



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Педиатрия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В.Дмитриев	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии
Н.В.Федина	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А.Белых	Д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
И.Н.Лебедева	К.м.н.	ГБУ РО «ОДКБ им. Н.В.Дмитриевой»	Главный врач ГБУ РО «ОДКБ имени Н.В. Дмитриевой», главный внештатный педиатр, к.м.н.

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27__ .06 __.2023г.

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

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) свежезамороженную плазму и викасол
- Б) витамин Е
- В) антикоагулянты
- Г) антиагреганты

2. СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ЗЕРНОВОГО ПРИКОРМА У ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- А) в 1 месяц
- Б) в 10 месяцев
- В) зерновой прикорм не вводят на 1-м году жизни
- Г) в 5 месяцев

3. СОДЕРЖАНИЕ ГЕМОГЛОБИНА В КРОВИ СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 180 – 240 г/л
- Б) 100 – 130 г/л
- В) 130 – 160 г/л
- Г) 240 – 280 г/л.

Критерии оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Синдром рвоты у детей раннего возраста
2. Неотложная терапия при стенозирующем ларинготрахеите
3. Анемии у детей: определение, классификации, критерии диагностики, виды анемий.
4. Физиологическая роль железа в организме.

Критерии оценки для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач

Ситуационные задачи с эталонами решений для самостоятельной работы студентов.

<p>Задача 1 Девочка 12 лет переболела ОРВИ, принимала аспирин, бромгексин, была выписана в школу. Через 5 дней отмечено интенсивное носовое кровотечение. Была вызвана скорая помощь. Анамнез: Родилась от I беременности, протекавшей с анемией, родов на 38 неделе с весом 3250 г. и длиной тела 53 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. Развивалась нормально. До года отмечался атопический дерматит. Грудное вскармливание до 6 месяцев. При осмотре: Температура тела 36,5°C. Кожа бледная. На шее, животе, бёдрах имеются петехии от точечных до 4 мм, на передней поверхности голени и ягодицах - несколько экхимозов. По задней стенке зева – сгустки крови, прожилки алой крови. На слизистой щеки несколько подслизистых кровоизлияний. В правом носовом ходу кровянистый сгусток. Лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 102 в 1 минуту. Живот безболезненный. Печень – по реберному краю. Была госпитализирована. Обследована: Анализ крови Нв 105 г/л, L 4,5x10⁹/л, Тр. 20x10⁹/л, СОЭ 19 мм/ч</p> <p style="text-align: center;">Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что можно ожидать в общем анализе крови. 2. Поставьте предварительный диагноз. 3. Обоснуйте диагноз. С чем можно дифференцировать заболевание? 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Какая может быть этиология данной болезни? 6. Какие лабораторные тесты исследования гемостаза Вы знаете? 7. Назовите основные направления терапии данного заболевания. 	<p>Ответ 1</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. В общем анализе крови можно ожидать анемию, тромбоцитопению 2. С учетом наличия геморрагического синдрома по пятыхиально-синячковому типу кровоточивости, снижения уровня тромбоцитов в анализе крови ниже 100x10⁹ /л имеет место тромбоцитопения. 3. С учетом отсутствия симптомов опухолевой интоксикации, лимфоаденопатии, гепатоспленомегалии, вероятнее всего имеет место впервые выявленная иммунная тромбоцитопения. 4. С целью дифференциальной диагностики требуется исключить все возможные причины для развития вторичной тромбоцитопении: ВИЧ-инфекция, гепатиты, лейкемии, СКВ и т.д. Для этого требуется проведение лабораторных исследований (миелограмма, кровь на гепатит, волчаночные клетки и т.д.). При исключении всех других возможных причин для тромбоцитопении диагностируется ИТ. 5. Этиология заболевания- аутоиммунное заболевание. 6. Лабораторными тестами являются определение уровня тромбоцитов, не ниже 100x10⁹ /л, определение длительности кровотечения по Дьюку, не
---	--

<p>8. Перечислите гемостатические средства с указанием механизма их действия.</p> <p>9. Какие могут развиваться неотложные состояния? Их терапия.</p> <p>10. Каков прогноз заболевания?</p>	<p>более 3 минут.</p> <p>7. Основные направление терапии- это подъем и поддежание уровня тромбоцитов на «безопасном» уровне, выше $30 \times 10^9 / \text{л}$.</p>
<p>Задача 2</p> <p>У мальчика 7 лет во время лечения у стоматолога после экстракции больного молочного зуба длительно не останавливалось кровотечение. При расспросе мать отметила, что у ребёнка бывают продолжительные носовые кровотечения. Была произведена тампонада лунки с гемостатической губкой и рекомендовано обратиться к педиатру.</p> <p>Анамнез: Ребёнок усыновлённый, из семьи вынужденных переселенцев, последние несколько лет за медицинской помощью не обращались. Ранний анамнез не известен. Известно, что брат ребёнка погиб от тупой травмы живота. Сведений о вакцинации ребёнка нет.</p> <p>При осмотре: Температура тела $36,6^\circ\text{C}$. Кожа бледная, два крупных синяка на нижних конечностях. Правый коленный сустав шарообразной формы, безболезненный, плотный на ощупь. Сгибание в суставе ограничено на 20°. Также имеется нерезко выраженная деформация правого локтевого сустава и ограничение сгибания в нём. Зев спокойный. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы до 2 см. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального тембра на верхушке, ЧСС 102 в 1 минуту. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст. Живот безболезненный. Печень определяется на 1,5 см. ниже реберного края. Стул регулярный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные.</p> <p>Обследован: в общем анализе крови Эр-$3,4 \times 10^{12}$, Нб-106 г/л, Тр-$259,2 \times 10^6$, L-$5,2 \times 10^6$, Э-1, П-1, С-41, Л-53, М-4%, СОЭ-12 мм/ч. На УЗИ брюшной полости внутренние органы не изменены.</p> <p style="text-align: center;">Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Перечислите возможные и имеющиеся осложнения. 3. Перечислите методы исследования гемостаза. Назначьте план обследования. 4. Назначьте лечение. Какие возможны осложнения лечения? 	<p>Ответ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. У ребенка имеет место коагулопатия, вероятнее всего гемофилия. Имеет место характерный гематомный тип кровоточивости: длительно не останавливающиеся носовые, десневые кровотечения, признаки гемартроза, синяки на коже. Болезнь у мальчика, брат умер от травмы живота (внутреннее кровотечение?) 2. Постгеморрагическая артропатия, контрактура сустава, постгеморрагическая анемия 3. Коагулограмма, определение содержание в крови 8 или 9 факторов свертывания крови. 4. Коагулограмма, определение содержание в крови 8 или 9 факторов свертывания крови, УЗИ сустава 5. Заместительная терапия фактором свертывания. 6. Неотложные состояния: кровотечения, межмышечные и межфасциальные гематомы, постгеморрагические анемия. 7. Вакцинация пероральными вакцинами, возможно подкожное введение вакцин под «прикрытием» факторов свертывания крови. 8. Прогноз: пожизненное заместительное введение недостающего фактора. Тяжесть заболевания определяется уровнем фактора 8 или 9, тяжелые формы-при концентрации фактора менее 2%;

<p>5. Какие возможны неотложные состояния? Возможности экстренной помощи.</p> <p>6. Определите тактику в отношении вакцинации.</p> <p>7. Каков прогноз заболевания? Какие факторы определяют прогноз?</p>	
<p>Задача 3</p> <p>Мальчик 8 лет обратился к участковому врачу по поводу повышения температуры тела. В течение 9 дней температура от 37,5 до 38°C, кашля и насморка нет, мама отмечает что ребёнок последние 2-3 недели быстро устаёт, плохо ест. Самостоятельно давали ребёнку парацетамол, аспирин. Месяц назад ребёнок проходил лечение по поводу ОРВИ.</p> <p>Анамнез</p> <p>Родился от I беременности, протекавшей с ОРВИ и угрозой прерывания в I триместре, I срочных родов с весом 4200 грамм, рост 56 см. Часто болел ОРВИ, в 4 года проведена аденотомия. Привит по индивидуальной схеме.</p> <p>При осмотре ребёнок бледный, увеличение подчелюстных и верхнее-шейных лимфатических узлов до 2-3 см. В анализе крови: гемоглобина до 97 г/л, лейкоцитоз 12×10^6 и ускорение СОЭ до 40 мм/ч. Был назначен амоксицилин, актиферрин. Температура тела нормализовалась, однако слабость сохранялась, а через 5 дней лихорадка неправильного характера возобновилась, жаловался на боли в ногах. Был направлен в стационар (районную больницу).</p> <p>При осмотре: температура 38,6°C. Кожа бледная, на правом бедре единичные петехиальные элементы. Подкожная клетчатка развита умеренно. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы безболезненные, не плотные, множественные до 3-4 см. Слизистые рта чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, систолический шум функционального тембра на верхушке, ЧСС 112 в 1 минуту. Артериальное давление 100/60 мм. рт. ст. Живот безболезненный. Печень плотноватая, безболезненная, на 5 см. ниже реберного края. Селезёнка пальпируется на 2 см. ниже реберного края. Физиологические отправления не нарушены. Обследован В анализе крови, выполненном по Сито: Эр-$2,2 \times 10^{12}$, Нб-66 г/л, Тр-$29,2 \times 10^6$, L-$25,2 \times 10^6$, СОЭ-62 мм/ч. Общий анализ</p>	<p>Ответ 3</p> <ol style="list-style-type: none"> У ребенка имеет место острый лейкоз. Имеет место синдром опухолевой интоксикации, геморрагический синдром, синдром костно-мозговой недостаточности. синдром локальной опухолевой манифестации (гепатоспленомегалия, лимфоаденопатия). Возможны другие симптомы локальной опухолевой интоксикации (суставной, нейрорлейкемии, кишечная непроходимость, лейкемиды кожи и др.). Гемограмма, исследование костного мозга, исследование ликвора, визуализирующие методы обследования, дополнительные лабораторные и инструментальные методы (рентгенография +/- КТ органов грудной клетки, УЗИ +/- МРТ/КТ живота, МРТ головного мозга и др.). Исследование костного мозга: цитология – бластные клетки: для ОЛЛ $\geq 25\%$, для ОМЛ $\geq 30\%$, цитохимия (миелопероксидаза, PAS-реакция, эстераза, кислая фосфатаза), иммунофенотипирование – определение антигенов на бластных клетках (разграничение подтипов ОЛЛ и ОМЛ), цитогенетика и молекулярная генетика Терапия острых лейкозиев – риск-адаптированная терапия, интенсивная химиотерапия, профилактика нейрорлейкемии, адекватная сопроводительная

<p>мочи – в норме. На рентгенограмме грудной клетки – без патологических изменений.</p> <p style="text-align: center;">Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании? 3. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза. 4. Какие обследования необходимы далее. 5. Перечислите основные принципы лечения данных состояний. 6. Из каких периодов состоит химиотерапия. 7. Какие осложнения возможны в ходе лечения? Их профилактика и лечение. <p>Каков прогноз заболевания? Какие факторы определяют прогноз?</p>	<p>терапия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Интенсивная химиотерапия: индукционная химиотерапия (вызывание ремиссии), постиндукционная химиотерапия: консолидация (закрепление ремиссии), реиндукция/интенсификация , поддерживающая терапия 7. Миелотоксичность, инфекционные осложнения, геморрагические осложнения, органная токсичность 8. При остром лимфобластном лейкозе, стандартной и промежуточной группе риска прогноз благоприятный, 75% больных выздоравливают. Прогноз определяется группой риска больных, наличием хромосомных мутаций.
---	---

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов

1. Синдром Вискотта-Олдрича.
2. Лечение гипогалактии у кормящей женщины.
3. Трансплантация костного мозга .
4. Применение ВВИГ в педиатрии .
5. Вакцинация детей с различными заболеваниями.

Критерии оценки реферата:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: имеются признаки плагиата (возможна проверка в системе «Антиплагиат»), оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 8 семестре – зачёт, в 9 семестре – экзамен..

Порядок проведения промежуточной аттестации

Зачет с оценкой – результат промежуточной аттестации за 8 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины, оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит три вопроса (II).

Критерии выставления оценок (III):

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации**

ПК-6 СПОСОБНОСТЬ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ У ПАЦИЕНТА ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ, СИМПТОМОВ, СИНДРОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ БОЛЕЗНЕЙ И ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ, X ПЕРЕСМОТРА (ПК-6)

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Лечебные и лечебно-профилактические смеси в питании детей раннего возраста.
2. Железодефицитная анемия: причины, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика
3. Гемолитическая болезнь новорожденного: причины, классификация, ранняя диагностика и профилактика. 5. Дифференциальный диагноз и лечебно-диагностическая тактика при синдроме срыгивания и рвоты у новорождённых.
4. Синдром ацетонемической рвоты: причины и факторы риска, лечебно-диагностическая тактика. Неотложная терапия
5. Сепсис новорожденного: этиология и факторы риска, основные звенья патогенеза, клиника, лечение и профилактика.
6. Анемии у новорождённых и детей грудного возраста: причины, диагностика, лечение. Понятие физиологической анемии.
7. Пневмония у новорожденных: этиология, клиника, лечение. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности.
8. Спазмофилия: патогенез, клиника, лечение и профилактика. Дифференциальный диагноз при судорожном синдроме у детей раннего возраста.
9. Омфалит и васкулит пупочных сосудов: этиология и факторы риска, клиника, осложнения, лечение и профилактика.
10. Гемолитическая болезнь новорожденного: классификация, клиника, осложнения, диагностика, лечение, профилактика. Неотложная помощь.
11. Гемолитическая болезнь новорожденных, желтушная форма: клиника, осложнения, лечение.
12. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки у новорождённых: этиология, клиника, лечение, профилактика и противоэпидемические мероприятия.
13. Гнойно-воспалительные заболевания кожи и пупочной раны у новорождённых: этиология, основные клинические формы и их лечение.
14. Внебольничная пневмония: этиология, классификация, диагностика, лечение, профилактика.
15. Пиелонефрит: причины заболевания и факторы риска, клиника, диагностика, лечение.
16. Острый постинфекционный (постстрептококковый) гломерулонефрит: клиника, диагностика, лечение.
17. Острый бронхит: этиология, клиника, дифференциальная диагностика с пневмонией, лечение.
18. Бронхиальная астма: этиология и факторы риска, дифференциальный диагноз, профилактика. Неотложная терапия приступа.
19. Острый обструктивный бронхит и бронхиолит: этиология, клиника,

- дифференциальный диагноз, лечение. Неотложная терапия при дыхательной недостаточности.
20. Геморрагический васкулит: патогенез, основные клинические синдромы, принципы терапии.
 21. Муковисцидоз: этиология и патогенез, клиника, осложнения, диагностика, лечение.
 22. Гастрит и гастродуоденит: этиология и факторы риска, клиника, диагностика и лечение.
 23. Пневмококковая пневмония: эпидемиология, клиника, осложнения, диагностика, лечение и профилактика.
 24. Гломерулонефрит у детей: синдромология, лабораторно-инструментальные методы обследования, принципы лечения.
 25. Сахарный диабет: клиника и терапия неотложных состояний.
 26. Приступ бронхиальной астмы: клиника, диагностика, неотложная терапия
 27. Менингиты у детей: этиология, клиническая картина, лечебно-диагностическая тактика. Терапия неотложных состояний.
 28. Менингококковый менингит: клиника, диагностика, лечение на догоспитальном этапе и в стационаре. Неотложная терапия.
 29. Вирусные диареи: этиология, эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика и противоэпидемические мероприятия. Неотложная терапия при экзикозе 2 степени. 28. Сальмонеллёз у детей. Дифференциальный диагноз и лечебно-диагностическая тактика при инвазивных диареях.
 30. Грипп: клиника, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение. Неотложная помощь при нейротоксикозе.
 31. Гнойные менингиты у детей: этиология, клиника, дифференциальная диагностики, неотложная помощь.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии. Полгода назад у ребенка в анализах крови обнаружено снижение уровня VIII фактора свертывания крови до 5%. Был поставлен диагноз гемофилия А.

Задание:

1. Какие наиболее характерные изменения в коагулограмме у этого больного?
2. Чем определяется степень тяжести гемофилии?
3. Какое лечение должен получать пациент?
4. Какой риск рождения детей в этой семье с подобным заболеванием?
5. Какие рекомендации можно дать пациенту в отношении вакцинации?

Задача 2

Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см,

селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты- 120%.

Задание:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Какой патогенез данного заболевания?
3. Какой основной признак, подтверждающий диагноз?
4. Какая тактика в отношении данного пациента?
5. Какой прогноз при данном заболевании?

Задача 3

Мальчик 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Заболел накануне, остро, при появлении недомогания температура тела поднялась до 39,4°C. Состояние ребёнка резко ухудшалось - появился сухой кашель, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку при кашле. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. Объективно: при осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на вялость мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. При аускультации справа определялось ослабленное дыхание, хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Обоснуйте диагностический алгоритм.
4. Какие факторы следует учитывать при назначении этиотропного лечения?
5. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 4

Больная Н., 16 лет, принимала амбулаторно сумамед по поводу обострения хронического тонзиллита. На 3-й день приема сумамеда резко повысилась температура тела до 39,5°C. На кожных покровах спины, груди, верхних и нижних конечностей появились обильные высыпания, которые на 2-е сутки трансформировались из эритематозных в папулезные и везикуло-буллезные элементы. При осмотре: на коже — пузыри, сгруппированные, багрово-синюшные, на инфильтрированном основании, мелкие везикулы в межпальцевых промежутках, некоторые с геморрагическим содержимым. На слизистой полости рта, гениталий, в перианальной области появились везикулярные высыпания, которые быстро трансформировались в эрозии. Присоединилась боль в горле, суставах, стала беспокоить боль в правом подреберье. Симптом Никольского — отрицательный. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ, лимфопения. В общем анализе мочи: белок - 0,66 г/л. лейкоциты - 20-25 в п/зр. эритроциты - 10-15 в п/зр. В иммунограмме: ЦИК - 20 г/л.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?

4. Составьте план ведения пациентки
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 5

Пациентка В., 2 года, родилась от второй доношенной беременности, вес при рождении 3500 грамм, рост – 52 см. Впервые анемия выявлена в 1 год 3 месяца месячном возрасте, лечения препаратами железа почти без эффекта. Максимальный уровень гемоглобина не выше 80-88 г/л. Ухудшение месяц назад, после перенесенной ОРВИ, появилась слабость, бледность кожи усилилась. При осмотре: состояние тяжелое. Вялая, пониженного питания, бледность с восковым оттенком, слизистые бледные, геморрагий нет. Сердце: систолический шум на верхушке, тахикардия, селезенка у края реберной дуги, печень + 1,5 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: Эр- $1,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-18 г/л, ц.п- 0,9, лейкоцитов $6,8 \times 10^9$ /л, п 6, с 40, л-42, э-4, м-1, Б-1, ретикулоциты единичные, тромбоциты 208×10^9 /л. В миелограмме отмечается резкая редукция красного ростка. Билирубин крови в норме.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Составьте план ведения пациентки
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 6

У мальчика 7 лет во время лечения у стоматолога после экстракции большого молочного зуба длительно не останавливалось кровотечение. В анамнезе у ребёнка бывают продолжительные носовые кровотечения. Анамнез: Ребёнок усыновлённый, из семьи вынужденных переселенцев, последние несколько лет за медицинской помощью не обращались. Ранний анамнез не известен. Известно, что брат ребёнка погиб от тупой травмы живота. Сведений о вакцинации ребёнка нет.

При осмотре: Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, два крупных синяка на нижних конечностях. Правый коленный сустав шарообразной формы, безболезненный, плотный на ощупь. Сгибание в суставе ограничено на 20° , имеется нерезко выраженная деформация правого локтевого сустава и ограничение сгибания в нём. Живот безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные.

Обследован: в общем анализе крови Эр- $3,4 \times 10^{12}$, Нв-106 г/л, Тр- $259,2 \times 10^6$, L- $5,2 \times 10^6$, Э-1, П-1, С-41, Л-53, М-4%, СОЭ-12 мм/ч. На УЗИ брюшной полости внутренние органы не изменены.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите возможные и имеющиеся осложнения.
3. Перечислите методы исследования гемостаза. Назначьте план обследования.
4. Назначьте лечение. Какие возможны осложнения лечения?
5. Какие возможны неотложные состояния? Возможности экстренной помощи

Задача 7

Мальчик 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, в III триместре периодически отмечались подъемы артериального давления до 145 и 90 мм рт. ст. В женской консультации беременная наблюдалась нерегулярно, имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. В анамнезе 3 года назад I беременность, закончилась медицинским абортом при сроке 9 недель, осложнений не было

Роды I, срочные, самостоятельные, 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й 25 минут, безводный промежуток 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Ангар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатром выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

Обследование: Билирубин пуповинной крови - 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л, Hb периферической крови 149 г/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
1. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
2. Составьте план дополнительного обследования новорожденного.
3. Назначьте и обоснуйте лечение. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
4. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
5. Оцените физическое развитие ребенка и дайте рекомендации по вскармливанию.

Задача 8

Мальчик 7 лет, поступил в стационар для обследования в связи с повторяющимися бронхитами.

Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста отмечаются бронхиты по 3-4 раза в год, которые протекают без повышения температуры на фоне непродуктивного кашля. Чаще всего приступы сухого кашля отмечаются ночью в осеннее время и ранней весной (март), а также на уроках физкультуры. Аускультативно участковый врач регистрирует свистящие хрипы в легких и затрудненный выдох. Последний эпизод бронхита был 2 месяца назад. В доме проживает кошка, много ковров, мягкой мебели, книг и цветов. Уборка квартиры осуществляется не чаще 1 раза в неделю. Семейный анамнез: у матери ребенка хроническая крапивница, у отца – бронхиальная астма с раннего детства; у бабушки по материнской линии – атопический дерматит. При осмотре: Кожа чистая, грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения патологии нет. Данные обследования: 1. Анализ крови: Hb 120,0 г/л, эр. 4,6x10¹² /л, лейкоц. 5,6x10⁹ /л, п/я 1%, с/я 53%, лимф. 28%, эоз. 10%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч. 2. Общий анализ мочи: отн. плотн. 1018, лейкоц. – 1-2 вп/зр., эр. – нет. 3. Пикфлоуметрия: ПСВ – 200 л/мин (N=270-300). 4. ФВД: снижение скоростных показателей на 25% (признаки латентного бронхоспазма). 5. Аллергологическое обследование: IgE 485 МЕ (N до 50). Обнаружены в высоком титре (4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, плесневым грибам, шерсти кошки. 6. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

1. Предварительный диагноз
2. Лабораторные исследования
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение, прогноз

Задача 9

Больная Г 10 лет, вес 26 кг. Жалобы на схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул, плохой аппетит. Периодически отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр, кашель, головные боли, головокружение.

Объективно: девочка пониженного питания. Кожа бледная, сухая, слизистые оболочки бледно-розовые, ногти деформированы. Язык бледный, сосочки атрофированы, со стороны

органов грудной клетки без особенностей. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. В ОАК: эритроцитов – $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 80 г/л, ЦП – 0,8, анизо, пойкилоцитоз ++ за счет микроцитов. Сывороточное железо 6,5 мкмоль/л, лейкоцитов - $16,0 \times 10^9/л$, п-1, с-39, л-40, м - 3, э-15, СОЭ – 20мм/час. В кале обнаружены яйца аскарид. На ЭФГДС – явления поверхностного гастрита. Р-графия грудной клетки без особенностей.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С чем связано развитие анемии у данного пациента?
3. Тактика ведения данного пациента.
4. Показаны ли препараты железа данному пациенту?
5. Чем проводится лечение аскаридоза?

Задача 10

Больная П., 6,5 лет заболела остро 2 недели назад: повысилась температура до 38 С, появилась геморрагическая сыпь на туловище, конечностях, носовые кровотечения. Появилась слабость, вялость. Состояние при поступлении тяжелое: девочка вялая, бледная, температура $39,5^0 С$, выраженный геморрагический синдром, некроз на миндалинах. Органы РГС не увеличены. Тахикардия, систолический шум на верхушке, граница расширена влево. В общем анализе крови: Эр- $1,03 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 24 г/л, ретикулоциты 2%, тромбоцитов $40,0 \times 10^9/л$, лейкоцитов $2,0 \times 10^9/л$, с/я- 12%, лимфоциты – 88%, СОЭ - 80 мм/час. Костный мозг бедноклеточный, с выраженной плазматической реакцией, мегакарициты отсутствуют.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании?
3. Назовите показания для назначения ребёнку развёрнутого анализа крови.
4. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза.
5. Какие обследования необходимы далее.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача № 1.

Мальчик 10 лет обратился в стационар с жалобами на утомляемость, слабость, изменение цвета мочи в виде цвета "мясных помоев".

Заболевание началось спустя 10 дней после перенесенной ОРВИ, которая протекала с повышенной температурой, насморком и гиперемией в зеве. Лечился амбулаторно домашними средствами и парацетамолом.

Объективно: кожа бледная, суховата. На лице и на ногах отеки умеренно выраженные. Со стороны органов дыхания и пищеварения без особенностей. Тоны сердца приглушены, систолический шум. Печень+1см из-под реберного края. За сутки мочился 3 раза.

1. Какие заболевания можно заподозрить?
2. Как доказать этиологию заболевания?
3. В каком лабораторном обследовании нуждается больной?
4. Почему поражение почек развилось спустя 10 дней?
5. Прогноз данного заболевания?

6. Назначьте лечение

Задача № 2.

Ребенок 7 лет направлен на госпитализацию с диагнозом "острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, без нарушения функции почек. При осмотре отмечается бледность кожи, отечность лица, уменьшение количества мочи. Со стороны сердца некоторое расширение границ сердца влево, систолический шум. АД 120/80 мм рт.ст.

1. Сделайте назначения по cito.
2. Проведите диф. диагноз в зависимости от полученных результатов.
3. Назначьте лечение.
4. Поясните цель назначаемых препаратов.
5. Почему увеличена левая граница сердца?

Задача № 3.

В стационар доставлен мальчик 5 лет. Со слов матери, ребенок во время прогулки переохладился, после чего появилась слабость, недомогание, отечность лица. Объективно: кожа бледная, значительные отеки на лице и на ногах, на коже туловища имеются зудящие красные пятна до 10 см в диаметре. В легких двусторонние влажные хрипы. Границы сердца расширены влево. Систолический шум. АД 110/80 мм рт.ст. Свободная жидкость в брюшной полости, беспокоят боли в животе, печень + 4 см из-под реберного края. В анализе крови белок 37 г/л. В моче - белок – 9,7 г/л, цилиндры зернистые и гиалиновые.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте неотложную терапию.
3. Какие показания для введения препаратов в пункте 2.
4. Перечислите возможные осложнения заболевания.
5. Какой препарат используется для патогенетического лечения и в какой дозе?

Задача № 4.

Мальчик 10 лет направлен участковым врачом. Две недели назад переболел ангиной. Последние 3-4 дня состояние вновь ухудшилось. Жалуется на сильную головную боль, слабость. Появились отеки на лице, голенях. Стал меньше мочиться, в день поступления не мочился. При осмотре состояние тяжелое, бледен, распространенные отеки. Беспокоит головная боль, тошнота, мушки перед глазами. АД 150/100. **Анализ мочи:** белок 1,2 г/л, сплошь эритроциты. **Биохимический анализ крови:** мочевины 9 ммоль/л, креатинин 108 мкмоль/л, калий 5,8 ммоль/л.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие осложнения нефрита имеют место.
3. Патогенез развития осложнений.
4. Неотложная помощь.
5. Дополнительные методы обследования.

Задача № 5.

Мама с девочкой 10 лет обратилась к врачу с жалобами на появление мочи темного цвета. Из анамнеза выяснено, что девочка 10 дней назад перенесла ангину с повышением температуры до 39° и наложениями на миндалины. Лечилась амбулаторно жаропонижающими средствами, поливитаминами и амоксициллином 3 дня. Объективно: отеков нет, при физикальном обследовании легких и сердца - без особенностей. В анализе мочи белок 350 мг/л. Эпителий единичный в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, лейкоциты - единичные в поле зрения, цилиндры зернистые - 4 в поле зрения.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Назначьте лечение.
4. Каков этиологический фактор заболевания. Как его выявить?
5. Как оценить скорость клубочковой фильтрации?

Задача №6

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

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

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

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

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

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

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

Задание к задаче по педиатрии

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Какие могут применяться инструментальные методы обследования и с какой целью?
4. Каковы основные принципы лечения?
5. Возможны ли синуситы при данной патологии и каковы их клинические проявления?

Задача №7

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

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

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

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

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

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

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

Общий анализ мочи: количество — 100,0 мл, относительная плотность — 1,016, слизи — нет, лейкоциты — 3-4 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае?
3. Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде.

Задача №8

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии — бронхиальная астма, у матери — экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до $38,2^{\circ}C$ отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела $37,7^{\circ}C$, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД — 32 в 1 минуту. Слизистая оболочка зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута,

над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС — 88 ударов в мин.

Дополнительные данные исследования к задаче по педиатрии

Общий анализ крови: НЬ — 120 г/л, Эр — $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк — $4,8 \times 10^9$ /л, п/я — 3%, с — 51%, э — 8%, л — 28%, м — 10%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: количество — 120,0 мл, прозрачность — полная, относительная плотность — 1,018, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

Задание к задаче по педиатрии

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Объясните, почему сальбутамол снял приступ только через 4 часа?
4. Назначьте лечение в данном периоде заболевания?
5. Опишите этапное лечение заболевания.

ПК-8 СПОСОБНОСТЬ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ (ПК-8);

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Какова тактика ведения пациента с внебольничной пневмонией.
2. Показания к парэнтеральному назначению препаратов железа
3. Правила назначения антибиотиков у детей
4. Выбор метода ведения пациента с ИТП с носовым кровотечением. Показания к назначению ВВИГ
5. Тактика ведения пациента с гемолитической болезнью новорожденных
6. Тактика ведения пациентов с наследственной микросфероцитарной анемией в амбулаторных условиях в период ремиссии
7. Тактика ведения пациентов с врожденными гемолитическими анемиями при гемолитическом кризе в условиях стационара.
8. Какова тактика ведения пациента 2-х месяцев с проявлениями пищевой аллергии
9. Какова тактика ведения и диагностический поиск ребенка с задержкой физического развития на амбулаторном и стационарном уровне.
10. Онкологическая настороженность врача, тактика ведения ребенка с подозрением на лейкоз
11. Алгоритм действия врача-педиатра при выявлении нейтропении в анализах крови у ребенка 1 года.
12. Алгоритм обследования ребенка с лимфоаденопатией.
13. Тактика ведения у ребенка с гемофилией, гемартрозом.
14. Скрининговые методы диагностики у новорожденного
15. Носовое кровотечение при гемофилии, тактика ведения, неотложные мероприятия.
16. Тактика при почечном кровотечении у больного с ИТП
17. Тактика при абдоминальном синдроме у больного с геморрагическим выскулите
18. Неотложные мероприятия при приступе бронхиальной астмы
19. Клинические проявления при коагулопатии у ребенка на 1-м году жизни
20. Стенозирующий ларинготрахеит, диагностика, методы лечения
21. Сепсис у новорожденных, причина, клинические проявления
22. Показания к гемотрансфузии у детей с анемиями в различные возрастные периоды

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

Задача №1. Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии. опросы:

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какие профилактические мероприятия возможны при данном заболевании ?

Задача №2. Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно- желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см, селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты-120%.

Вопрос:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Какие профилактические мероприятия возможны при данном заболевании?

Задача №3. У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34-й неделе гестации с массой тела 2270 г, ростом 44 см, ухудшилось состояние. Появились вялость, отказ от еды, однократно была рвота «кофейной гущей».

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное: чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор

«плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1 x 1 см, не напряжен.

Обследование: *Общий анализ крови*: НЬ — 150 г/л, Лейк — $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты — 6%, метамиелоциты — 6%, п/я — 17%, с — 50%, л — 17%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/час.

Посев на микрофлору: из зева — густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса — золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок — 0,66‰, лейкоц. — сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Рентгенограмма органов грудной полости: в легких на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие профилактические мероприятия возможно было осуществить у данного

пациента для предупреждения развития данного состояния?

3.

Задача №4. Ребенок Х., 2,5 год, вес 11200г., рост 81 см, из двойни. Вес при рождении 2500 грамм, рост-49 см. С рождения на смешанном вскармливании, в настоящее время получает до 1 литра коровьего молока в день. Прикормы практически не введены (только каши). Аппетит снижен, ребенок ест мел, песок. Объективно: Ребенок пониженного питания, бледный. Моторное развитие соответствует возрасту, задержка речевого развития. Кожа сухая, волосы редкие. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 120 в минуту, систолический шум, стул неустойчивый, печень и селезенка на 2 см ниже реберной дуги. В общем анализе крови: эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв-62 г/л, ц.п.0,7, лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$, э-1, п-1, с-45, л-49, м-9, СОЭ- 12 мм/час, анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз. В биохимическом анализе крови - сывороточное железо 4,5 мкмоль/л.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие профилактические мероприятия возможно было осуществить у данного пациента?
3. Можно ли прививать ребенка?

Задача № 5

Мальчик 8 лет поступил в детское отделение с жалобами на затрудненное дыхание, возникшее после прогулки в весеннем цветущем саду. Анамнез: Атопический дерматит на первом году жизни. Бабушка ребенка по материнской линии страдает экземой. Объективно: Состояние средней тяжести. Наблюдается ринорея, слезотечение. Кожа бледная, губы цианотичны, выдох затруднен, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – жесткое дыхание с удлиненным выдохом, масса сухих свистящих хрипов, а также среднепузырчатых влажных хрипов. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца учащены, ЧСС 95 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Обследован: Общий анализ крови: НЬ-130 г/л, Эр- $4,1 \times 10^{12}/л$, Л- $4,5 \times 10^9/л$, э-12%, п/я-3%, с-63%, л-17%, м-5%, СОЭ-12 мм/час.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие профилактические мероприятия возможно было осуществить у данного пациента?

Задача № 6

Ребенок А, 1,5 года. От 1 беременности, протекавшей на фоне ЖДА II степени. Вес при рождении 3100 грамм, рост 49 см. Грудное вскармливание до 3-х месяцев, далее ребенок кормился кефиром, с 6-ти месячного возраста переведен на кормление цельным козьим молоком. Из прикормов получает только картофельное пюре, при попытке ввести мясной фарш-рвота. В последнее время заторможен, аппетит снижен, ест мел, плохо набирает в весе. Ребенок не обследован. Масса тела 9 кг. При осмотре: кожа бледная с восковым оттенком, видимые слизистые бледные, язык лакированный. Волосы тусклые, ломкие. Сердечные тоны приглушены, тахикардия, короткий систолический шум на верхушке. Печень на 2 см ниже реберной дуги. В ОАК: эритроцитов - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 66 г/л, ц.п. – 0,71, СОЭ – 12мм/час. В биохимическом анализе крови: сывороточное железо 6,0 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Какие профилактические мероприятия возможно было осуществить у данного пациента? Чем?

Задача 7

Девочка 6 лет госпитализирована в связи с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C в течение 14 дней. Кашля и насморка нет. Мама отмечает, что ребёнок последние 2-3 недели быстро устаёт, плохо ест, похудела.

Объективно: Температура тела 37,6°C. Бледная, на правом бедре имеются единичные петехии. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы безболезненные, не плотные, до 3-4 см. Слизистые рта чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 112 в

1 минуту. Живот безболезненный. Печень плотная, безболезненная, + 5 см. ниже реберного края. Селезёнка + 2 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

В анализе крови, выполненном по Сито: Эр-2,5x10¹², Нб-46 г/л, Тр-единичные x10⁶, L-3,4x10⁹, СОЭ-62 мм/ч. Общий анализ мочи – в норме. На рентгенограмме грудной клетки – без патологических изменений.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности)

1. Ветряная оспа: эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.
2. Дифтерия ротоглотки, токсическая форма: клиника, инфекционно-токсический шок, диагностика, лечение и неотложная помощь.
3. Паротитная инфекция: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение и профилактика.
4. Дизентерия: эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.
5. Сальмонеллез: эпидемиология, клинические формы, лечение и профилактика.
6. Скарлатина: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение.
7. Дифтерия ротоглотки: классификация, клиника, осложнения, дифференциальный диагноз, лечение и профилактика.
8. Инфекционный мононуклеоз: эпидемиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
9. ВИЧ-инфекция: эпидемиология, клиника, диагностика, принципы лечение и профилактики.
10. Корь: эпидемиология, клиника, осложнения, лечение и профилактика.
11. Коклюш у детей старшего возраста: эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.
12. Эшерихиозы: эпидемиология, классификация, клиника, лечение, профилактика.
13. Коклюш у детей старшего возраста: эпидемиология, клиника, лечение и профилактика.
14. Коклюш у детей первых месяцев жизни: особенности клиники, осложнения, лечение и профилактика.
15. Вакцинация, национальный календарь прививок.
16. Гельминтозы у детей: основные возбудители, патогенез, клиника, лечение и профилактика.
17. Инфекционный мононуклеоз: эпидемиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
18. Респираторно-синцитиальная инфекция. Этиология, патогенез, клиника,

профилактика, лечение.

19. Паротитная инфекция: эпидемиология, клиника, профилактика. Серозный менингит.
20. Вакцинация у детей. Национальный календарь прививок.
21. Краснуха: эпидемиология, клиника, лечение, профилактика
22. Корь: эпидемиология, клиника, неотложные состояния, лечение и профилактика.
23. Национальный прививочный календарь.

ПК-9 ГОТОВНОСТЬЮ К ВЕДЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА
--

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Каковы особенности сбора анамнеза, осмотра новорожденных детей, детей раннего возраста.
2. Какие методы диагностики используются в педиатрии, особенности проведения диагностических процедур.
3. Особенности амбулаторного наблюдения детей на 1-м году жизни?
4. Понятие анемии, критерии анемии у детей разных возрастов.
5. Каковы основные клинические симптомы и синдромы при гемолитических анемиях?
6. Мероприятия направленные на устранение гипогалактии у кормящей женщины?
7. Алгоритм ведения детей на амбулаторном этапе при пищевой аллергии?
8. Клинические проявления внебольничной пневмонии у детей различных возрастов.
9. Основные клинические проявления синдрома крупа у детей.
10. Сидеропенический и анемический синдром при железодефицитной анемии.
11. Диагностическая тактика при подозрении на острый лейкоз у ребенка.
12. Онкологическая настороженность врача педиатра, симптомы злокачественного заболевания.
13. Особенности сбора аллергологического анамнеза при подозрении на бронхиальную астму у детей.
14. Симптоматика гемолитической болезни новорожденных, тактика ведения пациента.
15. Специфическая и неспецифическая профилактика рахита.
16. Диспасерное наблюдение детей с анемиями.
17. Типы кровоточивости, клинические проявления.
18. Экзантемные инфекции, характеристика сыпи при ветряной оспе.
19. Признаки эксикоза у детей. Особенности нарушения водно-электролитных нарушений у новорожденных детей.
20. Признаки бронхообструктивного синдрома у детей, основные причины.
21. НКП в России, профилактика пневмококковой и гемофильной инфекции.
22. Профилактика кори и краснухи

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача №1. Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка

отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположить?
2. Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза ?
- 3.

Задача №2. Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см, селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты-120‰.

Вопрос:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Какой алгоритм обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача №3. У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34-й неделе гестации с массой тела 2270 г, ростом 44 см, ухудшилось состояние. Появились вялость, отказ от еды, однократно была рвота «кофейной гущей».

При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное: чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 ударов в мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор «плавающий», крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голеней и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1 x 1 см, не напряжен.

Обследование: **Общий анализ крови:** НЬ — 150 г/л, Лейк — $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты — 6%, метамиелоциты — 6%, п/я — 17%, с — 50%, л — 17%, м — 4%, СОЭ — 30 мм/час.

Посев на микрофлору: из зева — густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса — золотистый стафилококк.

Общий анализ мочи: реакция кислая, белок — 0,66‰, лейкоц. — сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з.

Рентгенограмма органов грудной полости: в легких на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному.

Задача №4. Ребенок Х., 2,5 год, вес 11200г., рост 81 см, из двойни. Вес при рождении 2500 грамм, рост-49 см. С рождения на смешанном вскармливании, в настоящее время получает до 1 литра коровьего молока в день. Прикормы практически не введены (только каши). Аппетит снижен, ребенок ест мел, песок.

Объективно: Ребенок пониженного питания, бледный. Моторное развитие соответствует возрасту, задержка речевого развития. Кожа сухая, волосы редкие. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 120 в минуту, систолический шум, стул неустойчивый, печень и селезенка на 2 см ниже реберной дуги. В общем анализе крови: эр- $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв-62 г/л, ц.п.0,7, лейкоциты $6,5 \times 10^9/л$, э-1, п-1, с-45, л-49, м-9, СОЭ- 12 мм/час, анизоцитоз++, пойкилоцитоз++, микроцитоз. В биохимическом анализе крови - сывороточное железо 4,5 мкмоль/л.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Можно ли прививать ребенка?

Задача № 5

Мальчик 8 лет поступил в детское отделение с жалобами на затрудненное дыхание, возникшее после прогулки в весеннем цветущем саду. Анамнез: Атопический дерматит на первом году жизни. Бабушка ребенка по материнской линии страдает экземой.

Объективно: Состояние средней тяжести. Наблюдается ринорея, слёзотечение. Кожа бледная, губы цианотичны, выдох затруднен, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – жесткое дыхание с удлиненным выдохом, масса сухих свистящих хрипов, а также среднепузырчатых влажных хрипов. ЧД – 30 в минуту. Тоны сердца учащены, ЧСС 95 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

Обследован: Общий анализ крови: НЬ-130 г/л, Эр- $4,1 \times 10^{12}/л$, L- $4,5 \times 10^9/л$, э-12%, п/я-3%, с-63%, л-17%, м-5%, СОЭ-12 мм/час.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте Ваше предположение.
3. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании?

Задача № 6

Ребенок А, 1,5 года. От 1 беременности, протекавшей на фоне ЖДА II степени. Вес при рождении 3100 грамм, рост 49 см. Грудное вскармливание до 3-х месяцев, далее ребенок кормился кефиром, с 6-ти месячного возраста переведен на кормление цельным козьим молоком. Из прикормов получает только картофельное пюре, при попытке ввести мясной фарш-рвота. В последнее время заторможен, аппетит снижен, ест мел, плохо набирает в весе. Ребенок не обследован. Масса тела 9 кг. При осмотре; кожа бледная с восковым оттенком, видимые слизистые бледные, язык лакированный. Волосы тусклые, ломкие. Сердечные тоны приглушены, тахикардия, короткий систолический шум на верхушке. Печень на 2 см ниже реберной дуги. В ОАК: эритроцитов - $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 66 г/л, ц.п. – 0,71, СОЭ – 12мм/час. В биохимическом анализе крови: сывороточное железо 6,0 мкмоль/л. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 7

Девочка 6 лет госпитализирована в связи с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}C$ в течение 14 дней. Кашля и насморка нет. Мама отмечает, что ребёнок последние 2-3 недели быстро устаёт, плохо ест, похудела.

Объективно: Температура тела $37,6^{\circ}C$. Бледная, на правом бедре имеются единичные петехии. Пальпируются подчелюстные, шейные, подмышечные лимфатические узлы

безболезненные, не плотные, до 3-4 см. Слизистые рта чистые. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 112 в 1 минуту. Живот безболезненный. Печень плотная, безболезненная, + 5 см. ниже реберного края. Селезенка + 2 см из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

В анализе крови, выполненном по Сито: Эр- $2,5 \times 10^{12}$, Нв-46 г/л, Тр-единичные $\times 10^6$, L- $3,4 \times 10^9$, СОЭ-62 мм/ч. Общий анализ мочи – в норме. На рентгенограмме грудной клетки – без патологических изменений.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные синдромы.

Задача 8

Ребенку 1-е сутки, от второй беременности, родился на 38 неделе с массой 2700 грамм, рост 50см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Мать здорова, имеет 0 (I) группу крови Rh (-), у ребенка А (II), Rh (+).

Через 8 часов после рождения появилось желтушное окрашивание кожных покровов, иктеричность склер. В общем анализе крови: эритроцитов $2,9 \times 10^{12}$ /л, Нв – 94 г/л, ц.п. – 0,97, ретикулоциты 20‰, единичные нормобласты. Билирубин крови – 195 ммоль/л, непрямая фракция 160 ммоль/л. Увеличилась печень на 4 см, селезенка до 3см ниже реберной дуги.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие формы данного заболевания существуют?

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Поликлиническая карта
Патронажный лист новорожденного

ПК-10 ГОТОВНОСТЬЮ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВНЕЗАПНЫХ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, СОСТОЯНИЯХ, ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕ СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ УГРОЗОЙ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА И НЕ ТРЕБУЮЩИХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

1. Значение оценки физического развития для диагностики заболевания детского возраста. Причины отставания в физическом развитии. Профилактика гипотрофий.
2. Развитие центральной нервной системы и двигательных умений у ребенка.
3. Оценка неврологического статуса новорожденного, ее значение в диагностике заболеваний.
4. Причины, отставания в психомоторном развитии. Значение оценки нервно-психического и моторного развития детей раннего возраста для диагностики заболеваний.
5. Значение оценки новорожденного по шкале Апгар. Причины асфиксии новорожденных, клиника принципы терапии. Профилактика родовых травм.
6. Значение генетических и наследственных факторов в патологии детского возраста. Пренатальная диагностика как профилактика врожденных заболеваний.

7. Внутритрубная гипотрофия, причины, диагностика, принципы лечения, профилактика.
8. Характеристика недоношенного ребенка, организация этапов выхаживания, вскармливания.
9. Характеристика раннего неонатального периода, оценка состояния новорожденного, шкала Апгар, профилактика заболеваний.
10. Клиника «пограничных» состояний у новорожденного ребенка в раннем неонатальном периоде. Дифференциальная диагностика с заболеваниями.
11. Характеристика периода грудного возраста, патология грудного возраста.
12. Характеристика периода молочных зубов. Профилактика заболеваний.
13. Характеристика молочных продуктов, используемых в питании детей 1-ого года жизни.
14. Грудное вскармливание, его преимущества. Грудное вскармливание как профилактика «взрослых» заболеваний.
15. Причины гипогалактии у женщин, диагностика, профилактика, лечение.
16. Смешанное вскармливание. Характеристика молочных продуктов, используемых для докорма, правила его введения.
17. Сроки назначения прикормов и введения витаминов при различных видах вскармливания. Их значение для развития ребенка
18. Сухие молочные смеси в питании детей 1-го года жизни, их характеристика.
19. Консервированные продукты в питании детей 1-го года жизни.
20. Витамин Д и его значение для развития здорового ребенка.
21. Рахит: лечение, профилактика.
22. Менингококковая инфекция: классификация, краткая характеристика основных клинических форм, профилактика и противоэпидемические мероприятия.
23. Внутритрубные инфекции: этиология, основные клинические проявления, принципы диагностики и профилактики.
24. Врожденная краснуха: клиника, профилактика. Диагностика и профилактика внутритрубных инфекций.
25. Врожденный сифилис: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
26. Врожденная ЦМВ инфекция: клиника. Диагностика и профилактика внутритрубных инфекций.
27. Внутритрубные инфекции: этиология, патогенез, клиника, диагностика, возможности лечения и профилактики.
28. Внутритрубные инфекции: этиология, патогенез, клиника, диагностика, возможности лечения и профилактики.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1

Больной П., 2 лет поступил с жалобами на отек и распирающую боль в правом коленном суставе через 6 часов после травмы. В анамнезе, с 11 месяцев у ребенка отмечались гематомы на теле больших размеров после травм, повторные гемартрозы. Аналогичные явления были у деда по материнской линии. Полгода назад у ребенка в анализах крови обнаружено снижение уровня VIII фактора свертывания крови до 5%. Был поставлен диагноз гемофилия А.

Задание:

1. Какие наиболее характерные изменения в коагулограмме у этого больного?
2. Чем определяется степень тяжести гемофилии?
3. Какое лечение должен получать пациент?
4. Какой риск рождения детей в этой семье с подобным заболеванием?

5. Какие рекомендации можно дать пациенту в отношении вакцинации?

Задача 2

Больной В., 9 лет. Наблюдается в детской поликлинике с диагнозом анемия, курсами принимает препараты железа. В течение нескольких лет, чаще после ОРВИ, до 5-6 раз в год, наблюдаются периодические приступы болей в животе, появляется желтушность кожи. Не обследовался. У матери-желчекаменная болезнь. Неделю назад после перенесенного острой респираторной вирусной инфекции состояние ребенка ухудшилось, появилась головная боль, слабость, головокружение, усилилась бледность, иктеричность кожи и склер. При осмотре: мальчик вялый, кожа бледно-желтушная, склеры иктеричные, печень + 2 см, селезенка + 6 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: гемоглобин 52 г/л, лейкоцитоз со сдвигом влево, 60% микросфероцитов, ретикулоциты- 120%о.

Задание:

1. Какой диагноз можно предположить у данного больного?
2. Какой патогенез данного заболевания?
3. Какой основной признак, подтверждающий диагноз?
4. Какая тактика в отношении данного пациента?
5. Какой прогноз при данном заболевании?

Задача 3

Мальчик 4 лет 8 месяцев, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Заболел накануне, остро, при появлении недомогания температура тела поднялась до 39,4°C. Состояние ребёнка резко ухудшалось - появился сухой кашель, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку при кашле. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала неотложную помощь. Объективно: при осмотре врач неотложной помощи обратил внимание на вялость мальчика, бледность кожных покровов с выраженным румянцем щек (особенно справа), бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. Отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого легкого перкуторный звук имел коробочный оттенок. При аускультации справа определялось ослабленное дыхание, хрипы не выслушивались. Соотношение пульса к частоте дыхания составило 2:1.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какова наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Обоснуйте диагностический алгоритм.
4. Какие факторы следует учитывать при назначении этиотропного лечения?
5. Назовите группы антибиотиков, которые используются в терапии данного заболевания. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача 4

Больная Н., 16 лет, принимала амбулаторно сумамед по поводу обострения хронического тонзиллита. На 3-й день приема сумамеда резко повысилась температура тела до 39,5°C. На кожных покровах спины, груди, верхних и нижних конечностей появились обильные высыпания, которые на 2-е сутки трансформировались из эритематозных в папулезные и везикуло-буллезные элементы. При осмотре: на коже — пузыри, сгруппированные, багрово-синюшные, на инфильтрированном основании, мелкие везикулы в межпальцевых промежутках, некоторые с геморрагическим содержимым. На слизистой полости рта,

гениталий, в перианальной области появились везикулярные высыпания, которые быстро трансформировались в эрозии. Присоединилась боль в горле, суставах, стала беспокоить боль в правом подреберье. Симптом Никольского — отрицательный. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенная СОЭ, лимфопения. В общем анализе мочи: белок - 0,66 г/л. лейкоциты - 20-25 в п/зр. эритроциты - 10-15 в п/зр. В иммунограмме: ЦИК - 20 г/л.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Составьте план ведения пациентки
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 5

Пациентка В., 2 года, родилась от второй доношенной беременности, вес при рождении 3500 грамм, рост – 52 см. Впервые анемия выявлена в 1 год 3 месяца месячном возрасте, лечения препаратами железа почти без эффекта. Максимальный уровень гемоглобина не выше 80-88 г/л. Ухудшение месяц назад, после перенесенной ОРВИ, появилась слабость, бледность кожи усилилась. При осмотре: состояние тяжелое. Вялая, пониженного питания, бледность с восковым оттенком, слизистые бледные, геморрагий нет. Сердце: систолический шум на верхушке, тахикардия, селезенка у края реберной дуги, печень + 1,5 см из-под реберной дуги. В общем анализе крови: Эр- $1,2 \times 10^{12}$ /л, Нв-18 г/л, ц.п- 0,9, лейкоцитов $6,8 \times 10^9$ /л, п 6, с 40, л-42, э-4, м-1, Б-1, ретикулоциты единичные, тромбоциты 208×10^9 /л. В миелограмме отмечается резкая редукция красного ростка. Билирубин крови в норме.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести?
4. Составьте план ведения пациентки
5. Какое лечение следует назначить?

Задача 6

У мальчика 7 лет во время лечения у стоматолога после экстракции больного молочного зуба длительно не останавливалось кровотечение. В анамнезе у ребёнка бывают продолжительные носовые кровотечения. Анамнез: Ребёнок усыновлённый, из семьи вынужденных переселенцев, последние несколько лет за медицинской помощью не обращались. Ранний анамнез не известен. Известно, что брат ребёнка погиб от тупой травмы живота. Сведений о вакцинации ребёнка нет.

При осмотре: Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$. Кожа бледная, два крупных синяка на нижних конечностях. Правый коленный сустав шарообразной формы, безболезненный, плотный на ощупь. Сгибание в суставе ограничено на 20° , имеется нерезко выраженная деформация правого локтевого сустава и ограничение сгибания в нём. Живот безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускания 5-7 раз в день свободные.

Обследован: в общем анализе крови Эр- $3,4 \times 10^{12}$, Нв-106 г/л, Тр- $259,2 \times 10^6$, L- $5,2 \times 10^6$, Э-1, П-1, С-41, Л-53, М-4%, СОЭ-12 мм/ч. На УЗИ брюшной полости внутренние органы не изменены.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите возможные и имеющиеся осложнения.
3. Перечислите методы исследования гемостаза. Назначьте план обследования.

4. Назначьте лечение. Какие возможны осложнения лечения?
5. Какие возможны неотложные состояния? Возможности экстренной помощи

Задача 7

Мальчик 1 суток жизни, находится в родильном доме.

Ребенок от II беременности, протекавшей с токсикозом в I триместре, в III триместре периодически отмечались подъемы артериального давления до 145 и 90 мм рт. ст. В женской консультации беременная наблюдалась нерегулярно, имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. В анамнезе 3 года назад I беременность, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было

Роды I, срочные, самостоятельные, 1-й период 6 часов 30 минут, 2-й 25 минут, безводный промежуток 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Ангар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное окрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатром выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см.

Обследование: Билирубин пуповинной крови - 105 мкмоль/л.

В биохимическом анализе крови новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л, Hb периферической крови 149 г/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Составьте план дополнительного обследования новорожденного.
4. Назначьте и обоснуйте лечение. Какие осложнения могут возникнуть при данном заболевании?
5. Можно ли было предупредить возникновение данного заболевания?
6. Оцените физическое развитие ребенка и дайте рекомендации по вскармливанию.

Задача 8

Мальчик 7 лет, поступил в стационар для обследования в связи с повторяющимися бронхитами.

Анамнез заболевания: с 3-х летнего возраста отмечаются бронхиты по 3-4 раза в год, которые протекают без повышения температуры на фоне непродуктивного кашля. Чаще всего приступы сухого кашля отмечаются ночью в осеннее время и ранней весной (март), а также на уроках физкультуры. Аускультативно участковый врач регистрирует свистящие хрипы в легких и затрудненный выдох. Последний эпизод бронхита был 2 месяца назад. В доме проживает кошка, много ковров, мягкой мебели, книг и цветов. Уборка квартиры осуществляется не чаще 1 раза в неделю. Семейный анамнез: у матери ребенка хроническая крапивница, у отца – бронхиальная астма с раннего детства; у бабушки по материнской линии – атопический дерматит. При осмотре: Кожа чистая, грудная клетка цилиндрической формы, перкуторный звук легочный, аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов пищеварения патологии нет. Данные обследования: 1. Анализ крови: Hb 120,0 г/л, эр. 4,6x10¹² /л, лейкоц. 5,6x10⁹ /л, п/я 1%, с/я 53%, лимф. 28%, эоз. 10%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч. 2. Общий анализ мочи: отн. плотн. 1018, лейкоц. – 1-2 в п/зр., эр. – нет. 3. Пикфлоуметрия: ПСВ – 200 л/мин (N=270-300). 4. ФВД: снижение скоростных показателей на 25% (признаки латентного бронхоспазма). 5. Аллергологическое обследование: IgE 485 МЕ (N до 50). Обнаружены в высоком титре (4 уровень) специфические IgE-антитела к следующим аллергенам: клещам домашней пыли, плесневым грибам, шерсти кошки. 6. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений, корни лёгких не расширены, срединная тень без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лабораторные исследования
4. Дифференциальный диагноз
5. Лечение, прогноз

Задача 9

Больная Г 10 лет, вес 26 кг. Жалобы на схваткообразные боли в животе, неустойчивый стул, плохой аппетит. Периодически отмечает повышение температуры до субфебрильных цифр, кашель, головные боли, головокружение.

Объективно: девочка пониженного питания. Кожа бледная, сухая, слизистые оболочки бледно-розовые, ногти деформированы. Язык бледный, сосочки атрофированы, со стороны органов грудной клетки без особенностей. Живот мягкий при пальпации, чувствительный в эпигастральной области. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. В ОАК: эритроцитов – $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 80 г/л, ЦП – 0,8, анизо, пойкилоцитоз ++ за счет микроцитов. Сывороточное железо 6,5 мкмоль/л, лейкоцитов - $16,0 \times 10^9/л$, п-1, с-39, л-40, м - 3, э-15, СОЭ – 20мм/час. В кале обнаружены яйца аскарид. На ЭФГДС – явления поверхностного гастрита. Р-графия грудной клетки без особенностей.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С чем связано развитие анемии у данного пациента?
3. Тактика ведения данного пациента.
4. Показаны ли препараты железа данному пациенту?
5. Чем проводится лечение аскаридоза?

Задача 10

Больная П., 6,5 лет заболела остро 2 недели назад: повысилась температура до 38 С, появилась геморрагическая сыпь на туловище, конечностях, носовые кровотечения. Появилась слабость, вялость. Состояние при поступлении тяжелое: девочка вялая, бледная, температура $39,5^{\circ}С$, выраженный геморрагический синдром, некроз на миндалинах. Органы РГС не увеличены. Тахикардия, систолический шум на верхушке, граница расширена влево. В общем анализе крови: Эр- $1,03 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 24 г/л, ретикулоциты 2%, тромбоцитов $40,0 \times 10^9/л$, лейкоцитов $2,0 \times 10^9/л$, с/я- 12%, лимфоциты – 88%, СОЭ - 80 мм/час. Костный мозг бедноклеточный, с выраженной плазматической реакцией, мегакарициты отсутствуют.

Задание

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите основные синдромы. Какие ещё синдромы могут наблюдаться при подозреваемом заболевании?
3. Назовите показания для назначения ребёнку развёрнутого анализа крови.
4. Что необходимо сделать для подтверждения диагноза.
5. Какие обследования необходимы далее.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

История болезни

Доклад больного