документа, правила признания лица инвалидом, недееспособным; – перечень заболеваниий и (или) состояниий по профилю «педиатрия», приводящие к ограничению жизнедеятельности ребенка (подростка); – медицинские показания для направления ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, на медико-социальную экспертизу; – медицинские показания и требования к оформлению медицинской документации для направления ребенка (подростка), имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями, последствиями травм или дефектами на медико-социальную экспертизу – принципы организации и проведения медико-социальной экспертизы у пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь
	Уметь	– определять степень нарушения в состоянии здоровья ребенка, приводящие к ограничению его жизнедеятельности. – направлять ребенка с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы. – формулировать медицинские заключения по результатам медицинских экспертиз, в части наличия и (или) отсутствия заболеваний и (или) состояний. – оформлять листок нетрудоспособности по уходу за больным несовершеннолетним пациентом.
	Владеть	– навыками определения нарушений состояния здоровья ребенка, приводящих к ограничению его жизнедеятельности; – навыками направления ребенка, с нарушениями, приводящими к ограничению его жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы, врачебно-консультационной комиссии; – навыками определения необходимости ухода за пациентом и выдачи листка временной нетрудоспособности по уходу законному представителю ребенка; – навыками определения необходимости продления листка временной нетрудоспособности по уходу за ребенком законному представителю ребенка дольше установленных сроков;

		– навыками оформление необходимой медицинской документации для проведения врачебно-консультационной комиссии и для осуществления медико-социальной экспертизы
ПК-1.5 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	– Нормативные документы, регламентирующие вакцинопрофилактику в РФ, перечень прививок, реализуемых в рамках НКПП РФ и сроки их введения. перечень и сроки введения прививок, реализуемых в рамках календаря по эпид. показаниям на территории РФ и в регионе работы педиатра; – методические рекомендации по выявлению, расследованию и профилактике побочных проявлений после иммунизации; – основные принципы профилактического наблюдения за ребенком с учетом возраста, состояния здоровья; – перечень врачей-специалистов для проведения профилактических медицинских осмотров, лабораторных и инструментальных обследований, профилактических прививок при проведении профилактических медицинских осмотров в зависимости от возраста ребенка и состояния его здоровья; – принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей; – медицинские показания и противопоказания к проведению вакцинации, классификацию и клинические проявления возможных побочных проявлений после вакцинации и алгоритм оказания неотложной помощи при их возникновении; – названия вакцин, зарегистрированных и применяемых для вакцинации в соответствии с НКПП на территории РФ, инструкции к вакцинным препаратам, иммуноглобулинам и сывороткам, сроки мед. отвода от прививок после перенесённых заболеваний. возможность сочетания вакцин и их одновременного введения, в том числе для постэкспозиционной профилактики; – правила грудного вскармливания и его пользы для сохранения здоровья матери и ребенка, состав грудного молока; – методы антенатальной и постнатальной профилактики недостаточности и дефицита витамина d, железодефицитной анемии и других дефицитных состояний. лекарственные препараты, применяемые с целью профилактики дефицитных состояний у детей; – сроки и порядок введения прикорма в зависимости от возраста и состояния ребенка; – классификацию заменителей грудного молока, показания и правила применения в зависимости от возраста и состояния ребенка; – основные принципы рационального сбалансированного питания детей с учетом возраста, состояния здоровья.
	Уметь	– разрабатывать и внедрять программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы профилактики ожирения, аллергических заболеваний и других хронических заболеваний, оптимизации физической активности, рационального питания, используя современные данные доказательной медицины; – проводить скрининг-тесты на выявление хронических, наследственных болезней; – проводить беседу с родителями (законными представителями) новорождённого ребенка (и детей старших возрастных групп) об иммунопрофилактике, объяснять и убеждать родителей (законных представителей) ребенка в целесообразности вакцинации, развенчивать мифы о вакцинации; – составлять план вакцинации здоровым детям в соответствии с НКПП в зависимости от возраста. составлять индивидуальный план вакцинации детям, рожденным раньше срока, а также детям с отклонениями в состоянии здоровья и с хроническими заболеваниями. составлять индивидуальный план

		вакцинации детям, получающим иммуносупрессивную, биологическую терапию, и других «особых групп»; – составлять график догоняющей вакцинации; – организовывать экстренную иммунопрофилактику, вакцинацию по эпид.показаниям; – назначать качественные заменители грудного молока (в случае отсутствия грудного молока или резкого его снижения) с учетом возраста, состояния здоровья ребенка и семейного анамнеза с целью профилактики аллергических и других заболеваний); – назначать лечебные молочные смеси для вскармливания детей 1 года жизни с хроническими и наследственными заболеваниями; – составлять индивидуальный план введения прикорма ребенку первого года жизни в зависимости от состояния по заболеванию, наличия противопоказаний; – проводить антенатальную и постнатальную профилактику недостаточности и дефицита витамина D, анемии и других дефицитных состояний у детей первого года жизни и других возрастных групп; – выбирать форму лекарственного препарата и рассчитывать дозу для профилактики дефицитных состояний у ребенка, в зависимости от возраста, массы ребенка и клинической ситуации; – назначать диетическое питание пациенту с заболеванием и (или) состояние по профилю «педиатрия» в зависимости от возраста, стадии заболевания
	Владеть	– навыками формирования у детей, их родителей (законных представителей) и лиц, осуществляющих уход за ребенком, элементов здорового образа жизни; – навыками проведение санитарно-просветительной работы с матерями грудных детей и формирование приверженности матерей к грудному вскармливанию; – навыками организации и контроля проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний здоровым детям и детям с отклонениями в состоянии здоровья, и хроническими болезнями по эпид. показаниям; – навыками назначения профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий ребенку с учетом факторов риска; – навыками организации экстренной иммунопрофилактики, в том числе активной и пассивной иммунизации.
ПК-1.6 Оказывает паллиативную медицинскую помощь детям в условиях стационара	Знать	– основные деонтологические нормы и законы; основы медицинского права Российской Федерации; Федеральные и локальные нормативные и законодательные акты (законы, приказы, СанПиНы, распоряжения), регламентирующие, деятельность медицинских организаций и медицинских работников (в том числе, оказывающего паллиативную помощь), в том числе в сфере назначения, выписывания и хранения наркотических средств и психотропных веществ; – клинические рекомендации по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; – порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам; – клинические рекомендации по лечению болевого синдрома при оказании паллиативной медицинской помощи; – медицинские показания для оказания ребенку паллиативной помощи; – медицинские показания к направлению пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, на консультацию к специалистам и госпитализацию в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь; – механизм действия опиоидных анальгетиков и психотропных веществ, способы предотвращения или устранения

		осложнений, побочных действий, нежелательных реакций при их применении; – медицинские показания к применению методов физиотерапии и лечебной физкультуры в рамках оказания паллиативной медицинской помощи; – основы рационального питания, принципы лечебного питания при оказании помощи с целью профилактики и лечения синдрома кахексии.
	Уметь	– устанавливать контакт с тяжело больным ребенком (и/или его законным представителем), получающим паллиативную помощь. – оценивать интенсивность и характер болевого синдрома с использованием шкал оценки боли; – проводить обезболивание пациентов по профилю «педиатрия», нуждающихся в оказании паллиативной помощи. выбрать лекарственное средство, рассчитать дозу лекарственного средства, с учетом возраста и массы тела ребенка; – разрабатывать индивидуальный план оказания паллиативной медицинской помощи с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, выраженности болевого синдрома и других тягостных симптомов, социального положения, индивидуальных потребностей; – обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, получающих паллиативную помощь; – предусматривать возможные осложнения и осуществлять их профилактику; – проводить комплексные мероприятия, направленные на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь; – консультировать родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; – оказывать помощь в решении этических и юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; – оказывать родственникам психологическую поддержку в период переживания горя и утрат
	Владеть	– навыками ведения пациентов с заболеваниями по профилю «педиатрия», находящихся в медицинской организации с круглосуточным пребыванием и нуждающихся в оказании паллиативной помощи; – навыками участия в разработке и проведении комплексных мероприятий по улучшению качества жизни пациентов, требующих оказания паллиативной медицинской помощи; – навыками консультирования родственников пациентов и лиц, осуществляющих уход, по навыкам и организации индивидуального ухода за пациентами, получающими паллиативную медицинскую помощь; – навыками решения этических вопросов, помощь в решении юридических вопросов, возникающих в связи с тяжелой болезнью и приближением смерти; – навыками оказания родственникам психологической поддержки в период переживания горя и утраты
ПК-1.7 Оказывает скорую медицинскую помощь детям в экстренной и неотложной формах на госпитальном этапе	Знать	– особенности этиологии, патогенеза, диагностики и клинического течения неотложных состояний у детей с учетом возраста и исходного состояния здоровья; – клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания; – критерии диагностики неотложных состояний у пациентов по профилю «педиатрия»;

		– правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; – методику и алгоритм проведения неотложной помощи пациентам по профилю «педиатрия» на госпитальном этапе; – методику и алгоритм проведения экстренной помощи пациентам по профилю «педиатрия»;
	Уметь	– определять степень тяжести угрожающего состояния и прогноз для жизни. – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания) госпитальном этапе; – оказывать медицинскую помощь в неотложной и экстренной формах ребенку с заболеванием и (или) состоянием по профилю «педиатрия», в том числе при развитии нежелательных (побочных) реакций при введении лекарственных средств на госпитальном этапе; – применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах на госпитальном этапе. – выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. – оформлять необходимую сопроводительную медицинскую документацию и транспортировать (сопровождать) ребенка на следующий этап оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.
	Владеть	– навыками оценки состояния, требующего оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной формах. – навыками определения медицинских показаний для оказания ребенку экстренной и неотложной медицинской помощи. – навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. – навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме на госпитальном этапе при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания). – применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной и экстренной формах госпитальном этапе.
ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа	Знать	– правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»
	Уметь	– оформлять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; – получать согласия родителей (законных представителей) и детей старше 15 лет на обработку персональных данных, на проведение обследования, лечение и иммунопрофилактику; – использовать в своей работе персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну
	Владеть	– навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа; – навыками использования в работе персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну

ПК-2.3 Организует и контролирует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	Знать	– должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия»; – требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
	Уметь	– осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинских работников, находящихся в распоряжении
	Владеть	– навыками контроля выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинского персонала; – навыками участия в обеспечении пределах своей компетенции внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – навыками соблюдения правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырехбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное задание	Код индикатора
	Полугодие 1			
Раздел 1	**Неонатология**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Виды и сроки проведения неонатальных скринингов 2. Физиологические состояния	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2
Тема 1.1	Организация медицинского обслуживания новорожденных детей			

Тема 1.2	Становление биоценоза в неонатальном периоде		периода адаптации. 3. Критерии оценки тяжести асфиксии у новорожденного. 4. Принципы терапии гемолитической болезни новорожденных. 5. Оказание базовой медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале). 6. Организация и поддержка грудного вскармливания в условиях физиологического родильного дома. 7. Ведение медицинской документации в роддоме и отделении неонатологии в стационаре. 8. Какими нормативно - правовыми документами регулируется оказание первичной и реанимационной помощи новорожденным детям? 9. Принципы и методы стабилизации состояния и реанимационной помощи новорожденным детям различного срока гестации в родильном зале. 10. Респираторный дистресс синдром: этиология, патогенез, профилактика, диагностика и лечение. 11. Критерии оценки степени тяжести гипоксически-ишемической энцефалопатии доношенных новорожденных. 12. Физиологическая потребность новорожденного ребенка в основных питательных веществах и калориях, объем питания. 13. Подходы к диагностике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей различного срока гестации. Методы коррекции. 14. Оценка структуры и функционального состояния почек и системы мочевыделения у новорожденных. Методы лабораторного и инструментального контроля. 15. Ранняя анемия недоношенных детей. 16. Клинические симптомы локализованных бактериальных инфекций кожи и слизистых оболочек. 17. Методы профилактики локализованных бактериальных инфекций кожи и слизистых оболочек. 18. Критерии и принципы диагностики нарушения полового развития у новорожденных детей. 19. Методы кинезиотерапии в реабилитации последствий перенесенных перинатальных поражений ЦНС у детей различного гестационного возраста.	ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 1.3	Билирубиновый обмен в неонатальном периоде			
Тема 1.4	Кислородный гомеостаз у новорожденных			
Тема 1.5	Поражения органов дыхания у новорожденных			
Тема 1.6	Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных			
Тема 1.7	Бактериальные и грибковые инфекции у новорожденных детей			
Тема 1.8	Вирусные и паразитарные заболевания новорожденных			
Тема 1.9	Гемостаз в неонатальном периоде			
Тема 1.10	Анемии у новорожденных детей			
Тема 1.11	Заболевания и функциональные нарушения органов желудочно-кишечного тракта в неонатальном периоде			
Тема 1.12	Недоношенные дети.			
Тема 1.13	Поражения органов мочевой системы в период новорожденности			
Тема 1.14	Эндокринопатии у новорожденных			
Тема 1.15	Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде			

Раздел 2	**Патология детей раннего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Клинико-параклинические маркеры экссудативно-катарального диатеза. 2. Профилактика заболеваний, ассоциированных с аномалиями конституции. 3. Естественное вскармливание. Состав грудного молока. Режимы вскармливания, контроль за эффективностью. 4. Классификация смесей при искусственном вскармливании. Критерии выбора смеси, оценка достаточности питания. 5. Оценка физического развития ребенка первых лет жизни, современные подходы и используемые шкалы. 6. Оценка нервно-психического развития детей при динамическом наблюдении на первом году жизни. 7. Клинико-лабораторные симптомы рахита. Дозы и препараты витамина Д для профилактики и лечения рахита. 8. Дифференциальная диагностика с рахитоподобными заболеваниями. 9. Возрастная физиология красного кровяного ростка и нормативы в динамике. 10. Классификация анемий, клинические проявления, лабораторная диагностика 11. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью. 12. Дифференциальный диагноз обструктивного синдрома у детей раннего возраста. Лечение, 13. Типы и виды обезвоживания. Клиника, лечебные меры. 14. Болезни накопления. Классификация. Роль молекулярно-генетического обследования. 15. Дифференциальный диагноз синдрома рвоты и срыгивания у детей. 16. Пороки развития почек и мочевыводящих путей 17. Классификация наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца. 18. Принципы реабилитации часто болеющих детей	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.5 ПК-1.7
Тема 2.1	Аномалии конституции			
Тема 2.2	Диететика.			
Тема 2.3	Физическое и нервно-психическое развитие детей			
Тема 2.4	Рахит, рахитоподобные заболевания			
Тема 2.5	Анемии			
Тема 2.6	Геморрагические диатезы			
Тема 2.7	Заболевания дыхательной системы			
Тема 2.8	Гнойно-воспалительные и атопические заболевания кожи			
Тема 2.9	Особенности водно-электролитного гомеостаза у детей раннего возраста			
Тема 2.10	Наследственные заболевания			
Тема 2.11	Заболевания желудочно-кишечного тракта			
Тема 2. 12	Заболевания мочевыделительной системы.			
Тема 2.13	Заболевания сердечно-сосудистой системы			
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Основные организации кардиологической помощи детям в кардиологическом стационаре. 2. Методы обследования ребенка/подростка с патологией сердечно-сосудистой системы. 3. Классификация аритмий.	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2
Тема 3.1	Заболевания сердечно-сосудистой системы			
Тема 3.2	Болезни органов дыхания, аллергология			
Тема 3.3	Эндокринная патология			

			Клинические проявления. ЭКГ-признаки экстрасистолии. 4. Противоаритмические препараты. Принципы выбора. 5. Симптоматические артериальные гипертензии. 6. Гипотензивные средства. Комбинации гипотензивных средств. 7. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний. 8. Неотложная помощь при синкопальных состояниях. 9. Медикаментозное лечение инфекционного эндокардита. 10. Профилактика синкопальных состояний у детей. 11. Критерии тяжести течения бронхиальной астмы 12. Терапия бронхиальной астмы в соответствии с тяжестью заболевания. Критерии эффективности терапии. 13. Диагностика и лечение больных с экссудативным плевритом. 14. Стадии дыхательной недостаточности. 15. Критерии определения задержки роста/высокорослости; избыточная масса тела. 16. Ожирение. 17. Клинико-лабораторные маркеры сахарного диабета у детей. 18. Показания для направления на МЭС детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы 19. Реабилитация детей с бронхиальной астмой.	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
	Полугодие 2			
Раздел 3	**Патология детей старшего возраста**	Устный опрос	Вопросы к опросу: 1. Основы организации помощи детям с заболеваниями мочевыводящих путей в стационаре. 2. Основные синдромы поражения мочевыделительной системы. 3. Методы исследования в нефрологии. 4. Классификация гломерулонефритов. 5. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита. 6. Показания для направления детей с почечной патологией на МЭС. 7. Классификация острой почечной недостаточности. 8. Антибактериальная терапия инфекции мочевыводящих путей. 9. Методы профилактики нарушений уродинамики. 10. Клиника и диагностика гастроэзофагеально-рефлюксной болезни. 11. Классификация	УК-1.1 УК-1.2 ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-5.1 ОПК-5.2 ОПК-6.1 ОПК-6.2 ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ОПК-9.2 ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-1.3 ПК-1.4 ПК-1.5 ПК-1.6 ПК-1.7 ПК-2.2 ПК-2.3
Тема 3.4	Заболевания мочевыделительной системы			
Тема 3.5	Заболевания пищеварительной системы			
Тема 3.6	Болезни органов кроветворения, онкологические заболевания			
Тема 3.7	Диффузные заболевания соединительной ткани			
Тема 3.8	Паллиативная помощь детям			

			антисекреторных препаратов. 12. Острый панкреатит. Неотложная помощь. 13. Клиника и диагностика целиакии. 14. Принципы диетотерапии в гастроэнтерологии. 15. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: клиника, диагностика. 16. Понятие и содержание паллиативной медицинской помощи.	

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации зачету с оценкой

Тестовые задания

1	Вопросы с одиночным выбором
1	При болезни Дауна характерно
	трисомия +13
	трисомия +21
	трисомия +18
	кариотип 47,XXX
2	При синдроме Патау характерно
	трисомия +21
	трисомия +18
	трисомия +13
	кариотип 47,XXX
3	При синдроме Эдварса характерно
	трисомия +18
	трисомия +13
	трисомия +21
	кариотип 45,X
4	При болезни Дауна высока частота врожденных пороков
	нервной системы
	сердца
	желудочно-кишечного тракта
	почек
5	Для синдрома Шерешевского-Тернера характерно
	кариотип 45,X
	трисомия +13
	трисомия +18
	кариотип 47,XXX
6	Основным критерием диагноза фенилкетонурии является
	умственная отсталость
	повышение уровня фенилаланина в крови
	кариотип
	рвоты
7	Для лечения детей до года с фенилкетонурией используют смесь
	Нутрилон пепти Аллергия
	Нан кисломолочный

	Лофеналак
	Симилак премиум
8	Гликогенозы I, III. VI, XI типов наследуются
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцепленно с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготно
9	Тип наследования при болезни Гоше
	аутосомно-рецессивный
	аутосомно-доминантный
	сцепленный с Х-хромосомой
	компауд-гетерозиготный
10	Болезнь Нимана-Пика относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
	лизосомным
11	Синдром Криглера-Найяра относится к заболеваниям
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена билирубина
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
12	В основе синдрома Криглера-Найяра лежит
	резус конфликт
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	полное отсутствие глюкуронилтрансферазы
	конфликт по группе крови
13	В основе синдрома Жильбера лежит
	дефект синусоидальной мембраны гепатоцита
	генетический дефект фермента кислой липазы
	генетический дефект глюкуронилтрансферазы
	дефект мембран митохондрий
14	Мукополисахаридозы относятся к заболеваниям
	лизосомным
	с нарушением углеводного обмена
	с нарушением обмена аминокислот
	с нарушением минерального обмена
15	В развитии острой дыхательной недостаточности выделяют 3 стадии
	начальная, глубокой гипоксии, гипоксемическая кома
	начальная, гипоксемическая кома, выздоровление
	острая гипоксия, начальная, гипоксемическая кома
	острая гипоксия, глубокая гипоксия, гипоксемическая кома
16	Для ДН 1 степени характерен
	метаболический или дыхательный ацидоз
	декомпенсированный смешанный ацидоз

	алкалоз
	изменений нет
17	При пневмонии острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
18	При экссудативном плеврите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
19	При бронхиолите острая дыхательная недостаточность
	обструктивная
	рестриктивная
	интерстициальная
	смешанная
20	При дыхательной недостаточности 2 степени характерны изменения в КОС крови в виде
	метаболического или дыхательного ацидоза
	метаболического алкалоза
	декомпенсированного смешанного ацидоза
	изменений нет
21	Запор у детей старше 3-х лет - это частота дефекаций
	реже 5 раз в неделю
	4 раза в неделю
	реже 3 раз в неделю
	реже 1 раза в день
22	Ведущую роль в патогенезе неспецифического язвенного колита играют
	аутоиммунные нарушения
	аллергические реакции замедленного типа
	токсические повреждения слизистой оболочки толстой кишки
	дисахаридазная недостаточность
23	Для глазной формы токсокароза наиболее характерно
	передняя катаракта
	одностороняя лейкокория
	колобома
	повышение внутриглазного давления
24	Для энтеробиоза наиболее характерно
	диарея
	кровь в стуле
	перианальный зуд
	анемия
25	Клиническая картина аскаридоза включает в себя фазы
	миграционную и кишечную
	миграционную и прогрессирующую
	кишечную и регрессирующую

	прогрессирующую и стационарную
26	При лечении энтеробиоза у детей старше года дозировка мебендазола составляет
	100 мг однократно
	150 мг в течение 3 дней
	200 мг однократно
	50 мг х 2 раза в день в течении 5 дней
27	Диагноз энтеробиоза ставится на основании
	копрограммы
	кала на яйца глистов
	соскоба методом Грэхема
	кала на дизгруппу
28	Влажные мелкопузырчатые хрипы – патогномоничный признак при
	бронхите
	бронхопневмонии
	бронхиальной астме
	эмфиземе
29	Сухие свистящие хрипы – патогномоничный признак при
	пневмонии
	простом бронхите
	эмфиземе
	бронхиальной астме
30	Триггером развития системной склеродермии считается
	пищевая аллергия
	хеликобактер пилори
	инсоляция
	гельминтоз
31	При системном ювенильном идиопатическом артрите поражается
	не более одного сустава
	2-3 сустава
	4-5 сустава
	более 5 суставов
32	К поражению глаз при ювенильном идиопатическом артрите относится
	иридоциклит
	пигментная дегенерация сетчатки
	катаракта
	конъюнктивит
33	Болезнь Стилла характерна для
	системной красной волчанки
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита
34	Синдром Рейно относится к критериям диагностики
	системной красной волчанке
	ювенильного идиопатического артрита
	системной склеродермии
	дерматомиозита

35	При базисной терапии коллагенозов доза кортикостероидов составляет
	от 0,5 до 1,5 мг/кг в сутки
	от 2,0 до 5,0 мг/кг в сутки
	от 5,0 до 10,0 мг/кг в сутки
	от 15,0 до 30,0 мг/кг в сутки
36	Какой возбудитель наиболее часто вызывает острый стеноз гортани
	пневмококк
	гемофильная палочка
	стафилококк
	вирус парагриппа
37	Препаратом выбора при судорожном синдроме является
	толперизон
	неостигмина бромид
	диазепам
	атропин
38	При неотложной терапии коллапса применяют
	неостигмина бромид
	кофеина бензоат
	аминофиллин
	эпинефрин
39	Фракция общего билирубина преимущественно представлена
	прямой
	непрямой
	в равных соотношениях прямой и непрямой
	биливердином
40	Диагноз хронического вирусного гепатита можно выставить при обнаружении маркеров гепатита в течение
	1 месяца
	3 месяцев
	5 месяцев
	6 месяцев
41	Суперинфекция дельта-вирусом представляет опасность для больных
	гепатитом В
	гепатитом А
	цитомегаловирусным гепатитом
	гепатитом С
42	Ведущим критерием активности хронического гепатита является
	нарастание уровня трансаминаз
	нарастание уровня щелочной фосфатазы
	снижение уровня трансаминаз
	снижение уровня щелочной фосфатазы
43	Для острого панкреатита у детей наиболее характерна форма
	деструктивная
	интерстициальная
	билиарная
	лекарственная

44	Этиологический фактор миокардитов у детей первых лет жизни - это
	аутоиммунные нарушения
	грибы
	бактериально-грибковые ассоциации
	вирусы, бактерии
45	Основной этиологической причиной эндокардитов у детей являются
	герпесвирусы
	стрептококки
	стафилоккоки
	Candida albicans
46	Для дилятационной кардиомиопатии характерно
	резкое расширение полостей сердца
	уменьшение растяжимости стенок желудочков
	выраженная гипертрофия левого желудочка и межжелудочковой перегородки
	нарушение ритма сердца
47	Наиболее часто при бактериальном эндокардите поражается клапан
	митральный
	аортальный
	лёгочной артерии
	трикуспидальный
48	Эхокардиографическим критерием бактериального эндокардита является
	вегетации на клапанах
	уплотнение створок клапанов
	снижение сократительной способности миокарда
	гипертрофия левого желудочка
49	В качестве стартовой терапии при бактериальном эндокардите у детей назначают
	аминогликозиды
	цефалоспорины
	макролиды
	пенициллины
50	Для аскультативной картине при миокардите у детей характерно
	глухость сердечных тонов
	акцент II тона на аорте
	выраженная дыхательная аритмия
	ритм галопа
51	Отёки при синдроме верхней полой вены появляются
	сначала в области сердца, затем распространяются выше
	сначала на лице и шее
	сначала на ногах, затем распространяются выше
	отмечается общая отёчность, анасарка
52	Целиакия – это непереносимость
	глютена
	фенилаланина
	лактозы
	белка коровьего молока

53	Дебют клинических проявлений целиакии происходит преимущественно после
	введения овощного пюре
	введения фруктового пюре
	введения каш
	перехода на искусственное вскармливание
54	Решающее диагностическое значение для целиакии имеет
	обнаружение антител к эндомизию
	повышение уровня ТТГ
	непрямая гипербилирубинемия
	повышение общего IgE
55	Первичная лактазная недостаточность передается
	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	рецессивно сцеплено с Х хромосомой
	полигенно-аддитивно
56	Стул при лактазной недостаточности
	кашицеобразный, жирный
	водянистый, пенистый
	жидкий с примесью слизи, крови
	жидкий с примесью слизи, зелени
57	Диагноз при муковисцидозе ставится на основании
	повышения активности альфа1-антитрипсина
	повышения концентрации хлоридов пота
	наличия легочной гипертензии
	наличия в мокроте макрофагов, нагруженных гемосидерином
58	При синдроме Мунье-Куна выявляется
	наличие антител к базальной мембране легких
	неподвижность ресничек эпителия дыхательных путей
	трахеобронхомегалия
	отложение гемосидерина в макрофагах альвеол
59	Синпневмонический плеврит
	начинается одновременно с началом пневмонии
	развивается на фоне отрицательной динамики пневмонии
	является осложнением затяжных пневмоний
	возникает после травмы
60	Гнойный плеврит является осложнением
	бронхиолита
	стафилококковой пневмонии
	бронхиальной астмы
	муковисцидоза
61	Компрессионные ателектазы сопровождаются
	смещением органов средостения в здоровую сторону
	смещением органов средостения в сторону ателектаза
	высоким стоянием диафрагмы на стороне поражения
	бронхоэктазами
62	Гнойный плеврит является осложнением

	туберкулеза легких
	травмы грудной клетки
	системного заболевания соединительной ткани
	стафилококковой деструкции легких
63	Для оценки бактериурии используют
	посев мочи
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
	общий анализ мочи
64	Для клинической картины нефротического синдрома характерно
	макрогематурия
	иктеричность склер
	стойкая артериальная гипертензия
	отеки при нормальном артериальном давлении
65	Для нефротического синдрома характерен комплекс лабораторных показателей
	протеинурия, гипоальбуминемия, гиперлипидемия,
	гематурия, диспротеинемия, гиперкалийемия
	оксалурия, цилиндрурия, диспротеинемия
	протеинурия, глюкозурия, гипераминоацидурия, фосфатурия,
66	Критерием тяжести нефротического синдрома является
	уровень креатинина сыворотки крови
	степень гипоальбуминемии
	степень гиперлипидемии
	стойкая артериальная гипертензия
67	Доза преднизолона для лечения нефротического синдрома составляет
	0,5 мг/кг/сут
	1,0 мг/кг/сут
	2,0 мг/кг/сут
	3,0 мг/кг/сут
68	Обязательный лабораторный признак почечной недостаточности
	повышение мочевины и креатинина
	повышение калия в сыворотке крови
	метаболический ацидоз
	гипонатриемия
69	Для экссудативного плеврита характерно
	амфорическое дыхание
	крепитация
	шум трения плевры
	смещение границ относительной сердечной тупости в здоровую сторону
70	Миграция водителя ритма чаще встречается в
	грудном возрасте
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
71	В ортостазе у здорового ребенка по сравнению с исходными данными ЧСС
	увеличивается на 5-10%

	увеличивается на 10-30%
	уменьшается на 5 -10%
	не меняется
72	Дыхательная аритмия у детей является
	вариантом возрастной нормы
	признаком кардита
	признаком кардиомиопатии
	признаком врожденного порока сердца
73	Признаком дыхательной аритмии на ЭКГ является
	расщепление комплекса QRS
	вариабельность длительности сердечных комплексов
	удлинение интервала P-Q
	инверсия зубца Т
74	Критерием миграции источника ритма на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	расщепление комплекса QRS
	инверсия зубца Т
	удлинение интервала P-Q
75	Экстрасистолия – это
	внеочередное сокращение сердца
	миграция источника ритма внутри синусового узла
	урежение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
76	Тригеминия – это
	появление экстрасистол после каждого нормального сокращения
	беспорядочное сокращение с нормальным ритмом сердца
	несколько внеочередных сокращений
	появление экстрасистол после двух нормальных сокращений
77	Для пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии характерно
	ЧСС выше 180-200 ударов в минуту
	внеочередное сокращение сердца
	миграция водителя ритма внутри синусового узла
	учащение ритма сердца на 20-30 ударов в минуту от возрастной нормы
78	К нарушению функции образования импульса относится
	атрио-вентрикулярная блокада
	синдром удлинения QT
	миграция водителя ритма
	синдром слабости синусового узла
79	При приступе Морганьи-Эдамса-Стокса на ЭКГ определяется
	синусовая брадикардия
	миграция источника ритма
	атриовентрикулярная блокада I ст
	полная атриовентрикулярная блокада
80	Признаком мерцательной аритмии на ЭКГ является
	изменение формы и направления зубца Р
	появление вместо зубца Р большого количества f волн

	удлинение интервала P-Q
	расщепление комплекса QRS
81	При синдроме удлинения QT развивается
	полиморфная желудочковая тахикардия
	трепетание предсердий
	полная атриовентрикулярная блокада
	предсердная экстрасистолия
82	Для усиления сократительной способности миокарда используют
	фуросемид
	калия и магния аспарагинат
	амиодарон
	дигоксин
83	Обморок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
84	Коллапс – это
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
85	Шок – это
	резкое снижение сосудистого тонуса и уменьшение ОЦК, характеризующееся признаками гипоксии головного мозга и угнетения жизненно важных функций
	слабость, потоотделение, головокружение, нехватка воздуха, страх и тревога, несмотря на отсутствие причины, тахикардия
	патологический процесс, развивающийся в ответ на воздействие чрезвычайных раздражителей, основным признаком которого является острая прогрессирующая недостаточность тканевого кровообращения
	внезапная кратковременная потеря сознания, обусловлена преходящей ишемией головного мозга
86	Причиной повышения артериального давления у подростков чаще является
	эссенциальная артериальная гипертензия
	заболевания почек
	заболевания эндокринной системы
	врожденные пороки сердца
87	При остром постстрептококковом гломерулонефрите повреждение клубочка вызвано
	токсинами стрептококка

	провоспалительными цитокинами
	иммунными комплексами
	антителами к гломерулярной базальной мембране
88	Типичными клиническими симптомами острого постстрептококкового гломерулонефрита являются
	гипертензия, умеренные отеки, макрогематурия
	нормотензия, анасарка, светлая моча
	макрогематурия, нормотензия, отсутствие отеков
	макрогематурия, гипертензия, анасарка
89	Дети с хроническим гломерулонефритом наблюдаются
	в течение 5 лет
	в течение 3 лет
	в течении 1 года
	до перевода во взрослую поликлинику
90	При гломерулонефрите поражаются
	клубочки
	интерстиций
	канальцы
	эпителий лоханки
91	В 1 мл гепарина содержится
	10 000 ЕД
	5 000 ЕД
	3 000 ЕД
	1 000 ЕД
92	Олигурия – это
	недержание мочи ночью
	снижение суточного количества мочи
	снижение суточных колебаний удельного веса мочи
	нарушение соотношения между дневным и ночным диурезом
93	Клиренс эндогенного креатинина оценивает
	реабсорбционную функцию почек
	секреторную функцию почек
	величину суточного диуреза
	фильтрационную функцию почек
94	Никтурия - это
	преобладание ночного диуреза над дневным
	снижение удельного веса мочи
	увеличение диуреза в 2 раза
	недержание мочи ночью
95	Для В12 -дефицитной анемии характерно наличие
	микроцитоза
	нормоцитоза
	макроцитоза
	шизоцитоза
96	К гиперхромным анемиям относится
	фолиеводефицитная

	железодефицитная
	гемолитическая
	апластическая
97	Гемолитическая анемия, вызываемая медикаментами, наиболее часто возникает у пациентов с дефицитом фермента
	глютатион- пероксидаза
	пируваткиназа
	глютатион-редуктаза
	глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа
98	Лабораторные признаки внутрисосудистого гемолиза
	повышение цветового показателя
	лейкопения
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
	повышение уровня непрямого билирубина
99	К какому виду анемии относится болезнь Минковского - Шоффара
	гемолитическая
	дефицитная
	гипопластическая
	постгеморрагическая
100	Для внутриклеточного гемолиза наиболее характерно
	повышение непрямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + желтуха
	повышение прямого билирубина + спленомегалия
	гемоглобинемия, гемоглобинурия
101	Естественное вскармливание
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
102	Смешанное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
103	Искусственное вскармливание
	кормление ребенка грудью матери, когда грудное молоко составляет более 4/5 суточной потребности ребенка
	введение прикорма по национальному календарю
	кормление ребенка, когда объем докорма молочными смесями составляет более 1/5 суточной потребности, но менее 2/3
	такое кормление, когда грудное молоко полностью отсутствует или составляет менее 1/5 суточного объема
104	Профилактическая суточная доза витамина Д для доношенного ребенка грудного возраста (в

	МЕ)
	не более 500
	от 500 до 1000
	от 1000 до 1500
	от 1500 до 2000
105	Средние сроки закрытия большого родничка (месяцы жизни)
	от 4 до 7
	от 6 до 8
	от 9 до 15
	от 15 до 20
106	Характерными симптомыамитромбоцитопенической пурпуры являются
	носовые, маточные кровотечения, геморрагическая сыпь
	симметричная сыпь с локализацией на голенях
	кровоизлияния в суставы, межмышечные гематомы
	телеангиоэктазия, сосудистые звездочки
107	При иммунной тромбоцитопенической пурпуре изменяется
	время кровотечения
	время свертывания
	и то, и другое
	ни то, ни другое
108	Для иммунной тромбоцитопенической пурпуры характерен тип кровоточивости
	васкулитно-пурпурный
	петехиально-пятнистый
	гематомный
	смешанный
109	Критерием тромбоцитопении является уровень тромбоцитов менее
	50 г/Л
	100 г/л
	150 г/Л
	200 г/л
110	Основным звеном патогенеза геморрагического васкулита является
	иммунопатологическое
	инфекционное
	аллергическое
	аутоиммунное
111	Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	острой тромбоцитопенической пурпуры
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
112	Гематомный тип кровоточивости характерен для
	гемофилии
	тромбоцитопатии
	геморрагического васкулита
	Геморрагическая болезнь новорожденных
113	Гемофилия А наследуется
	рецессивно, сцепленно с Х-хромосомой

	рецессивно, сцепленно с Yхромосомой
	аутосомно-доминантно
	аутосомно-рецессивно
114	Развитие гемофилии В обуславливает дефицит плазменного фактора свертывания крови
	II
	VIII
	IX
	XI
115	Наиболее характерный клинический признак начального периода рахита
	повышенная судорожная готовность
	повышенная потливость
	мышечный гипертонус
	диарея
116	Антагонистом витамина Д является
	витамин В6
	витамин В12
	витамин А
	витамин Е
117	Классический рахит необходимо дифференцировать с
	болезнью Дебре- де-Тони-Фанкони
	гипервитаминозом А
	гипервитаминозом Д
	хондродистрофиями
131	Для сахарного диабета 1 типа в пубертатный период характерно
	стабильность течения
	наличие осложнений
	уровень гликированного гемоглобина более 7%
	лабильность течения
132	Критериями диагностики сахарного диабета 1 типа является
	гликемия более 11,1 ммоль/л
	гликированный гемоглобин более 7%
	полидипсия, полиурия
	нарушение толерантности к глюкозе
133	Нарушение толерантности к глюкозе диагностируется, если уровень глюкозы через 120 мин после приема глюкозы
	менее 7,8 ммоль/л
	более 7,8 ммоль/л, но менее 11,1 ммоль/л
	более 11,1 ммоль/л
	Более 15 ммоль/л
134	Наиболее частой причиной летальности при сахарном диабете 1 типа является
	кардиопатия
	нефропатия
	кома
	нейропатия
135	Физиологическое влияние гормонов щитовидной железы на костную ткань у детей
	ремоделирование костной ткани

	замедление оссификации костной ткани
	ускорение темпов роста
	развитие остеопороза
136	При скрининге на врожденный гипотиреоз в России определяют
	антитела к тиреоглобулину
	ТТГ
	сТ4
	Т3
137	Вторичный гипотиреоз характеризуется поражением
	щитовидной железы
	паращитовидной железы
	гипофиза
	гипоталамуса
138	Для вторичного гипотиреоза характерно
	понижен ТТГ, понижен Т4, Т3
	повышен ТТГ, понижен Т4, Т3
	понижен ТТГ, повышен Т4, Т3
	нормальный ТТГ, повышен Т4, Т3
140	Скрининг-тест на врожденный гипотиреоз является положительным при уровне ТТГ
	20 – 50 мМЕ/л
	менее 5 мМЕ/л
	5-20 мМЕ/л
	более 50 мМЕ/л
141	Лабораторные показатели при диффузном токсическом зобе
	ТТГ -повышен, уровни тиреоидных гормонов повышены
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов понижены
	снижение ТТГ, повышение уровней тиреоидных гормонов
	ТТГ - повышен, уровни тиреоидных гормонов в пределах нормы
142	При гипопаратиреозе наблюдается
	гипокальциемия, гиперфосфатемия
	гипокальциемия, гипофосфатемия
	гиперкальциемия, гиперфосфатемия
	гиперкальциемия, гипофосфатемия
143	Основные симптомы гипопаратиреоза
	судороги конечностей и тетания
	задержка психомоторного развития
	полноценный сон
	диарея
144	Кардиохирургическую коррекцию полной транспозиции магистральных сосудов следует проводить
	до 14 дней жизни
	с 1 мес до 3 мес
	с 3 мес до 6 мес
	с 6 мес до 12 мес
145	Среди фетальнаых коммуникаций первым после рождения закрывается
	овальное окно

	артериальный проток
	Аранциев проток
	дефект межжелудочковой перегородки
146	Клинической характеристикой ВПС - тетрады Фалло является
	сердечная недостаточность по правожелудочковому типу
	сердечная недостаточность по левожелудочковому типу
	артериальная гипертензия
	одышечно-цианотические приступы
147	К порокам, протекающим с обеднением большого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	коартация аорты
	транспозиция магистральных сосудов
148	К порокам, протекающим с гиповолемией малого круга кровообращения относится
	стеноз легочной артерии
	ДМЖП
	открытый артериальный проток
	транспозиция магистральных сосудов
149	При простой транспозиции магистральных сосудов в качестве паллиативной операции выполняют
	Процедура Рашкинда
	Операция Мюллера
	Подключично-легочный анастомоз
	Инфузия простагландинов Е1
150	АД на нижних конечностях при коарктации аорты
	отличается справа и слева более чем на 10-20 мм.рт.ст
	ниже, чем на верхних конечностях
	выше, чем на верхних конечностях
	одинаковое на верхних и нижних конечностях
151	Этиологическим фактором острой ревматической лихорадки является
	бета-гемолитический стрептококк группы А
	бета-гемолитический стрептококк группы В
	золотистый стафилококк
	вирусы
152	При митральной недостаточности выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло - диастолический шум на верхушке
153	При митральном стенозе выслушивается
	протодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины
	систолический шум максимальный на верхушке, связанный с 1 тоном
	рокочущий пресистолический шум на верхушке
	систоло-диастолический шум на верхушке
154	При аортальной недостаточности выслушивается
	систоло-диастолический шум на верхушке

	диастолический шум во 3-4 межреберье слева от ргудины
	диастолический шум во 2 межреберье справа от грудины
	систолический шум во 2 межреберье справа от грудины
155	Дебют острой ревматической лихорадки происходит преимущественно в
	раннем возрасте
	дошкольном возрасте
	школьном возрасте
	грудном возрасте
156	Острый лимфобластный лейкоз диагностируется при наличии
	Более2 5% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 30% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 35% бластных клеток в мазке костного мозга
	более 40% бластных клеток в мазке костного мозга
157	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие цитохимические данные
	наличие активности миелопероксидазы
	отсутствие активности миелопироксидазы
	положительная реакция на липиды
	слабое диффузное окрашивание цитоплазмы при ШИК-реакции
158	Для острого лимфобластного лейкоза характерны следующие синдромы
	иммунодефицитный, бронхообструктивный, анемический
	анемический, нефритический, пролиферативный
	анемический, геморрагический, пролиферативный
	гипертензионный, иммунодефицитный, геморрагический
159	Характерными клиническими симптомами нейролейкоза являются
	энцефалит, артериальная гипертензия
	внутрижелудочковые кровоизлияния
	корешковый синдром
	менингоэнцефалит, миелит
160	Наиболее опасным в плане развития инфекционных осложнений при лейкозе является снижение уровня нейтрофилов
	менее 1500 в 1 мкл
	менее 2000 в 1 мкл
	менее 2500 в 1 мкл
	менее 3000 в 1 мкл
161	Внелимфатическое (экстранодальное) поражение при лимфогранулематозе часто проявляется в
	сетчатке
	коже
	легочной ткани
	миокарде
162	Лимфаденопатия – это
	увеличение периферических лимфоузлов в 3 и более группах, без воспалительного процесса
	увеличение периферических лимфоузлов любой локализации, с субфибрилитетом
	увеличение всех лимфоузлов, без воспалительного процесса
	увеличение всех лимфоузлов в 3 и более группах, с воспалительным процессом
163	Основной морфологический признак лимфогранулематоза:

	нейробласты с незначительными признаками дифференциации
	клетки Березовского-Штернберга
	наличие в нейтрофилах телец Альдера
	наличие в цитоплазме лимфоцитов телец Митвоха
164	Ожирение при синдроме Иценко-Кушинга характеризуется
	избыточным отложением жира на лице, груди, плечевом поясе
	избыточным отложением жира на животе и бедрах
	равномерным распределением ПЖК
	равномерным висцеральным
165	Критерием преждевременного полового развития у девочек является появление вторичных половых признаков
	до 6лет
	до 8 лет
	до 10 лет
	до 12 лет
166	О преждевременном половом созревании свидетельствует появление вторичных половых признаков у мальчиков
	до 7 лет
	до 9 лет
	до 11 лет
	до 13 лет
167	Этиологией истинного преждевременного полового развития является
	опухоли яичек
	опухоли яичников
	гамартомы гипоталамуса
	опухоли надпочечников
168	В пучковой зоне коркового слоя надпочечников образуются
	андрогены, эстрогены
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
169	При хронической надпочечниковой недостаточности отмечается
	снижение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	повышение продукции минерало- и глюкокортикоидов
	снижение продукции глюко- и повышение продукции минералокортикоидов
	повышение продукции глюко- и снижение секреции минералокортикоидов
170	В сетчатой зоне коркового вещества надпочечников синтезируются
	кортизол, кортикостерон
	альдостерон, дезоксикортикостерон
	адреналин, норадреналин
	андрогены, эстрогены
171	При первичной хронической надпочечниковой недостаточности в ответ на введение экзогенного АКТГ содержание кортизола
	Сначала снизится, затем повысится
	снизится
	не изменится
	повысится

172	К клиническим проявлениям острой надпочечниковой недостаточности относится
	рвота, доскообразный живот, гематурия
	рвота, боли в животе, снижение АД, акроцианоз, слабость, анурия
	рвота, головные боли, повышение АД, “+” симптомы Брудзинского
	рвота, боли в животе, болезненность в левом подреберье
173	Для мочевого синдрома при пиелонефрите характерна
	кристаллурия
	протеинурия
	гематурия
	лейкоцитурия + бактериурия
174	Для клинической картины острого пиелонефрита характерны
	лихорадка выше 38^0 С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
175	Самым частым возбудителем инфекции мочевых путей является
	Proteus vulgaris
	Klebsiella pneumoniae
	E. coli
	Staphylococcus epidermalis
176	Для клинической картины острого цистита характерно
	лихорадка выше 38^0 С, боли в животе, пояснице, дизурия
	учащенное болезненное мочеиспускание при нормальной температуре
	субфебрилитет без явных жалоб
	ночное недержание мочи при нормальной температуре
177	Пиелонефрит считается вторичным, если он развивается на фоне
	пузырно-мочеточникового рефлюкса
	атопического дерматита
	хронического тонзиллита
	запоров
178	Пиелонефрит считается обструктивным, если он развивается на фоне
	упорной кристаллурии
	рецидивирующего цистита
	гипоплазии почки
	гидронефроза, мегауретера
179	Бактериурией считается выделение с мочой условно-патогенной флоры в количестве более
	100 000 микробных тел на мл
	1000 000 микробных тел на мл
	10 000 микробных тел на мл
	1000 микробных тел на мл
180	В анализе мочи по Нечипоренко количество лейкоцитов не должно превышать
	500 в 1 мл
	1000 в 1 мл
	2000 в 1 мл
	5 000 в 1 мл

181	Микционная цистография позволяет диагностировать
	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
	неполное удвоение почки
	врожденный гидронефроз
	цистит
182	В качестве стартовой антибиотикотерапии при пиелонефрите у детей назначают
	цефалоспорины 1-го поколения
	макролиды
	цефалоспорины 3-го поколения
	фторхинолоны
183	Этиология острого бронхита у детей раннего возраста, как правило
	вирусная
	бактериальная
	грибковая
	пневмоцистная
184	Этиологическим фактором бронхиолита чаще всего является
	цитомегаловирус
	респираторно-синцитиальный вирус
	парагрипп
	микоплазма
185	Препаратом выбора в лечении пневмонии вызванной микоплазмой являются антибиотики из группы
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
	макролидов
	пенициллинов
186	Препаратом выбора в лечении домашней пневмонии у детей являются антибиотики из группы
	макролидов
	карбопенемов
	фторхинолонов
	защищенных пенициллинов
187	Одним из звеньев патогенеза бронхиальной астмы является
	гиперреактивность бронхов
	сниженная реактивность бронхов
	бактериальное воспаление дыхательных путей
	нарушение мукоцилиарного клиренса
188	В основе патогенеза астматического статуса лежит
	блокада М-холинорецепторов
	повышенный синтез гистамина
	блокада бета2-адренорецепторов
	хроническое воспаление бронхов
189	Хрипы при простом хроническом бронхите
	односторонние мелкопузырчатые
	двусторонние сухие свистящие
	двусторонние средне- и крупнопузырчатые
	двусторонние мелкопузырчатые

190	Для эрадикации H.pylori у детей до 12 лет используют
	эзомепразол+амоксициллин+ нифурател
	омепразол + спирамицин + висмута трикалия дицитрат
	омепразол+альбендазол+ висмута трикалия дицитрат
	эзомепразол+рифампицин+нифурател
191	К ранним клиническими признакам перфорации язвы желудка относится
	доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки
	фебрильная температура
	симптом Кернига
	головная боль
192	При гипермоторной дискинезии желчного пузыря характерны
	тупые распирающие боли в околопупочной области
	постоянные распирающие боли в правом подреберье
	приступообразные кратковременные боли в правом подреберье
	поздние боли в эпигастрии
193	Эхографическим признаком желчекаменной болезни является
	гиперэхогенная взвесь в просвете желчного пузыря
	гиперэхогенные включения с акустической тенью в просвете желчного пузыря
	утолщение стенки желчного пузыря
	повышение эхогенности паренхимы печени
194	Эвакуторно-моторную функцию желудка улучшает препарат
	эзомепразол
	висмута трикалия дицитрат
	папаверин
	тримебутин
195	Для лечения желчекаменной болезни используют препараты
	урсодезоксихолевой кислоты
	Бессмертника песчаного цветков сумма флавоноидов
	адеметионин
	артишока листьев экстракт
196	Длительность острой диареи составляет
	от 2 до 3 дней
	от 1 до 2 недель
	от 3 до 4 недель
	6-8 недель
197	Осложнением нарушенной техники пероральной регидратации является
	рвота
	отек мозга
	острая почечная недостаточность
	ларингоспазм
198	Во время оральной регидратации проводят учет потерь жидкости путем
	взвешивания ребенка
	только взвешивания использованных пеленок
	взвешивания ребенка и использованных пеленок
	проведения ультразвукового исследования пищевода и желудка
199	При эксикозе II- III ст. регидратация проводится

	перорально в объеме 30-60 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 30-40 мл/кг в сутки
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в первые 6 часов
	парентерально в объеме 50-80 мл/кг в сутки
200	При осмотической диарее у ребенка раннего возраста необходимо сразу приступить к
	пероральной регидратации
	промыванию желудка
	инфузионной терапии
	очистительной клизме
201	При неотложной терапии коллапса применяют
	кофеина бензоат; неостигмина метилсульфат
	аминофиллин; кофеина бензоат;
	преднизолон, неостигмина метилсульфат
	эпинефрин; фенилэфрин
202	Клиническим признаком травматического повреждения плечевого сплетения (С5-С6) является
	отставание одной части грудной клетки при дыхании
	вялый парез проксимального отдела руки
	вялый парез дистального отдела руки
	синдром Клода Бернара-Горнера
203	Асфиксия – это клинический синдром, проявляющийся
	в первые минуты жизни затруднением или полным отсутствием дыхания у ребенка
	остро протекающей гипоксией и гиперкапнией
	полным отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями при рождении у ребенка с наличием признаков живорожденности
	выраженным лактат ацидозом и отсутствием признаков живорожденности
204	ЗВУР характеризуется отставанием массо-ростовых показателей
	ниже 25% перцентильного интервала
	ниже 50% перцентильного интервала
	ниже 75% перцентильного интервала
	ниже 10% перцентильного интервала
205	Клиническими признаками внутрижелудочкого кровоизлияния 1 степени являются
	внутричерепная гипертензия
	судороги
	апноэ
	специфические неврологические симптомы отсутствуют
206	При снижении массы тела на 2 сигмальных отклонения ставится диагноз
	диспластический вариант ЗВУР
	гипопластический вариант ЗВУР
	ЗВУР 1 степени
	ЗВУР 2 степени
207	При физиологической гипербилирубинемии увеличение уровня билирубина происходит за счет
	непрямого билирубина
	прямого билирубина
	биливердина
	уробилина

208	Для лечения врожденного гипотиреоза используют препарат
	левотироксин натрия
	тиамазол
	преднизолон
	пропранолол
210	Критерием гипонатриемии является уровень натрия в крови ниже
	140 ммоль/л
	135 ммоль/л
	130 ммоль/л
	125 ммоль/л
211	При гиперфункции щитовидной железы показано назначение
	тиамазола
	левотироксина натрия
	левотироксина натрия + лиотиронина
	левотироксина натрия + лиотиронина + калия йодида
212	Транзиторная убыль массы тела у доношенного новорожденного допустима
	до 5%
	до 10%
	до 15%
	до 20%
213	Критерием гипернатриемии является уровень натрия в крови выше
	140 ммоль/л
	145 ммоль/л
	150 ммоль/л
	155 ммоль/л
214	Транзиторная гипогликемия новорожденных определяется при значении глюкозы крови
	ниже3,3 ммоль/л
	ниже 2,6 ммоль/л
	ниже 2,2 ммоль/л
	ниже 1,5 ммоль/л
215	Основным повреждающим фактором при гемолитической болезни новорожденных является
	неконьюгированная гипербилирубинемия
	коньюгированная гипербилирубинемия
	смешанная гипербилирубинемия
	гипобилирубинемия
216	При гемолитической болезни новорожденных наиболее грозным осложнением является
	синдром сгущения желчи
	билирубиновая энцефалопатия
	синдром верхней полой вены
	острая почечная недостаточность
217	Основным методом лечения гемолитической болезни новорожденных является
	очистительная клизма
	плазмоферез
	форсированный диурез
	фототерапия
218	Синдром Криглера-Найяра 1 типа наследуется

	аутосомно-рецессивно
	аутосомно-доминантно
	сцеплено с Х
	сцеплено с У
219	Малый родничок в норме закрывается к возрасту
	1 месяц
	3 месяца
	6 месяцев
	12 месяцев
220	Для диагностики врожденной вирусной инфекции целесообразно проводить анализ крови
	методом непрямой гемагглютинации
	с проведением посева на стерильность
	методом ПЦР в реальном времени
	определение уровня IgG
221	При снижении массы и длины тела на 2-3 стандартных отклонения диагностируется
	ЗВУР 1 степени
	Гипопластический вариант ЗВУР
	ЗВУР 2 степени
	Гипотрофический вариант ЗВУР
222	Первичный осмотр недоношенного, рожденного после 26 недели гестации для выявления первых признаков ретинопатии следует проводить в срок
	2-3 неделя после рождения
	4-5 неделя после рождения
	9-10 неделя после рождения
	10-12 неделя после рождения
223	Верхний рефлекс Ландау формируется в возрасте
	1 мес.
	3 мес.
	5мес.
	6 мес.
224	Ребенок начинает держать голову в возрасте
	1 мес.
	2-3 мес.
	с 4 мес.
	с 6 мес.
225	Этиологическим фактором развития болезни гиалиновых мембран является
	аспирационный синдром
	внутриутробная пневмония
	перенесенная тяжелая асфиксия в родах
	первичный дефицит образования и выброса сурфактанта
226	Везикулопустулез – это
	воспаление эккринных потовых желез
	воспаление сальных желез
	воспаление подкожно-жировой клетчатки
	воспаление околоушной железы
227	Для лечения пузырчатки новорожденных назначают

	амоксициллин
	цефтриаксон
	меропенем
	моксифлоксацин
228	Симптом Никольского при эксфолиативном дерматите Риттера
	положительный 1 вариант
	положительный 2 вариант
	положительный 1 и 2 варианты
	отрицательный
229	Паронихии – это инфекционное воспаление
	ногтевого валика
	ногтевого ложа
	ногтевой пластины
	надкостницы
230	Причиной кровотечения при дивертикуле Меккеля у детей является
	изъязвление эктопического железистого эпителия желудка
	наличие хронической анальной трещины
	эрозивное поражение слизистой оболочки толстой кишки
	эрозивное поражение слизистой оболочки 12 перстной кишки
231	Фунгус пупка – это
	незаращение урахуса
	незаращение Аранциева протока
	грибовидное разрастание грануляций и остатки пуповинной ткани, заполняющие пупочную ранку
	незаращение желточного протока
233	Наиболее частой процедурой в процессе подготовки к аллогенной ТГСК является
	деплеция α/β Тлимфоцитов
	трансфузия эритроцитарной массы
	инфузия альбумина
	трансфузия в/в иммуноглобулинов
234	При развитии гастроинтестинальной формы реакции «трансплантат против хозяина» наблюдаются
	стойкие запоры
	диарея со спастическими болями в животе
	острый панкреатит
	калькулезный холецистит
235	Основным критерием диагностики острого лейкоза у детей является обнаружение в костном мозге
	более 5 % бластных клеток
	более 25 % бластных клеток
	более 40% бластных клеток
	любого количества бластных клеток
236	Для клеток эритроидного ряда специфическим маркером является
	гликофорин А
	гликофорин В
	гликофорин С
	гранулы серотонина

237	Оптимальный срок проведения первичной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
238	Эмбриогенез сердца происходит
	до 3 недели
	на 10-15 неделе
	на 3-9 неделе
	на 15-20 неделе
239	Современные методы хирургической коррекции ВПС у детей
	эндоваскулярные операции
	операции на открытом сердце
	радиочастотная аблация
	позитронно-эмиссионная томография
240	Оптимальный срок проведения повторной эхокардиографии плода
	5-8 неделя
	15-17 неделя
	25-30 неделя
	32-34 неделя
241	Механизм действия инфликсимаба -
	ингибирует активность В лимфоцитов
	ингибирует продукцию ИЛ-1
	образует устойчивый комплекс с формами человеческого ФНО-альфа
	образует устойчивый комплекс с IgE
242	Гепатотоксическим эффектом обладает
	парацетамол
	домперидон
	цетиризин
	энтеросгель
243	Адалимумаб относится к классу
	нестероидных противовоспалительных средств
	глюкокортикостероидов
	генно-инженерных биологических препаратов
	иммуномодуляторов
244	Для болезни Крона характерно
	воспаление только слизистой оболочки толстой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя тонкой кишки
	воспаление слизистого и подслизистого слоя толстой кишки
	трансмуральное воспаление любого участка ЖКТ
245	Морфологическими признаками язвенного колита являются
	крипт - абсцессы
	гранулёмы в стенке кишки и лимфатических узлах
	лимфоангиоэктазии
	артериовенозные мальформации

246	Для лечения неспецифического язвенного колита применяют
	антигистаминные
	препараты 5 АСК
	слабительные
	желчегонные
247	При терапии бронхиальной астмы Омализумаб используется
	в качестве базисной терапии
	для купирования приступа
	для купирование астматического статуса
	по требованию
248	При базисной терапии бронхиальной астмы применяется ингаляционный глюкокортикостероид
	формотерол
	будесонид
	ипратропия бромид
	недокромил натрия
249	Для купирования астматического статуса применяют
	перорально глюкокортикостероиды
	парентерально глюкокортикостероиды
	М-холиноблокаторы
	В2-адреномиметики короткого действия
251	Ведущую роль в патогенезе атопической бронхиальной астмы играет
	реакция гиперчувствительности немедленного типа
	реакция гиперчувствительности замедленного типа
	иммунокомплексная реакция
	действие механических и химических факторов
252	Отмена Омализумаба при лечении бронхиальной астмы приводит к
	снижению общего IgE
	повышению общего IgE
	эозинофилии
	изменений не происходит
253	Фармакологические действия Омализумаба -
	иммунодепрессивное
	анксиолитическое
	антигистаминное
	седативное
254	Для лучшего усвоения кальция назначают витамин
	Е
	К
	А
	Д
256	Инсулиновая помпа - это
	электронно-механическое устройство для подкожного введения инсулина в непрерывном режиме
	электронно-механическое устройство для внутримышечного введения инсулина в непрерывном режиме

	искусственная поджелудочная железа, работающая без вмешательства человека
	инсулиновый дозатор вживляемый в ПЖК
257	Искусственная поджелудочная железа может использоваться для
	определения содержания глюкозы в крови
	улучшения кровообращения в тканях
	определения осмолярности крови
	улучшения когнитивных функций
258	При помповой терапии инсулин вводится
	внутримышечно
	внутривенно через катетер
	внутрикожно
	подкожно
259	Основным методом терапии сахарного диабета 1 типа является
	диетотерапия
	стимуляции экзокринной части поджелудочной железы
	сахароснижающие препараты
	инсулинотерапия
260	Скорость клубочковой фильтрации при 2 стадии хронической болезни почек составляет
	102-90 мл/мин
	89-60 мл/мин
	59-30 мл/мин
	29-15 мл/мин
261	Диализное лечение следует начинать при скорости клубочковой фильтрации
	менее 15 мл/мин
	29-15 мл/мин
	59-30 мл/мин
	89-60 мл/мин
262	Для оценки скорости клубочковой фильтрации используют пробу
	Зимницкого
	Нечипоренко
	Аддиса-Каковского
	Реберга
263	Для 3 стадии хронической болезни почек характерно
	СКФ >90 мл/мин, признаки нефропатии, нормальный креатинин сыворотки
	СКФ менее 59-30 мл/мин, анемия, умеренная азотемия
	СКФ 29-15 мл/мин, полиурия, остеодистрофия
	СКФ менее 15 мл/мин, уремия, олигурия
264	При нефросцинтиграфии почек можно оценить
	скорость и равномерность накопления радиофармпрепарата
	снижение магистрального кровотока
	анатомические структуры почки
	снижение внутриорганного почечного кровотока
265	Допплер-эхокардиография - метод, позволяющий
	оценить характер кровотока в сердечных полостях
	оценить движения структур сердца
	получать пространственное изображение структур сердца

	оценить размеры камер сердца
266	Спирометрия – это
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	это измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
267	Пикфлоуметрия это
	измерение пиковой скорости выдоха с помощью специальных приборов
	метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева
	метод исследования функции внешнего дыхания, включающий в себя измерение объёмных и скоростных показателей дыхания
268	Для проведения экскреторной урографии используют
	магния сульфат
	радиоактивный технеций
	сульфат бария
	йогексол (омнипак)
269	Неспецифический язвенный колит диагностируется при проведении
	колоноскопии
	ирригографии
	ФЭГДС
	ультразвукового исследования органов брюшной полости
270	Суточный объем питания у ребёнка 1 мес. составляет
	1/5 массы тела
	1/6 массы тела
	1/7 массы тела
271	Суточный объем питания у ребенка 6 мес. составляет
	1/7 массы тела
	1/6 массы тела
	1/5 массы тела
272	Свободное вскармливание предусматривает кратность кормлений
	по требованию, в том числе и ночью
	до 10 р/дн с ночным перерывом не менее 5 ч.
	6-8 р/сутки, без ночного перерыва
273	Для расчета суточного объема питания у детей 1 полугодия жизни используют
	объемный способ
	калорийный способ
	формулу Зайцевой
274	Потребность в белке у ребенка второго полугодия жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут
	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
274	Потребность в белке у ребенка первых трех месяцев жизни составляет
	2.2 г/кг/сут
	2,6г/кг/сут

	2,9 г/кг/сут
	3,0-3,5 г/кг/сут
275	Потребность в жирах у детей в возрасте 6-12 мес.составляет
	5.0 г/кг/сут
	5,5 г/кг/сут
	6,0 г/кг/сут
	6,5 г/кг/сут
276	Потребность в углеводах у детей первого года жизни составляет
	12 г/кг/сут
	13 г/кг/сут
	14 г/кг/сут
	15 г/кг/сут
277	Энергопотребность детей в первом полугодии жизни составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
277	Энергопотребность детей в возрасте 6-12 мес составляет
	100 ккал/кг/сут
	110 ккал/кг/сут
	115 ккал/кг/сут
	120 ккал/кг/сут
278	Первый прикорм здоровому ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, вводится в возрасте
	3 - 4 мес.
	4 -6 мес.
	6 - 7 мес.
	8 - 9 мес.
279	Мясное пюре вводят в рацион здоровому ребенку в возрасте
	5-6 мес.
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
280	Естественным вскармливанием считается такое, когда кормление молоком матери составляет
	более 4/5 суточного объема питания
	более 1/2 суточного объема питания
	более 1/5 суточного объема питания
281	Сроки введения прикорма при искусственном вскармливании отличаются от таковых при естественном вскармливании на
	вводятся в те же сроки
	на 1 мес. раньше
	на 1 мес. позже
284	Рыба вводится в рацион здорового ребенка в возрасте
	6-7 мес.
	7-8 мес.
	8-9 мес.
	после 12 мес.

285	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу, рожь, овес, ячмень
	гречиху, кукурузу, рис, пшенку
	киноа, творог, шоколад
	молоко, сыр, сою, бобовые
286	Контрольное кормление ребенка проводят для определения
	количества высосанного молока
	массы тела
	количества прикорма
	количества докорма
287	Фруктовые пюре вводят в рацион грудного ребенка для обеспечения
	жирорастворимыми витаминами
	жирами
	белками
	клетчаткой
288	Ребенка рекомендуется отнимать от груди
	в холодный период года
	в жаркий период года
	при заболеваниях
	при контакте с инфекционными больными
289	Склонность детей к срыгиванию обусловлена
	слабым развитием кардиального сфинктера
	хорошим развитием кардиального сфинктера
	слабым развитием пилорического сфинктера
	хорошим развитием пилорического сфинктера
290	Ведущим признаком лимфатико-гипопластического диатеза является
	тимомегалия
	увеличение лимфатических узлов
	гипофункция коры надпочечников
	избыточный синтез гистамина
291	Ведущим маркером аллергического диатеза является
	Ig A
	Ig M
	Ig G
	Ig E
292	Провоцирующим фактором при нервно-артритическом диатезе является
	молоко
	мясо
	арбуз
	бананы
293	При лимфатико-гипопластическом диатезе целесообразно использовать
	ферменты
	антигистаминные препараты
	адаптогены
	витамины

296	В норме пальпируются лимфатические узлы
	подмышечные, паратонзилярные, паховые
	околоушные, паратонзилярные, надключичные
	затылочные, подмышечные, околоушные
	надключичные, паховые, затылочные
297	При обострении атопической экземы стартовыми препаратами являются
	топические глюкокортикоиды
	ферменты
	седативные препараты
	антигистаминные препараты
300	Процентное соотношение нейтрофилов у детей старшего возраста составляет
	палочкоядерные 0-1%, сегментоядерные- 27-42%
	палочкоядерные 1-6%, сегментоядерные- 47-72%
	палочкоядерные 6-10%, сегментоядерные- 45-65%,
	палочкоядерные 5-11%, сегментоядерные- 28-47%,
301	Для гемолитической анемии характерно повышение
	ретикулоцитов
	тромбоцитов
	эритроцитов
	атипичных мононуклеаров
302	Сколько типов кровоточивости выделяют по Баркагану
	два
	три
	пять
	семь
303	Лейкопения – это снижение количества лейкоцитов в периферической крови
	ниже 4000 в 1 мкл
	ниже 3500 в 1 мкл
	ниже 3000 в 1 мкл
	ниже 2000 в 1 мкл
304	У здорового ребенка 7 лет нормальным считается содержание в крови тромбоцитов
	100-250 х 10^9/л
	180-380 х 10^9/л
	350-400 х 10^9/л
	400-580 х 10^9/л
305	Время свертывания крови по Ли-Уайту в норме составляет
	1-4 минут
	5-7 минут
	10-12 минут
	14-16 минут
306	Гематокрит – это
	отношение форменных элементов к общему объему крови
	отношение ОЦК к массе тела
	отношение гранулоцитов к общему количеству лейкоцитов
	отношение содержания гемоглобина к общему количеству эритроцитов
307	Анемией считается снижение уровня Hb у детей раннего возраста

	ниже 120 г/л
	ниже 110 г/л
	ниже 100 г/л
	ниже 70 г/л
308	Понятие сдвиг лейкоцитарной формулы влево включает
	увеличение содержания юных форм лейкоцитов
	увеличение содержания зрелых форм лейкоцитов
	увеличение общего числа лейкоцитов
309	Болезнь Шенлейн - Геноха относится к
	вазопатиям
	тромбоцитопатиям
	коагулопатиям
310	Для постановки диагноза геморрагический васкулит обязательно наличие
	абдоминального синдрома
	кожного синдрома
	почечного синдрома
	суставного синдрома
311	При инфекционном мононуклеозе в отличие от острого лейкоза наблюдается
	Наличие атипичных мононуклеаров больше 30%
	интоксикация
	гепатоспленомегалия
	увеличение лимфоузлов
312	Лейкемоидные реакции встречаются при
	тяжелых бактериальных инфекциях
	лекарственной болезни
	тяжелых отравлениях
	иммунодефиците
313	При длительном течении гипопаратиреоза у детей могут появляться
	катаракта, задержка роста, кальциноз паренхимы почек
	боли в правом подреберье
	желтушность кожных покровов
314	Второй перекрест % содержания в формуле крови нейтрофилов и лимфоцитов у детей происходит в возрасте
	4-5 месяцев
	2 года
	4-5 лет
	7 лет
315	Наиболее частым осложнением ожирения у детей является
	неалкогольная жировая болезнь печени
	миокардиодистрофия
	сахарный диабет I типа
	артериальная гипертензия
316	Центры голода и насыщения расположены в
	коре головного мозга
	крыше среднего мозга
	продолговатом мозге

	гипоталамусе
317	Крипторхизм - это
	отсутствие одного или двух яичек в мошонке
	ущемление крайней плотью головки полового члена
	врожденное отсутствие яичек
	наличие трех и более яичек
1	Проведение профилактических прививок ребенку, перенесшему острое респираторное заболевание можно разрешить после выздоровления не ранее, чем через
	2 недели
	1 месяц
	2 месяца
	3 месяца
	3,5 месяца
2	Первичный туберкулезный комплекс - это
	первичный легочный аффект, лимфаденит, лимфангоит
	лимфангоит, лимфаденит
	первичный легочный аффект
	лимфангоит
	первичный легочный аффект, лимфаденит
3	Наиболее частой причиной железодефицитной анемии у детей старшего возраста является
	глистная инвазия
	нарушение всасывания железа
	хроническая кровопотеря
	авитаминоз
	недостаточное поступление железа с пищей
4	Антибиотики при ветряной оспе назначают
	при тяжелой форме
	при появлении гнойных осложнений
	при энцефалите
	с целью профилактики осложнений
	не назначают
5	Наиболее частая причина мутации гена
	инфекционный фактор
	радиация
	нервно-психический фактор
	курение
	алкоголизм
6	Чаще встречаются наследственные заболевания
	хромосомные
	с доминантным типом наследования
	болезни с наследственным предрасположением
	с неустановленным типом наследования
	с рецессивным типом наследования
7	Достоверное определение пола при вирильной форме адреногенитального синдрома возможно путем
	пальпации яичек
	определения 17-оксикортикостероидов

	определения полового хроматина
	определения кариотипа
	гистологического исследования гонад
8	Доминантный ген отца локализован в Х-хромосоме. Может заболеть
	мальчик
	девочка
	все дети будут здоровы
	могут заболеть и мальчики, и девочки
	могут заболеть и мальчики, и девочки
9	При фенилкетонурии доминирует
	поражение кишечника и нарастающая гипотрофия
	депрессия гемопоэза
	неврологическая симптоматика
	экзема и альбинизм
	нефропатия
10	Для адреногенитального синдрома у мальчиков на 1-м году жизни характерно замедление роста
	задержка окостенения (костный возраст отстает от паспортного)
	увеличение полового члена
	дефекты психического развития
	хориоретинит
11	Плазматические клетки, непосредственно синтезирующие антитела, формируются из
	В-лимфоцитов
	нейтрофилов
	базофилов
	макрофагов
	Т-лимфоцитов
12	К фагоцитирующим клеткам относят
	моноциты
	Т-лимфоциты
	тучные клетки
	) плазмоциты
	нормальные киллеры
13	К показателям гуморального иммунитета относят
	уровни иммуноглобулинов А, М, G, Е
	параметры фагоцитоза
	реакцию бласттрансформации лейкоцитов
	реакцию розеткообразования
	количество нормальных киллерных клеток (СД 16).
14	К иммунодефицитным состояниям относится
	синдром Альпорта
	синдром Луи-Бар (атаксия-телеангиоэктазия)
	синдром Марфана
	синдром де Тони-Дебре-Фанкони
	синдром Элерса-Данлоса
15	На внутриутробную инфекцию у новорожденных 5-ти дней указывает
	количество лейкоцитов 15000 х 1О9/л

	увеличение Ig M
	количество лимфоцитов 50%
	увеличение IgG
	количество нейтрофилов 7000 х 109/л
16	Основным фактором, предрасполагающим к развитию пищевой аллергии, является
	сниженный уровень S Ig A
	заболевание органов желудочно-кишечного тракта
	искусственное вскармливание
	атопические заболевания у матери и отца
17	Искусственное вскармливание ребенка первого года жизни тяжелой формой атопического дерматита целесообразно проводить
	адаптированными смесями на основе козьего молока
	соевыми смесями
	смесями на основе частично гидролизованного белка сыворотки
	кисломолочными смесями
	высоко гидролизованными смесями
18	Для энтеровирусной инфекции, вызванной вирусом Кок-саки характерно осложнение
	хориоретинит
	катаракта
	миокардит
	геморрагический синдром
	стоматит
19	Конъюнктивит чаще всего наблюдается при внутриутробной инфекции
	токсоплазмоз
	хламидиоз
	микоплазмоз
	цитомегалия
	герпес
20	Заболевание сахарным диабетом матери влияет на состояние инсулярного аппарата у плода
	тормозит функцию клеток инсулярного аппарата
	активизирует клетки инсулярного аппарата
	приводит к атрофии инсулярного аппарата
	приводит к образованию антиинсулярных антител
	не оказывает никакого влияния
21	При врожденном сифилисе у плода поражается в первую очередь
	кожа и слизистые оболочки
	кости
	печень
	центральная нервная система
	почки
22	У доношенных новорожденных, перенесших асфиксию в родах, самым частым вариантом поражения ЦНС является
	субдуральное кровоизлияние
	перивентрикулярное кровоизлияние
	отек мозга
	перивентрикулярная лсйкомаляция
	менингоэнцефалит

23	После введения новорожденному ребенку вакцины БЦЖ в месте инъекции может появиться папула через
	1 неделю
	2-3 недели
	4-6 недель
	2-3 месяца
	4-6 месяцев
24	Большое количество нейтрального жира в копрограмме обнаруживается
	при лактазной недостаточности
	при муковисцидозе
	при экссудативной энтеропатии
	при галактоземии
	при целиакии
25	При развитии судорожного синдрома у новорожденного ребенка в возрасте 5-6 суток следует исключить в первую очередь
	родовую травму ЦНС
	порок развития головного мозга
	метаболические нарушения
	гнойный менингит
	вирусный энцефалит
26	При фиброэластозе чаще всего поражается
	левый желудочек
	левое предсердие
	правый желудочек
	правое предсердие
	все отделы
27	Патогномоничным симптом для адреногенитального синдрома у новорожденной девочки является
	рвота с рождения
	гинекомастия
	вирильные наружные гениталии с пигментацией
	мраморный рисунок кожи
	диарея
28	При дисахаридазной недостаточности характерен стул
	гомогенный, желтый, со слизью
	жидкий, жирный, зловонный
	водянистый, кислый, пенистый
	обильный, замазкообразный, ахоличный
	жидкий со слизью и зеленью
29	Основная причина физиологической желтухи новорожденного
	гемолиз
	недостаточная глюкуронизация
	сгущение крови
	холестаз
	гипогликемия
30	Главным мероприятием при напряженном пневмотораксе является
	интубация и искусственное дыхание

	положение на пораженной стороне
	активная кислородотерапия
	возвышенное положение
	плевральная пункция и дренаж
31	При остром пиелонефрите у детей грудного возраста ведущим признаком будет
	общая интоксикация
	дизурические явления
	синдром срыгивания
	субфебрилитет
	болевой синдром
32	Объем мочевого пузыря у новорожденного составляет
	5-10 мл
	10-30 мл
	30-50 мл
	50-100 мл
	100-150 мл
33	Для выявления междолевого выпота показана
	томография;
	боковой снимок
	плевральная пункция
	прямая рентгенограмма
	бронхоскопия
34	Обструктивным легочным заболеванием является
	экзогенный аллергический альвеолит
	эозинофильная пневмония
	фиброзирующий альвеолит
	бронхиальная астма
	хроническая пневмония
35	При лечении пневмоцистной пневмонии целесообразно использовать
	триметоприм/сульфаметоксазол (ко-тримоксазол)
	макролиды
	защищенные пенициллины
	цефалоспорины 3-го поколения
	карбопенемы
36	Оптимальные сроки назначения антибиотиков при пневмонии до
	нормализации температуры
	полного рассасывания инфильтрата в лёгком
	нормализации СОЭ
	4-5 дней стойкой нормальной температуры тела
	ликвидации токсикоза
37	Более быстрое диуретическое действие оказывает
	гипотиазид
	лазикс
	диакарб
	верошпирон
	триампур
38	Из перечисленных пороков протекает с артериальной гипертензией

	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	коарктация аорты
	дефект межпредсердной перегородки
	дефект межжелудочковой перегородки
39	Ребенка с впервые выявленной частой экстрасистолией следует
	оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию
	ограничить физические нагрузки
	оставить под наблюдением, назначить пропранолол внутрь
	госпитализировать для обследования
	назначить дома цитохром С, актовегин
40	При подозрении на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы необходимо провести
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с проведением водно-сифонной пробы
	гастрофибродуоденоскопию
	внутрижелудочную pH-метрию
	рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с барием
	УЗИ желудка
41	Для эзофагита характерно
	боли за грудиной
	метеоризм
	жидкий стул
	запоры
	тошнота
42	При кетоацидозе необходимо провести в первую очередь анализ на
	сахар
	билирубин
	МНО
	креатинин
	СРБ
43	Для халазии кардии характерен следующий симптом
	боли в правом подреберье
	запоры
	боли натощак в эпигастрии
	рецидивирующая рвота
	метеоризм
44	Для ахалазии пищевода характерна
	рвота непереваренной пищей
	рвота с примесью желчи
	срыгивание через 1 час после еды
	рвота переваренной пищей
45	Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
	язвенной болезни
	гастроэзофагорефлюксной болезни
	панкреатита
	гастрита
	желчнокаменной болезни

46	Селективность протеинурии определяют для оценки состояния
	петли Генле
	эпителия дистальных канальцев
	мембраны клубочков
	эпителия проксимальных канальцев
	всего перечисленного
47	Допустимое количество остаточной мочи в мочевом пузыре у ребенка 10 лет составляет
	не более 10 мл
	до 20-30 мл
	до 40-50 мл
	До 100 мл
48	При внезапно возникшей макрогематурии исследования целесообразно начать с
	ультразвукового исследования мочевой системы
	радионуклидного исследования почек
	цистографии
	ангиографии
	компьютерной томографии
49	Гипергаммаглобулинемия характерна для
	гломерулонефрита с нефротическим синдромом
	волчаночного нефрита
	острого постстрептококкогого гломерулонефрита
	тубулоинтерстициального нефрита
	пиелонефрита
50	Ингибитором синтеза ангиотензина-II является
	пропранолол
	верапамил
	эналаприл
	нифедипим
	лозартан
51	Из осложнений острого гломерулонефрита с нефритическим синдромом чаще наблюдается
	гипертоническая энцефалопатия
	отек легких
	кровотечение
	сердечная недостаточность
	абдоминальный криз
52	Для гипертонической энцефалопатии характерны
	сердечная недостаточность
	нарушение сердечного ритма
	судороги, потеря сознания
	одышка, хрипы в легких
	анасарка
53	При использовании венозных катетеров наиболее частым осложнением является
	травма катетером сердца
	флебит
	эмболия
	пневмоторакс
	сепсис

54	При лечении больных с подсвязочным отеком голосовых связок лучший эффект дает применение
	диуретиков
	гормонов
	симпатомиметиков
	парокислородных ингаляций
	ингаляционных b-2-агонистов
55	Наиболее простой метод определения баланса воды в организме при проведении инфузионной терапии заключается
	в регулярном взвешивании ребенка
	в измерении почасового диуреза
	в сборе суточной мочи
	в определении величины гематокрита
	в определении ОЦК
56	При отравлении бледной поганкой развивается
	судорожный синдром
	отек легких
	острая почечная недостаточность
	острая печеночная недостаточность
	геморрагический синдром
57	В первые часы после отравления кислотами промывание желудка целесообразнее проводить
	4 % раствором гидрокарбоната натрия
	2 % раствором окиси магния
	теплой водой
	0,1 % раствором марганцевокислого калия
	раствором Рингера
58	У ребенка при отравлении неизвестной этиологии промывать желудок следует
	чистой водой
	раствором марганца
	раствором соды
	водой с добавлением активированного угля
	раствором соляной кислоты
59	Наиболее частой причиной генерализованных судорог у детей раннего возраста являются
	гнойный менингит
	острое отравление
	энцефалитические реакции при вирусных инфекциях
	эпилепсия
	травма головного мозга
60	При эффективном непрямом массаже сердца может отсутствовать
	пульс на периферических сосудах
	пульс на крупных артериях
	сужение зрачков
	улучшение цвета кожи и слизистых
	восстановление работы сердца
61	Для респираторно-синцитиальной инфекции наиболее характерным синдромом является
	судорожный синдром
	круп
	бронхиолит

	диарея
	лимфаденопатия
62	Наиболее характерным для парагриппа синдромом является
	судорожный синдром
	лимфаденопатия
	диарея
	геморрагический синдром
	круп
63	Зрелый тип мочеиспусканий формируется у ребенка в возрасте
	1,5-2 года
	2-3 года
	3-4 года
	5-6 лет
65	Наиболее частой причиной возникновения расстройств мочеиспускания неорганического генеза у детей является
	задержка созревания нервной системы
	гипоталамо-гипофизарная дисфункция
	психологические проблемы и стресс
	недостаток антидиуретического гормона
	неблагоприятная наследственность
66	Энурезом считается
	непроизвольное мочеиспускание во время сна
	недержание мочи в дневное время
	недержание мочи только ночью
	недержание мочи днем и ночью
67	Наиболее частым клиническим синдромом расстройств мочеиспускания у детей является
	дисфункциональное мочеиспускание
	моносимптомный энурез
	гиперактивный мочевой пузырь
	гипоактивный мочевой пузырь
	недержание мочи при смехе
68	Емкость мочевого пузыря у ребенка в 5 лет составляет
	50-100 мл
	70-120 мл
	80- 160 мл
	100-200 мл
	120-250 мл
69	У ребенка школьного возраста поллакиурией считается частота мочеиспусканий более
	5 раз в сутки
	7 раз в сутки
	8 раз в сутки
	10 раз в сутки
70	Наиболее частой формой герпеса у старших детей и взрослых является
	офтальмогерпес
	поражение кожи и слизистых
	стоматит
	энцефалит

	генерализованная форма.
71	Среди впервые выявляемых больных наиболее распространена клиническая форма туберкулеза легких
	очаговый
	инфильтративный
	фиброзно-кавернозный
	кавернозный
	милиарный
72	Развитие активного туберкулеза у человека, инфицированного МВТ, могут спровоцировать
	антибиотики широкого действия
	усиливающие диурез препараты
	кортикостероиды
	гемотрансфузии
	анаболические гормоны
73	Маркером качественно проведенной вакцинации БЦЖ является
	поствакцинный кожный знак
	подмышечный лимфаденит
	папула
	пустула
	отметка о прививке в документации
74	Первые симптомы малабсорбции при лактазной недостаточности появляются
	сразу после рождения
	с введением прикорма
	при переводе на искусственное вскармливание
	при введении сока
75	Кислая диарея характерна для
	непереносимости коровьего молока
	лактазной недостаточности
	муковисцедоза
	целиакии
76	Лактазная недостаточность сопровождается повышенной экскрецией в кале
	общего количества углеводов
	глюкозы
	лактозы
	фруктозы
77	Развитие клинических признаков целиакии связано с употреблением
	фруктов
	хлеба
	рисовой каши
	молока
	мяса
78	При водянистой диарее преимущественно поражается
	тонкая кишка
	толстая кишка
	желудок
	12-перстная кишка

79	Пневмонию у детей старшего возраста чаще вызывает
	стрептококк группы А
	золотистый стафилококк
	пневмококк
	гемофильная палочка
80	Красновато-коричневый цвет мокроты у детей отмечается при пневмонии
	интерстициальной
	очаговой
	сегментарной
	крупозной
81	Вирусная пневмония по форме чаще является
	крупозной
	деструктивной
	интерстициальной
	очаговой
82	Гипертермия и озноб в первые часы заболевания типичны для пневмонии
	хламидийной
	микоплазменной
	пневмоцистной
	пневмококковой
	грибковой
83	Продолжительность курса лечения азитромицином при лечении пневмонии составляет
	1-2 дня
	3 или 5 дней
	7-10 дней
	11-14 дней
	14-21 день
84	При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать
	феноксиметилпенициллин
	амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой
	амоксициллин
	ампициллин
	азитромицин
85	При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать
	природные пенициллины
	макролиды
	полусинтетические пенициллины
	цефалоспорины 1-го поколения
	аминогликозиды
86	Рестриктивный синдром (уменьшение объёма и растяжимости лёгких) наиболее характерен для
	синдрома Мунье - Куна
	туберкулёза
	синдрома Хаммана - Рича
	гемосидероза
87	У ребёнка 2 лет с рецидивирующими пневмониями и нарушениями стула (стеатореей) можно предположить

	целиакию
	муковисцидоз
	пневмоцистоз
	ретикулогистиоцитоз
88	Незаращение овального окна считается пороком с
	с момента рождения
	с 1 мес жизни
	с 6 мес жизни
	с 1 года жизни
89	Артериальная гипертензия чаще всего наблюдается при
	системной красной волчанке
	геморрагическом васкулите
	при узелковом полиартериите
	при открытом артериальном протоке
	аортальной недостаточности
90	Высокую гипертензию чаще обусловливает
	порок развития сосудов почки
	пиелонефрит
	удвоение чашечно-лоханочной системы
	наследственный нефрит
	вегетодистония
91	При поствирусном миокардите с недостаточностью кровообращения следует назначить
	кофеин
	кордиамин
	дигоксин
	индерал (анаприлин)
	капотен
92	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
93	Дети и подростки, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохранением функциональных возможностей организма относятся к группе здоровья
	первой
	второй
	третьей
	четвертой
94	Дети с синдромом преждевременного возбуждения желудочков на ЭКГ представляют собой группу риска по возникновению
	ревматизма
	гипертрофической кардиомиопатии
	пароксизмальной тахикардии
	перикардита
	поствирусного миокардита

95	Уровень гемоглобина в крови у детей при тяжелой степени анемии снижается ниже (г/л)
	110
	90
	70
	50
96	Легкой степени анемии соответствует уровень гемоглобина (г/л)
	120-100
	115-95
	110-90
	100-80
97	Незрелые формы кроветворных клеток, анемия, тромбоцитопения выявляются в периферической крови большинства детей с
	острым лейкозом
	геморрагическим васкулитом
	гемолитической анемией
	тромбоцитопатиями
	тромбоцитопениями
98	Основным методом в диагностике лейкоза у детей является
	анализ периферической крови
	коагулограмма
	биохимическое исследование крови
	пункция костного мозга
99	Основным методом лечения детей с геморрагическим васкулитом является применение
	гепарина
	аскорбиновой кислоты
	аминокапроновой кислоты
	ампиокса
100	Детский хирург и педиатр одновременно наблюдают детей с геморрагическим васкулитом при
	простой форме
	абдоминальном синдроме
	почечном синдроме
	кожно-суставной форме
101	При гемофилии А следует вводить гемопрепарат
	прямое переливание крови от матери
	концентрат VIII фактора
	прямое переливание крови
	переливание крови длительного хранения
	«отмытые» эритроциты
102	При лечении ребенка с гемофилией все препараты вводятся только
	внутривенно
	внутримышечно
	подкожно
	внутрикожно
103	Боль любой локализации, а тем более кровотечение у детей с гемофилией показание к немедленному введению
	анальгетических средств
	кровезаменителей

	кальцийсодержащих препаратов
	концентрированных антигемофильных препаратов
104	Маточные кровотечения у девочек старшего возраста отмечаются при
	алиментарных анемиях
	гемофилии
	тромбоцитопенической пурпуре
	геморрагическом васкулите
105	Для скрининг-диагностики желчнокаменной болезни используют
	УЗИ органов брюшной полости
	гепатобилисцинтиграфию
	магнитно-резонансную томографию
	обзорный снимок брюшной полости
106	Для выявления варикозного расширения вен пищевода наиболее информативным является
	гастрофибродуоденоскопия
	рентгенография ЖКТ с барием
	исследование кала на скрытую кровь
	анализ крови
	внутрижелудочная pH-метрия
107	Наличие изжоги свидетельствует о
	забросе желудочного содержимого в пищевод
	повышении кислотности желудочного содержимого
	диафрагмальной грыже
	язвенной болезни желудка
	гастродуодените
108	Парапроктиты характерны для
	неспецифического язвенного колита
	болезни Крона
	целиакии
	дизентерии
109	Появление у ребенка среди полного здоровья стула с примесью крови и слизи, одновременно с болями в животе характерно для
	ротавирусной инфекции
	неспецифического язвенного колита
	алиментарной диспепсии
	аскаридоза
110	Ректальное выделение крови – наиболее постоянный признак при
	лямблиозе
	диарее путешественников
	неспецифическом язвенном колите
	хроническом запоре
111	Наиболее важными факторами развития желчнокаменной болезни у детей являются
	высококалорийное нерегулярное питание
	наследственные факторы
	ожирение, сахарный диабет
	застой желчи, воспаление
112	Для печеночной колики у детей характерны

	интенсивные острые боли в правом подреберье, выраженное беспокойство ребенка
	интенсивные острые боли в правой подвздошной области, выраженное беспокойство ребенка
	кинжальные боли в области эпигастрия, выраженное беспокойство ребенка
	схваткообразные боли по всему животу
113	Для улучшения обменных процессов гепатоцитов ребенку с хроническим гепатитом назначают
	мембраностабилизатор
	интерферон
	преднизолон
	эссенциале форте
	левамизол
114	Лабораторным показателем синдрома холестаза является
	гиперхолестеринемия
	гиперфибриногенемия
	диспротеинемия
	гипертрансаминаземия
115	Для острого холецистита у детей характерны клинические симптомы
	боли в животе, жидкий стул, метеоризм
	боли в правом подреберье, симптомы токсикоза, тошнота
	боли в эпигастрии, тошнота, изжога
	опоясывающие боли, повторная рвота
116	К препаратам, увеличивающим образование желчи в печеночной клетке относятся
	холеретики
	холекинетики
	холеспазмолитики
	гепатопротекторы
117	Гипокинетическая форма дисфункции желчного пузыря характеризуется
	острой приступообразной болью в животе через 20 мин после еды
	острой приступообразной болью в животе через 30-40 мин после еды
	тупой болью в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема пищи
	тупой болью в правом подреберье 30-40 мин после приема пищи
118	Для гиперкинетической формы дисфункции желчного пузыря характерно
	острая приступообразная боль в животе сразу после еды
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
	тупая боль в правом подреберье 1-1,5 ч. после приема
	острая приступообразная боль в животе через 30-40 мин после еды
119	Для диагностики типа дисфункции желчного пузыря наиболее важными являются результаты
	биохимического анализа крови
	УЗИ брюшной полости с оценкой показателя двигательной функции желчного пузыря
	холецистографии
	ретроградной холангиопанкреатографии
120	Для острого холецистохолангита у детей характерна боль в правом подреберье
	быстропроходящая, непостоянная
	сильнейшая с иррадиацией в правое плечо, лопатку
	тупая, умеренной интенсивности
	ноющая, распирающая
121	Боли опоясывающего характера с иррадиацией в левую половину грудной клетки у ребенка

	характерны для
	острого панкреатита
	острого холецистохолангита
	хронического активного гепатита
	желчной колики
122	В биохимическом анализе крови у детей с острым панкреатитом характерно повышение уровня
	глюкозы
	холестерина
	билирубина
	амилазы
	аланинаминотрансферазы
123	Определение содержания эластазы-1 в кале является диагностически значимым при
	лактазной недостаточности
	шигеллезе
	сальмонеллезе
	заболеваниях поджелудочной железы
124	Препаратом выбора с целью блокады секреторной функции ПЖ является
	дротаверин
	октреотид
	индометацин
	азитромицин
125	Для снятия спазма сфинктера Одди при остром панкреатите показан
	дротаверин
	лактулоза
	индометацин
	азитромицин
126	Зуд в перианальной области, как основной симптом гельминтоза у детей, характерен для
	энтеробиоза
	описторхоза
	аскаридоза
	трихоцефалеза
127	Недомогание, снижение аппетита, анемия, аллергические реакции, эозинофилия у детей характерны для
	энтеробиоза
	аскаридоза
	описторхоза
	большинства гельминтозов
128	Повышение мочевой кислоты в крови может свидетельствовать о
	нарушении обмена кальция
	нарушении обмена щавелевой кислоты
	атопическом дерматите
	нарушении обмена пуринов
	нарушении обмена цистина
129	Показанием к биопсии почки является
	единственная почка
	поликистоз почек

	туберкулез почек
	гормонорезистентный нефротический синдром
	острый постстрептококковый гломерулонефрит
1	Вопросы с множественным выбором
1	Для галактоземии характерны следующие клинические симптомы:
	катаркта
	желтуха
	увеличение печени
	рвота, диарея
	запор
2	Для болезни Вольмана характерны следующие клинические симптомы
	тубулопатия
	синдром мальабсорбции
	кальцификация надпочечников
	задержка психомоторного развития
	прогрессирующая гепатоспленомегалия
3	Для синдрома Марфана характерны следующие клинические симптомы
	арахнодактилия
	анкилоз суставов
	высокий рост
	низкорослость
	подвывих хрусталика
4	К патологическим типам дыхания относится
	Куссмауля
	Чейн-Стокса
	бронхиальное
	пуэрилльное
	везикулярное
5	Наиболее частые причины асфиксии у детей раннего возраста
	инородное тело
	стенозирующий ларингит
	бронхообструктивный синдром
	пневмония
	судороги
6	Рестриктивный тип дыхательной недостаточности вызывают:
	пневмоторакс
	пневмония
	бронхиолиты
	фиброзирующий альвеолит
	обструктивный бронхит
7	Наиболее частые причины возникновения запоров у детей
	частые респираторные вирусные инфекции
	подавление позыва на дефекацию
	непереносимость белка коровьего молока
	хроническая анальная трещина
	избыточное количество углеводов в рационе
8	Ведущими клиническим симптомами запоров являются
	плотный фрагментированный характер стула

	урчание по ходу толстой кишки
	боли в нижних отделах живота
	пальпирующиеся плотные каловые массы
	неустойчивый стул
9	Типы язвенного колита по локализации подразделяют на
	проктит
	левосторонний колит
	диффузный колит
	тотальный колит
10	Физиологической функцией кашля является
	восстановление проходимости дыхательных путей
	восстановление мукоцилиарного клиренса
	поддержание газового состава крови
	сохранение ФЖЕЛ
11	Влажный продуктивный кашель характерен для
	бронхиальной астмы
	плеврита
	бронхита
	муковисцидоза
	трахеита
12	К лабораторным критериям системной красной волчанки относятся
	АСЛ-О
	волчаночные клетки
	антитела к двуспиральной ДНК
	лейкопения
	гипогаммаглобулинемия
13	Для суставного синдрома при ювенильном идиопатическом артрите характерно
	продолжительность артрита более 6 недель
	продолжительность артрита 3 месяца и более
	симметричное поражение мелких суставов
	контрактура сустава
	тендосиновиит или бурсит
	гемартроз
14	CREST – синдром при системной склеродермии включает
	кальциноз
	кератоз
	эзофагит
	телеангиэктазии
	склеродактилию
	ретинопатию
	феномен Рейно
15	В терапии отека Квинке используют
	преднизолон
	клемастин
	эпинефрин
	неостигмина метилсульфат
	диазепам

16	В терапии розового типа лихорадки используют
	диазепам
	нестероидные противовоспалительные препараты
	хлорпромазин
	нимесулид
	физические методы охлаждения
17	Для купирования лихорадки бледного типа применяют
	нестероидные противовоспалительные препараты
	хлорпромазин
	полусинтетические пенициллины
	дантролен
	спазмолитики
18	При атрезии желчных путей в течение 1 месяца жизни ребенка отмечаются
	срыгивания
	желтуха с первых дней жизни
	нарастающая гепатоспленомегалия
	неокрашенный стул
	окрашенный стул
19	К гепатопротекторам относятся
	урсодезоксихолевая кислота
	эзомепразол
	артишока листьев экстракт
	домперидон
	адеметионин
20	К гепатотоксичным препаратам относятся
	парацетамол
	витамин Д3
	гепарин натрия
	метотрексат
	вальпроевая кислота
21	Кардиомиопатии классифицируются по следующим фенотипам
	гипертрофический
	гипертензионный
	рестриктивный
	циркулятрный
	дилятационный
22	При целиакии исключают из рациона
	пшеницу
	рис
	овес
	рожь
	ячмень
	просо
23	Характерными клиническими признаками при целиакии являются
	диарея у детей раннего возраста
	гепатомегалия
	артериальная гипертензия
	задержка физического развития
	анемия

	запоры у детей старшего возраста
24	При муковисцидозе используют следующие смеси
	Mead Johnson Nutrition Pregestimil Lipil
	Nutrilon (Nutricia) Пепти Аллергия
	Семпер Лемолак (Semper Lemolak)
	Similac Комфорт
	Nestle Alfare Allergy
25	Для синдрома Картагенера характерны
	первичная легочная гипертензия
	обратное расположение внутренних органов
	бронхоэктазы
	хронические синуситы
	гепатоспленомегалия
26	Для идиопатического гемосидероза легких характерны
	кашель
	одышка
	бронхоэктазы
	обратное расположение внутренних органов
	анемия
27	Для первичной легочной гипертензии характерны
	артериальная гипертензия
	одышка при физической нагрузке
	цианоз
	полицитемия
	обратное расположение внутренних органов
28	Междолевой сухой плеврит характеризуется
	отсутствием клинических проявлений
	сухим болезненным кашлем
	диагностируется лишь при рентгенологическом исследовании
	выраженным ограничением подвижности легочного края
29	Дифференциальный диагноз фибринозного плеврита проводят с
	эзофагитом
	межреберной невралгией
	крупозной пневмонией
	холециститом
	стенозирующим ларингитом
30	Для оценки функции почек используют
	определение креатинина сыворотки крови
	общий анализ мочи
	определение мочевины сыворотки крови
	анализ мочи по Нечипоренко
	пробу Зимницкого
31	Последствиями постоянной кристаллурии могут быть
	гломерулонефрит
	пиелонефрит
	мочекаменная болезнь
	хронический тубулоинтерстициальный нефрит
	паранефральный абсцесс

32	Для лечения тахиаритмий применяют
	калия и магния аспарагинат
	каптоприл
	нимесулид
	амиодарон
	пропафенон
33	К симптомам полной атриовентрикулярной блокады относятся
	резкая брадикардия
	гипотония
	тахикардия
	потеря сознания
	резкое возбуждение
34	Для гломерулонефрита с нефротическим синдромом характерно
	макрогематурия
	протеинурия более 3 г/л
	гиперлипидемия
	стойкая артериальная гипертензия
	гипопротеинемия
35	Для гломерулонефрита характерны синдромы
	мочевой
	геморрагический
	отечный
	гипертензионный
	дизурический
36	Для гемолитического криза при наследственном сфероцитозе характерны
	диарея
	энцефалопатия
	бледность
	желтуха
	лихорадка
37	Для болезни Минковского- Шоффара характерны
	Гипохромная анемия
	Нормохромная анемия
	ретикулоцитоз
	микросфероцитоз
	прямая гипербилирубинемия
38	К противовирусным препаратам относятся
	тилорон
	циклоспорин
	инозин пранобекс
	меглюмина акридонацетат
	цефтриаксон
39	При геморрагическом васкулите Шенлейна- Геноха выделяют синдромы
	кожный
	суставной
	почечный
	легочный

	абдоминальный
40	Для острого гипервитаминоза Д характерны
	гипергидроз
	рвота
	отказ от еды
	лихорадка
	мышечная гипотония
41	Общими противопоказаниями для назначения физиотерапевтического лечения являются
	злокачественные образования
	ранний возраст
	активная фаза воспаления
	ожирение
	лихорадка
42	Продолжительность жизни при сахарном диабете зависит от
	наличия осложнений
	длительности заболевания
	уровня гликированного гемоглобина
	остаточной секреции инсулина
	дозы инсулина
43	К инсулинзависимым тканям относятся
	жировая ткань
	мышечная ткань
	миокард
	головной мозг
	почечная паренхима
44	К симптомам, характерным для врожденного гипотиреоза, относятся
	гипотермия, брадикардия
	макроглосия
	гипертермия
	одышка
	затянувшаяся неонатальная желтуха
45	К симптомам, характерным для тиреотоксикоза у подростков, относятся
	агрессивность
	эмоциональная лабильность
	апатия
	сонливость
	выраженная утомляемость
	тахикардия
46	Анатомическими признаками тетрады Фалло являются
	стеноз легочной артерии
	стеноз аорты
	транспозиция аорты
	гипертрофия миокарда
	дефект межжелудочковой перегородки
	дефект межпредсердной перегородки
47	Для хореи характерны
	гиперкинезы

	периферические парезы
	мышечная гипотония
	гиперрефлексия
	энурез
48	Соматические мутации клеток-предшественниц кроветворения вызывают
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции
	онковирусы
	эндо - и экзоканцерогены
	радиационное облучение
	пыльцевые аллергены
	паразитарные инфекции
49	К методам лечения острого лимфобластного лейкоза относят
	химиотерапию
	сопроводительную терапию
	интерферонотерапию
	трансплантацию костного мозга
	биологические активные добавки
50	Формирование вторичных половых признаков у девочек начинается с
	увеличения молочных желез
	лобкового оволосения
	менархе
	формирование овуляторных циклов
	усиление активности сальных и потовых желез
51	Для новорожденных с сольтеряющей формой адреногенитального синдрома характерны
	жидкий стул
	запоры
	упорная рвота
	дистальные отеки
	позднее отхождение мекония
52	Для сольтеряющей формы адреногенитального синдрома характерно
	преждевременное половое развитие
	сухость кожных покровов, жидкий стул
	упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи
	артериальная гипертензия
	крипторхизм
53	К клиническим синдромам при пиелонефрите относятся
	фебрилитет
	мочевой синдром
	геморрагический синдром
	синдром артериальной гипертензии
	боли в поясничной области
54	Признаками очагового уплотнения легочной ткани являются
	крепитация
	усиление голосового дрожания
	ослабленное везикулярное дыхание
	притупление перкуторного звука

	коробочный оттенок перкуторного звука
55	Механизм бронхиальной обструкции при бронхиальной астме обусловлен
	бронхоспазмом
	гиперсекрецией слизи бронхиальных желез
	компрессией из вне
	воспалением слизистой стенки бронхов
	снижением растяжимости альвеол
56	Антихеликобактерным действием обладают следующие препараты
	омепразол
	висмута трикалия дицитрат
	кларитромицин
	метронидазол
	алгелдрат + магния гидроксид
57	Осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у детей являются
	пенетрация
	перфорация
	мальдигестия
	мальабсорбция
	кровотечение
58	Тюбажи по Демьянову с минеральной водой используются при
	желчекаменной болезни
	дискинезии желчевыводящих путей
	некалькулезном холецистите
	язвенной болезни
1	Вопросы с множественным выбором
1	Основными критериями диагностики синдрома раздраженного кишечника (Римские критерии lV) являются
	история заболевания имеет место на протяжении 12 нед. в течение 12 мес
	наличие болей в животе, связанных с дефекацией
	начало заболевания связано с изменением характера стула
	начало заболевания связано с изменением частоты стула
	характерная симптоматика должна быть не реже 3 дней в месяц в течение последних 3 месяцев
	рецидивирующая абдоминальная боль по крайней мере 1 день в неделю за последние 3 месяца
2	При наследственном нефрите у ребенка часто выявляются
	тугоухость
	патология суставов
	изменения со стороны глаз
	олигофрения
	врожденные пороки сердца
3	К группе хромосомных заболеваний относятся
	болезнь Дауна
	синдром Альпорта
	синдром Шерешевского-Тернера
	синдром Патау
	синдром Эдварса
4	Для вирильной формы адреногенитального синдрома у девочек характерны
	увеличение клитора и половых губ
	костный возраст опережает паспортный

	в моче увеличено содержание 17-кетостероидов
	гепатоспленомегалия
	гипертрихоз
5	Для болезни гиалиновых мембран характерны
	цианоз
	тахипноэ с участием в дыхании вспомогательной мускулатуры
	метаболический ацидоз
	гипокапния и гипероксемия
	дыхательная недостаточность
6	Возникновению срыгиваний у новорожденных детей, находящихся на грудном вскармливании, способствуют
	короткий пищевод
	недостаточное развитие кардиального отдела желудка
	недостаточное развитие пилорического отдела желудка
	относительный гипертонус пилорического отдела желудка
	физиологический дефицит ферментов
7	К реактивным состояниям новорожденных относятся
	физиологическая эритема
	милия
	мелена
	вагинальное кровотечение
	нагрубание молочных желез
8	Для паротитной инфекции характерны
	панкреатит
	поражение субмандибулярной и сублингвальной желез
	энцефалит
	нефрит
	орхит (или аднексит)
9	Для экссудативного плеврита характерны
	ослабление дыхания
	бронхиальный тип дыхания
	притупление перкуторного звука
	ослабленное голосовое дрожание
	усиление голосового дрожания
	шум трения плевры
10	Для гемолитико-уремического синдрома характерны
	анемия
	прямая гипербилирубинемия
	непрямая гипербилирубинемия
	тромбоцитопения
	олигурия
	азотемия
11	Для муковисцидоза характерны
	полифекалия
	мекониальный илеус
	гипернатриемия
	стеаторея
	ателектазы

12	При большом дефекте межжелудочковой перегородки у ребенка в возрасте 3 месяцев наблюдаются
	одышка и непереносимость физической нагрузки
	повторные пневмонии
	акцент второго тона на легочной артерии
	судороги
	тахикардия
13	Нестероидные противовоспалительные препараты рекомендуются при
	ревматизме
	ревматоидном артрите
	болезни Верльгофа
	посттравматическом артрите
	реактивном артрите
14	Применение стероидных (гормональных) противовоспалительных препаратов может вызвать
	усиление тромбообразован
	повышенную кровоточивость
	повышение артериального давления
	возникновение язвы в желудочно-кишечном тракте
	гипергликемию
	гиперкалиемию
15	При отеке легких наблюдаются
	одышка
	ортопноэ
	большое количество влажных хрипов в легких
	учащенное мочеиспускание
	задержка мочеиспускания
16	К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности относятся
	бледность кожных покровов
	нитевидный пульс
	падение артериального давления
	артериальная гипертензия
	гиперемия кожи
	одышка
17	Для недостаточности привратника характерны
	боли в эпигастрии во время еды
	позыв на дефекацию во время еды
	разжижение стула
	рвота без примеси желчи
	запоры
18	Причинами гипохромной анемии являются
	дефицит железа
	нарушение порфиринового обмена
	дефицит фолиевой кислоты
	дефицит витамина В12
	гемолиз
19	К основным причинам дефицита железа относятся
	алиментарный дефицит

	нарушение обеспечения железом плода при внутриутробном развитии
	кровопотеря
	гемолиз
	синдром нарушенного всасывания
20	Причинами нарушения трансплацентарного перехода железа являются
	внутриутробная инфекция
	гестоз
	разные группы крови у матери и плода
	отслойка плаценты
	угроза прерывания беременности
21	К клиническим признакам железодефицитной анемии относятся
	бледность кожи и слизистых оболочек
	систолический шум на верхушке сердца
	спленомегалия (у ребенка старше 1 года)
	дистрофические изменения кожи, волос, зубов
	койлонихии
22	Признаками начального периода гемобластозов являются
	немотивированные подъемы температуры
	оссалгии
	деформация суставов
	увеличение лимфоузлов
	общая слабость
23	Спленомегалия характерна для
	гепатита
	сепсиса
	бруцеллеза
	железодефицитной анемии
	врожденного сифилиса
24	Спленомегалия характерна для
	ветряной оспы
	инфекционного мононуклеоза
	болезни кошачьих царапин
	цитомегалии
	токсоплазмоза
25	Для непереносимости белков коровьего молока характерно
	появление диареи при грудном вскармливании
	кожные проявления аллергии
	появление диареи после введения коровьего молока
	обнаружение в крови специфических АТ к белкам коровьего молока
	стеаторея
26	Наиболее часто вызывают пищевую аллергию овощи
	кабачки
	огурцы
	томаты
	морковь
	капуста
27	Отдаленными последствиями избыточного потребления белка ребенком в первые месяцы

	жизни являются
	инсулиннезависимый сахарный диабет
	диффузно-токсическийзоб
	синдромадефицитавнимания
	метаболическийсиндром
28	Диарея характерна для
	гриппа
	ротавирусной инфекции
	цитомегаловирусной инфекции
	аденовирусной инфекции
29	Клиническими эквивалентами гипокалиемии у детей с эксикозомII степени являются
	жажда
	адинамия
	брадикардия
	парез кишечника
30	Принципами диетотерапии при ОКИ у детей раннего возраста являются
	дозированное кормление
	водно-чайная пауза
	использование низколактозных смесей
	использование адаптированных кисломолочных смесей
31	Характерными нарушениями, возникающими при белковой недостаточности, являются
	развитие жировой инфильтрации печени
	изменение химического состава и морфологического строения костей
	изменения в эндокринных железах и понижение их функциональной способности
	снижение иммунобиологической реактивности организма
32	Концентрационную функцию почек характеризуют
	проба Зимницкого
	белок и белковые фракции
	относительная плотность мочи
	осмолярность мочи
	электролиты крови
33	Фильтрационную способность почек характеризуют
	клиренс эндогенного креатинина
	креатинин крови
	уровень мочевины крови
	осмолярность мочи
	селективность протеинурии
34	Активность воспалительного процесса отражают биохимические показатели
	белковые фракции
	щелочная фосфатаза
	С-реактивный белок
	электролиты крови
	фибриноген крови
35	Осложнениями острого гломерулонефрита являются
	почечная недостаточность
	гипертоническая энцефалопатия

	тромботические осложнения
	снижение слуха
	недостаточность кровообращения
36	Для больных волчаночной нефропатией характерно наличие
	пневмонии
	кожного синдрома
	полисерозита
	быстропрогрессирующего нефрита
	лейкопении
37	Терапия дыхательной недостаточности, сопровождающей бронхообструкцию у больного ОРЗ, включает
	улучшение бронхиального дренажа с помощью муколитических средств и повторных ингаляций с бронхолитическими препаратами, массаж
	кислородотерапию
	массивную инфузионную терапию
	применение бронхолитических препаратов
	парентеральное введение глюкокортикоидов, дезагрегантов

Полугодие 1

Вопросы к собеседованию

1. Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи новорожденным детям.
2. Организация медицинской помощи новорожденным детям в условиях стационара. Основная медицинская документация.
3. Неонатальные кардиологические, биохимические и аудиологические скрининговые исследования. Профилактическая вакцинация новорожденных детей.Становление биоценоза в неонатальном периоде.
4. Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных.
5. Билирубиновый обмен в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз желтух у новорожденных детей. Фетальный гепатит.
6. Кислородный гомеостаз у новорожденных. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных.
7. Респираторный дисстресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий.
8. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Принципы реабилитации детей с перинатальными поражениями ЦНС, роль кинезиотерапии.
9. Менингиты у новорожденных детей.
10. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей.
11. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение.
12. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного.
13. Синдром рвоты и срыгиваний. Причины, клиника, принципы лечения. Постуральная терапия. Антирефлюксные смеси.

14. Инфузионная терапия и парентеральное питание в неонатальном периоде.

15. Метаболическая адаптация новорожденных, ее нарушения и методы коррекции.

16. Аномалии конституции. Экссудативно-катаральный диатез, аллергический диатез, лимфатикогипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Диагностика. Клинико-параклинические маркеры.

17. Естественное вскармливание, его роль в формировании здоровья.

18. Хронические расстройства питания.Белково-энергетическая недостаточность, гиповитаминозы. Диагностика, лечение, профилактика. Принципы лечебного питания.

19. Рахит, рахитоподобные заболевания. Диагностика, лечение, профилактика рахита.

20. Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

21. Анемии у детей раннего возраста. Классификация. Дефицитные анемии. Диагностика, лечение, профилактика.

22. Геморрагические диатезы у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кровоточивостью: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Лечение.

23. Острые респираторные заболевания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей.

24. Обструктивный бронхит и бронхиолит у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика.

25. Пищевая аллергия у детей раннего возраста. Клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

26. Атопические заболевания кожи у детей раннего возраста. Детская экзема, нейродермит. Диагностика, лечение, профилактика, дифференциальный диагноз.

27. Эндокринная патология у детей раннего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

28. Наследственные нарушения обмена углеводов и липидов. Клиника, лечение.

29. Аминоацидопатии. Клиника, лечение, профилактика.

30. Синдром рвоты и срыгивания у детей раннего возраста, дифференциальный диагноз, лечение.

31. Запоры у детей раннего возраста. Клиника, лечение, профилактика.

32. Инфекция мочевыводящих путей детей раннего возраста. Клиника, диагностика, лечение, тактика наблюдения.

33. Пороки развития почек и мочевыводящих путей. Диагностика.

34. Тубулопатии у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.

35. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз.

36. Реабилитация пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: этапы, принципы, международная классификация функционирования.

37. Показания для направления пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на медико-социальную экспертизу.

38. Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. Нарушение функции автоматизма, возбудимости, проводимости. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.

39. Кардиомиопатии. Классификация. Клинические проявления, диагностика. Особенности проявлений у подростков. Лечение, профилактика. Диспансеризация.

40. Критические и неотложные состояния в кардиологии детского возраста. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

41. Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. Клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.

42. Неревматические кардиты у детей и подростков. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся кардиомегалией. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

43. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Классификация. Диагностика. Роль УЗИ в диагностике эндокардитов. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика. Диспансеризация.

44. Сердечная недостаточность у детей Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Терапевтическое и хирургическое лечение

45. Бронхиальная астма у детей и подростков. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные подходы к диагностике. Критерии тяжести течения астмы. Лечение.

Ситуационные задачи

Задача 1

Девочка, Светлана Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом - без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов "замираний", приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях.

Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уроне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ№13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны

сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

Дата	НВ (г/л)	Эр.(1012/л)	Лейк. (109/л)	С/я (%)	лимф (%)	мон. (%)	ТВ (109/л)	СОЭ мм/ч
10.09	120	4,2	9,0	29	60	8	194	5

Протеинограмма:

Дата	Общий белок (г/л)	Альбумины	Глобулины			
			α1	α2	β	γ
10.09	75	53 %	5,0 %	12 %	1 5 %	15 %

Биохимический анализ крови:

Дата	Мочевина	Мочев. к-та	Молочная к-та	АЛТ	АСТ	ГГТ	Глюкоза
Един.	мМ/л	мкМ/л	мМ/л	МЕ/л	МЕ/л	МЕ/л	мМ/л
Норма	2.5-6.4	210-420	1,0 – 1,7	5-40	5-42	5-35	3.3-5.5
10.09	3,9	141	2,8	137	224	127	2,9

Липидограмма:

Дата	Холестерин	Триглицериды	ЛПВП	ЛПОНП	ЛПНП
Един.	ММ/л	ММ/л	ММ/л	ММ/л	мМ/л
Норма	2.5 – 6.2	0.1 – 2.2	0.7 – 2.3	До 1.0	1.55 – 3.63
10.09	9,2	3,00	0,4	1,36	2,24

УЗИ брюшной полости: Увеличение всех отделов печени, больше правых, эхогенность умеренно повышена, диффузная эхонеоднородность, сетчатость печеночного рисунка. Воротная вена 8 мм, стенки ветвей уплотнены, печёночные вены – 3-х фазный кровоток.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. Основные принципы лечения?

Задача 2

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом "кишечное кровотечение".

Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 неделе, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпсилон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы,

тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук.

Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - 5,4х1012/л, ЦП - 0,94, тромб-310,0х109/л, Лейк - 5,9х109/л, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м- 8%, СОЭ - 2мм/час.

Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут.

Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4"). Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ -90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс -25%, D- димер-

Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевина - 4,2 ммоль/л, калий -4,8 ммоль/л, натрий -140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед.

Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
4. Оцените результаты представленных анализов
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно- профилактические мероприятия, прогноз.

Задача 3

Ребенок 1года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, 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, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяце масса тела – 9кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками.

Анамнез болезни: в 10,6 месяцев 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, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть.

При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно

выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр- 3,6*1012 /л, тромб. - 216,0* 109 /л, лейк.- 4,3* 109 /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок -58г/л, альбумины-40%, глобулины: α1-5%, α2-10%, β-20%, γ-25%, мочевина-3,7 ммоль/л, билирубин-7,0 мкмоль/л, холестерин-1,9 ммоль/л, калий-3,5 ммоль/л, фосфор-0,93 ммоль/л, глюкоза-4,7 ммоль/л, ЩФ-430 Ед/л (норма 50-400).

Пилокарпиновая проба: Хлориды пота-39 мэкв/л.

Эзофагогастродуоденоеюноскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледно-розовая, складки несколько сглажены.

Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиоэктазиями на верхушках уплощённых складок в виде налёта «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощёнными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия.

Гистологичекое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое значение для развития заболевания имеет перенесенная сальмонеллезная инфекция?
4. Назначьте диету ребенку. Как долго он должен находиться на специальной диете?
5. Показано ли назначение глюкокортикоидных гормонов?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 4

Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки

кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение.

Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр – 3.5*1012/л, Лейк – 7.0*109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз –3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч

Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие необходимо провести исследования с целью подтверждения диагноза?
4. Лечебная тактика.
5. Особенности диспансерного наблюдения?
6. Прогноз данного заболевания?

Задача 5

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула.

Анамнез жизни: ребёнок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее-искусственное. адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр.

Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован.

При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, пригушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки.

Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*1012/л, лейк.-7,6*109/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ – 2мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок нет,эпителий единичный, лейк.- 1-3 в поле зрения.

Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат.

Анализ кала на плазменные белки: +++

Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины– 28%, глобулины: α1-6,5%, α2-35,5%, β -16%, γ -14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47ммоль/л,холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л.

ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия.

Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отёчная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация.

УЗИ органов бр. полости: печень не увеличена, контур ровный, паренхима мелкозернистая; поджелудочная железа не увеличена; в бр. полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Задача 6

Маша С., 2мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодия до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес.

Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожно-жировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и

мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстает в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- 4,8х1012/л, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%, лейк. - 8,8х109/л, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч.

Посев кала на патогенную флору: отрицательный.

Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевина - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фофатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л.

Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные исследования необходимо привести?
4. Назначьте лечение ребенку с учетом основного заболевания и сопутствующих ему расстройств.
5. Лечебно-профилактические мероприятия.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 7

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК.

При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр – 3,1х1012/л; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - 256х109/л; лейк. - 13,6х109/л; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий-164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1мкмоль/л; мочевина - 1,14 ммоль/л; К+ - 5,3 ммоль/л;

Na+ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ- 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
3. Следует ли проводить гемотрансфузию?
4. Назовите ранние симптомы билирубиновой интоксикации?
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Можно ли кормить данного ребенка грудным молоком?

Задача 8

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка. При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастернальной и правой среднеключичной линиями, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края.

Общий анализ крови: Hb - 168 г/л, эритроциты – 6,1 х 1012 /л, тромбоциты - 186 × 109/л, лейкоциты - 6,3 × 109/л, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевина - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма – до 125).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Как объяснить появление симптомов «барабанных палочек» и «часовых стекол»?
5. Почему диффузный цианоз выявляется у детей с данным заболеванием с рождения?

6. Тактика терапии, прогноз.

Задача 9

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочевыделения. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 380 С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный.

Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - 1,4×1012/л, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - 50×109/л, лейкоциты - 11,5×109/л, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты.

Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок -1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевина - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой -33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий -7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25ЕД, АЛТ - 35ЕД, ЛДГ 650 ЕД (N < 279) .

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?
2. Объясните патогенез гемолиза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные обследования показаны?
5. Какова тактика ведения пациентки?
6. Каков прогноз данного заболевания?

Задача 10

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время.

Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки.

При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая - по парастернальной линии, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой передней аксилярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось.

Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?
3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании? Методы медицинской реабилитации пациентов после хирургического лечения.
6. Оцените прогноз заболевания.

Задача 11

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массо-ростовые прибавки достаточные.

В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось «тяжелое дыхание».

При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной

тупости: левая — по левой передне-аксиллярной линии, правая — по правой парастернальной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 3,5 × 10^{12}/л, тромбоциты - 314 × 109/л, лейкоциты - 8,0 × 109/л, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты – 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

ЭКГ: ЧСС 280 уд./мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Назовите основные патогенетические механизмы данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз

Задача 12

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел.

В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 х 1012/л, Лейк -13,9 х 109/л, п/я - 7%, с - 65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Клинический анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1-глобулины - 4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?

4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?

5. Необходимые обследования.

6. Каков прогноз заболевания?

Задача 13

Мальчик 1,5 лет поступил в отделение с жалобами на неустойчивый стул, беспокойство, боли в животе.

Ребёнок от 2 беременности, протекавшей с гестозом 1 половины, 2 срочных родов. Масса при рождении-3200, длина-50 см, раннее развитие без особенностей. Грудное вскармливание до 1 года, прикорм по возрасту. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. В 1 год масса-10 кг, рост-75 см.

Анамнез болезни: впервые разжижение стула, вздутие живота появились с 2-х недельного возраста. Исключение молока из пищи и введение низколактозной смеси привело к быстрому улучшению состояния. Два дня назад при попытке введения молока появились рвота, жидкий стул с кислым запахом до 10-12 раз в сутки, метеоризм, боли в животе.

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

При осмотре: ребёнок правильного телосложения, удовлетворительного питания. Масса тела 11 кг, рост 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. Зубы 6/8 белые. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, несколько вздут, умеренно болезненный и урчит при пальпации. Стул 2 р/сут. пенистый, с кислым запахом. Дизурии нет.

Анализ крови клинический: Hb-120 г/л, эр-4,2х1012л, лейк-5,1х109 л, п/я-2%, с/я-33%, э-3%, л-52%, м-10%, СОЭ- 3мм/час.

Общий анализ мочи: цвет жёлтый, относит. плотность-1015, лейк-2-3 в поле зрения, эритроциты- нет.

Копрограмма: цвет жёлтый, консистенция кашицеобразная, мышечные волокна единичные, жирные кислоты-незначительное кол-во, крахмал-много, йодофильная флора-немного.

Углеводы в кале: 0,8 г%.

Гликемические кривые после нагрузки:

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

С лактозой: натощак-4,3 ммоль/л, через 15 мин – 4,4 ммоль/л, через 30 мин- 4,6 ммоль/л, через 60 мин-4,8 ммоль/л, После нагрузки с лактозой появился жидкий стул.

С сахарозой: натощак – 4,1ммоль/л, через 15 мин – 4,8 ммоль/л, через 30 мин – 5,6 ммоль/л, через 60 мин – 4,1 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Почему родственники ребенка «не любят» молоко? Дайте рекомендации по питанию ребенку.

5. Есть ли необходимость в назначении медикаментозной терапии?

6. Каков прогноз заболевания?

Задача 14

Сережа М., 3 года, от молодых родителей. Мать страдает крапивницей, сестра матери – бронхиальной астмой. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом и угрозой прерывания. Роды в срок, протекали без осложнений. Масса тела при рождении 3500г, длина 50см. Грудное вскармливание до 2-х месяцев, смешанное - до 3-х месяцев, далее - искусственное.

В 6 месяцев на коже лица и рук появились множественные элементы строфулезных высыпаний. С возраста 1 года после приема цельного молока, молочных продуктов и рыбы появился неоформленный стул с примесью слизи прожилок крови.

Общий анализ крови: Нв – 108 г/л, Эр – 3.5х1012/л, Лейк – 7.0х109/л, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 12%, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 12мм/ч

Реакция пассивной гемагглютинации (РПГА): титр антител к рыбе– 1:280 (N-1:30), к белку коровьего молока- 1:920 (N- 1:80)

Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ): уровень IgE в сыворотке крови 910 Ед/л (N- до 100 Ед/л) Титр антител к пищевым аллергенам методом иммуноферментного анализа: выявлена высокая степень сенсибилизации (++++) к М-белку рыб, средняя (+++) – к бета-лактальбумину.

Анализ кала на кишечную группу: отрицательный.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.

2. Дифференциальный диагноз

3. Перечислите основные принципы подбора диеты.

4. Назовите специфическую терапию при данном заболевании.

5. Каковы особенности проведения профилактических прививок при данной патологии?

6. Определите прогноз при данном заболевании.

Задача 15

Мальчик А., 6 мес. поступил в ДКБ № 1 12.11. с направляющим диагнозом: «ОРВИ, геморрагический синдром».

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 5.11., когда на фоне лихорадки до 380С появились жалобы на кашель насморк. Участковый педиатр поставил диагноз: «Отит», назначил симптоматическую терапию, но повторно ребенка не консультировал.

В ночь на 12.11. состояние резко ухудшилось, появилась рвота, монотонный крик, резкое беспокойство. Мать заметила на теле ребенка сыпь – элементы темно-багрового цвета. Бригадой скорой помощи мальчик был доставлен в клинику.

При поступлении: состояние крайне тяжелое. Монотонный крик. Ребенок вялый, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая, кожа с сероватым оттенком, по всей ее поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с

некрозом в центре. В легких жесткое дыхание, тоны сердца глухие. АД – 40/0. Живот умеренно вздут. Не мочится.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Перечислите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Назначьте лечение.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Задача 16

Мальчик Р., 1 год, поступил в стационар с жалобами на рвоту, снижение аппетита, влажный кашель, потерю массы тела.

Из анамнеза известно, что ребенок рос и развивался в соответствии с возрастом. Две недели назад мальчик перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (ринит, кашель, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Описанные симптомы сохранялись в течение 7 дней. После выздоровления родители отметили, что ребенок стал уставать во время игр, появились одышка и малопродуктивный кашель, ухудшился аппетит. Врачом-педиатром ребенок был направлен на госпитализацию для обследования.

При осмотре: состояние тяжелое. Ребенок вялый, отказывается от игр. Кожный покров бледный. Видимые слизистые оболочки – без особенностей. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД 48 уд./мин. При аускультации легких выслушиваются единичные влажные крепитирующие хрипы в нижних отделах легких. Верхушечный толчок разлитой. Перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, левая - по левой средней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. При аускультации ЧСС 140 уд/мин., тоны сердца приглушены, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум слабой интенсивности. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1 х 1012/л, тромбоциты – 332 х 109/л, лейкоциты - 5,0 х 109/л, п/я - 2%, с/я - 36%, лимфоциты - 60%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/ч.

ЭКГ: Синусовый ритм, ЧСС 152 уд./мин. Низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок обогащен по венозному руслу, кардиоторакальный индекс 68 %.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция выброса левого желудочка составляет 30%, гипокинезия межжелудочковой перегородки, задней стенки левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Оцените представленные результаты обследования.
4. Назначьте лечение.
5. Предположите этиологию данного заболевания.
6. Тактика дальнейшего ведения, прогноз.

Полугодие 2

Вопросы к собеседованию:

1. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности течения у детей и подростков на современном этапе. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Диспансеризация. Реабилитация.
2. Диффузные заболевания соединительной ткани. СКВ. Особенности течения диффузных заболеваний соединительной ткани у подростков. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
3. Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита.
4. Мочекаменная болезнь. Особенности и клинические проявления. Диагностика. Современный подход к терапии. Обоснование хирургических методов лечения.
5. Тубулоинтерстициальный нефрит. Классификация. Диагностика, лечение.
6. Первичные гломерулонефриты. Клиническая и морфологическая классификация. Особенности лечения в зависимости от клинических проявлений и морфологического типа гломерулонефрита
7. Нефротический синдром у детей и подростков. Дифференциальная диагностика, лечение.
8. Пиелонефрит. Распространенность в детском возрасте. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря. Современные принципы лечения. Немедикаментозное лечение: обучение родителей и ребенка поведенческой терапии, БОС- терапия, физиолечение.
10. Острое почечное повреждение. Хроническая болезнь почек. Классификация, клинические проявления, методы диагностики и алгоритмы лечения. Понятие ренопротективной терапии. Принципы заместительной почечной терапии. Неотложная помощь при угрожающих жизни состояниях.
11. Показания для направления на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности.
12. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Особенности течения у подростков. Роль хеликобактерной инфекции в формировании заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта. Клиника. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь при кровотечениях их желудочнокишечного тракта.
13. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диагностика, клиника, лечение. Особенности течения в подростковом возрасте.
14. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

15. Болезнь Крона. Этиопатогенез, клинические проявления у детей и подростков. Дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.

16. Синдром раздраженного кишечника у детей и подростков. Клиника, диагностика, лечение.

17. Лабораторная диагностика поражения печени. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией

18. Особенности клинических проявлений холециститов у детей и подростков. Лечение. Дифференциальный диагноз заболеваний, сопровождающихся синдромом желтухи.

19. Острый и хронический панкреатит. Диагностика, лечение.

20. Анемии у детей старшего возраста и подростков. Дифференциальный диагноз анемий.

21. Острые лейкозы у детей и подростков. Классификация. Особенности клинического течения различных типов. Диагностика. Иммунологическое типирование. Общие принципы терапии.

22. Основные составляющие и виды паллиативной помощи. Купирование болевого синдрома у детей. Этические и психологические аспекты.

Ситуационные задачи:

Задача 1

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С.

2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отечность и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину.

Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана.

При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно- ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

Клинический анализ крови: Hb-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %, α1-глобулины – 4%, α2-глобулины – 15%, β-глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевина – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л.

Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы Т в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6.

ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.
5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Задача 2.

Девочка, 13 лет, предъявляет жалобы на слабость и быструю утомляемость в течение последней недели; в последние 2 дня сонливость, головокружение, дважды была кратковременная потеря сознания. Всю неделю стул очень темный. Боли в животе беспокоят в течение 2,5 лет. Они возникают натощак, при длительном перерыве в еде, иногда ночью, локализуются в эпигастрии и купируются приемом пищи. Эпизоды болевого синдрома по 2-3 недели с частотой 3-4 раза в год, исчезали постепенно самостоятельно. К врачу не обращались. Из диспептических явлений отрыжка, редко изжога. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 2-х месяцев. Учится в спецшколе по 6-дневной неделе, занимается 3 раза в неделю хореографией. Режим дня и питания не соблюдает. Мать 36 лет - больна гастритом; отец 38 лет - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; дед (по матери) - язвенная болезнь желудка.

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД -85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона.

Общий анализ крови: Эр - 2,8 х 1012/л; НЬ - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50%0 - 5%. анизоцитоз, пойкилозитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - 8,7 х 109/л; п/я - 6%, с/я -50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - 390 хЮ9/л; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало -1 минута, конец -2,5 минут.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины -55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 -10%, бета -13%, гамма -16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин -16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба -3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие признаки характеризуют кровотечения из разных отделов ЖКТ?
4. Что Вы знаете о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта?
5. Какую схему терапевтического лечения ребенка Вы предлагаете?
6. Какова должна быть тактика наблюдения за больным после выписки из стационара? Методы медицинской реабилитации.

Задача 3

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

Из анамнеза известно, что 2 недели назад мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не

пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая.

Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - 3,5 х 1012/л, Ц.п. - 0,9, Тромб -435 х 109/л, Лейк - 10,5 х 109/л, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевина -3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность -1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. В каком дополнительном обследовании нуждается ребенок?
4. Перечислите осложнения при данном заболевании
5. Какова врачебная тактика в данном случае?
6. Прогноз и диспансерное наблюдение.

Задача 4

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспоринами, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску.

При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38ºС, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально – моча розового цвета.

Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр-3,2 х 1012/л, тромб – 312 х 109/л, лейк – 14 х 109/л, п/я – 0%, с/я – 35%, э-4%, б-1%, лимф –55%, мон – 5%, СОЭ- 28 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет.

Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом- натощак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 моль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз

Задача 5

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ.

При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: Hb – 100 г/л, эритроциты – 4,2 х 1012/л, тромбоциты – 202 х 109/л, лейкоциты – 12,6 х 109/л, п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06‰, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α1 – 11%, α2 – 10%, □ - 5%, □ - 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5).

Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие еще обследования следует провести больному?

3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?

5. Составьте план лечения больного.

6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Задача 6

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи.

Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц - боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии - признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут - 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика – купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула.

Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по среднеключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм.

При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х 1012/л, тромб – 312, лейк – 5,8х109/л, п/я – 4%, с/я – 58, э-4%, лимф –32, мон – 3%, СОЭ- 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α1 – 5%, α2 – 10%, □ - 13%, □ - 19%; АЛТ – 37 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, ГГТ – 43,9 ед/л (норма 6-37).

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете

много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная.

Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия.

Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дискомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Чем обусловлено развитие артрита?
4. Объясните изменения со стороны печени. В чем заключается их патогенез?
5. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка?
6. Каков прогноз данного заболевания. Показания для направления на МСЭ.

Задача 7

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протиенурии и эритроцитурии.

Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено.

Данные проведенного обследования:

Общий анализ крови: Hb – 132 г/л, эритроциты – 4,4х1012/л, ЦП – 0,9, лейкоциты – 7,3х109/л, п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5– 10 в поле зрения.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1500, эритроциты – 120000, цилиндры – 2000.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Чем обусловлено появление «измененных» эритроцитов в клиническом анализе мочи?
5. Назначьте лечение, включая рекомендации по питанию ребенка.
6. Оцените прогноз заболевания и составьте план диспансерного наблюдения.

Задача 8

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным врачом была назначена «Но-шпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Акушерский анамнез не отягощен, раннее развитие по возрасту.

При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в правом подреберье. Симптом Кера – слабоположительный. Ортнера, Мюсси – отрицательные. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет.

При обследовании:

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - 4,4х1012/л; Лейк , - 7,2х109/л; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, ЩФ - 165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, ЛПОНП – 0,5 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65х31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря визуализируется эхопозитивное образование размером 11х4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.

4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.

5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?

6. Диетические рекомендации. Профилактика заболевания.

Задача 9

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастральной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде.

Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец – гастродуоденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери – сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца – ИБС, атеросклерозом, гипертоническая болезнью.

Раннее развитие ребенка – без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением.

При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилородуоденальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси – отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При обследовании:

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий – 5,5 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП –1,1 ммоль/л, ЛПОНП – 0,8 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75х32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещаемые эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Лечебно-профилактические мероприятия
6. Прогноз

Задача 10

Витя М., 6 лет, родился от 2-й беременности, протекавшей с нефропатией, 2 срочных родов (первая беременность и роды протекали физиологично, ребенок здоров). Родился с массой 3900 г, рост 52 см.

Из анамнеза известно, что ребенок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесенного стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребенок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние резко ухудшилось, появилась тошнота, многократная рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

В тяжелом состоянии, без сознания мальчик госпитализирован в отделение интенсивной терапии. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щек и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД 75/40 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжен. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: НЬ - 135 г/л, Эр - 4,1х1012/л, Лейк- 8,5х109/л; нейтрофилы: п/я-4%, с/я-50%; э-1%, л-35%, м-10%, СОЭ-10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет желтый, прозрачность - слабо мутная; удельный вес 1035, реакция кислая; белок - нет, сахар - 10%, ацетон – «+++».

Биохимический анализ крови: глюкоза - 28,0 ммоль/л, натрий -132,0 ммоль/л, калий - 5,0 ммоль/л, общий белок - 70,0 г/л, холестерин -5,0 ммоль/л.

КОС: pH - 7,1; pO2 - 92 мм рт.ст.; pC02 - 33,9 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Оцените данные лабораторного обследования.
4. Каковы патогенетические механизмы развития данного состояния?
5. Назначьте лечение. Опишите особенности проведения инфузионной терапии у детей с данной патологией.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача 11

У ребенка 4-х лет с хроническим персистирующим болевым синдромом интенсивность боли по шкале Вонга-Бейкера составила 3 балла.

Вопросы:

1. Какую характеристику интенсивности болевого синдрома можно дать?
2. Определите ступень лестницы обезболивания по рекомендациям ВОЗ, 2012.

3. С какого препарата необходимо начинать купирование прорывной боли согласно рекомендациям ВОЗ, 2012?

4. Распишите назначение препарата - дозировку и режимы введения.

5. Опишите возможные осложнения нежелательные явления назначенного обезболивающего препарата. Профилактика осложнений.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

–введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);

–содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);

–заключение (краткая формулировка основных выводов);

–список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации

является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);

2. Цели и задачи работы;

3. Общая часть;

4. Защищаемые положения (для магистерских диссертаций);

5. Основная часть;

6. Выводы;

7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки - зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они

должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовок.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

– задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);

– задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

– задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

–ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

–для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

–ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

–ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

–проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

–решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

–решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

–предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

– предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

– предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

– предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.