



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 практике	«Клиническая практика. Помощник врача-педиатра»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующая кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

Рецензент (ы):

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.Н. Фокичева	к.м.н.	ГБУ РО Городская клиническая больница №11	Заведующая педиатрическим стационаром

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
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 практики**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест и контроль правильности формирования компетенций, а также возможность использования муляжей и фантомов. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой.

Аттестация проводится в виде устного собеседования и предполагает:

Ответ на контрольный вопрос для оценки теоретических знаний, полученных за время практики;

выполнение практического задания (для оценки полученных во время практики навыков и умений);

проверку наличия и качества оформления отчетной документации.

По результатам собеседования и проверки необходимой документации студент получает одну интегральную оценку.

Критерии итоговой оценки.

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 практическими заданиями и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал дополнительной литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий. Представлена вся необходимая отчетная документация, оформленная согласно предъявляемым требованиям.

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 выполнении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения. Представлена вся необходимая отчетная документация, есть замечания по оформлению.

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 практического задания. По представленной отчетной документации освоены не все практические навыки (менее 75%), есть замечания по оформлению.

Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может выполнить самые простые практические задания. По представленной отчетной документации освоено менее 50% необходимых практических навыков, есть замечания

по оформлению. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без повторного прохождения производственной практики.

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

ОПК 6

Готовность к ведению медицинской документации

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

Ситуационная задача.

При поступлении ребенка 3 лет в стационар выявлена бледность кожных покровов, цианотичный оттенок холодных конечностей, ЧД – 40 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая- по правой парастеральной линии, верхняя – II ребро, левая – по левой передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 160 в минуту. В области верхушки сердца и в V точке выслушивается систолический шум. При пальпации живота: нижний край печени на 4 см ниже реберного края.

Вопросы:

- 1. В какой части истории болезни записываются данные осмотра?**
- 2. Какие назначения вносятся в план обследования ?**
- 3. Куда заносятся результаты лабораторного и инструментального исследования больного?**

Ситуационная задача. Мать с мальчиком 6 месяцев были направлены в стационар на госпитализацию для уточнения причины дефицита массы тела у ребенка.

Известно, что ребенок родился в срок массой тела 3000 г., ранее не болел, находится на грудном вскармливании, прикорм не получает. Привит в соответствии с национальным календарем. Дефицит массы тела составляет 20%.

Вопросы:

- 1. Какие назначения должен сделать врач в истории болезни?**
- 2. Как в истории болезни оформляются режим кормления, расчет суточного и разового объема пищи, рекомендации по коррекции питания?**
- 3. Заносятся ли результаты сетки питания в историю болезни?**

Ситуационная задача. Ребёнок, 1 год, доставлен в приёмное отделение инфекционной больницы с жалобами на многократную рвоту в течении 2-х суток, вялость, обильный водянистый стул до 10-12 раз в сутки, отсутствие аппетита, температуру тела до 39,0°C

При осмотре вялый, адинамичный, с-м бледного пятна, кожные покровы с мраморным оттенком. ЧД-28-32 в минуту, ЧСС-145-150 в минуту. Когда точно мочился ребёнок, мать сказать не может. Живот при пальпации вздут. Урчит по ходу тонкого и толстого кишечника. Выражены гиперемия и мацерация ягодиц и перианальной области.

Вопросы:

- 1. Заносятся ли в историю болезни данные о контакте ребенка с больным?**

2. Подается ли экстренное извещение в СЭС?

3. Если подается, то на какие сутки болезни?

2) 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):

Ситуационная задача. В стационар поступила девочка 5 лет с жалобами на сниженный аппетит, вялость, частую смену настроения, боли в животе после еды.

При осмотре кожные покровы сухие на ощупь с иктеричным оттенком, гиперкератоз типа «гусяной кожи», заеды в углах рта. Кардиореспираторные показатели стабильные. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот при пальпации мягкий, болезненный при пальпации в области правого подреберья. «+» с-мы Кера, Мюсси, Мерфи, Ортнера. Печень - по краю рёберной дуги, край эластичный. Каловые массы типа «овечьего кала». Копрология: коричневый, с непереваренной пищей, жирные кислоты ++, крахмал++. На УЗИ органов брюшной полости желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки до 3 мм, мелкодисперсная взвесь.

Вопросы:

1. В стационар какого профиля должен поступить ребенок с данными жалобами?

2. Какие назначения в истории болезни должен сделать врач?

3. Какие методы исследования необходимо назначить больному для исключения инфекционной патологии?

Ситуационная задача. В детское неврологическое отделение направлен ребенок 9 месяцев с жалобами на задержку НПП.

Ребенок от 3 беременности (предыдущие беременности – выкидыши на ранних сроках), протекавшей на фоне токсикоза 1 и 2 половины, преждевременной отслойкой плаценты и экстренного кесарева сечения в нижнем сегменте в 30 недель беременности. Ребенок на искусственном вскармливании. Получает адаптированную молочную смесь. Привит по возрасту.

Объективно: состояние ребенка удовлетворительное, ребенок активен, на осмотр реагирует плачем. Речь: лепет, узнает мать, переворачивается на живот и спину, не ползает. Кожные покровы чистые, на щеках единичные элементы сыпи мелкопятнистые на неизменном фоне. Большой родничок 1,0x1,0 см, на уровне костей черепа, не напряжен. Отделяемого из глаз нет. Носовое дыхание свободное, видимые слизистые чистые, розовые. Над легкими легочной звук, дыхание пуэрильное, проводится в все отделы, хрипов нет, ЧДД – 34 в минуту. Тоны сердца громкие, звучные ритмичные, ЧСС – 124 в минуту. Живот округлой формы, доступен глубокой пальпации, печень +0,5 см ниже края реберной дуги, селезенка у края реберной дуги. Физиологические оправления без особенностей.

Вопросы:

1. Как проводится и оформляется оценка группы развития ребенка?

2. Рекомендуемые методы инструментального исследования?

3. Тактические приемы оказания помощи ребенку в условиях стационара?

ПК 6

– способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотра

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

Ситуационная задача. При поступлении ребенка 3 лет в стационар выявлена бледность кожных покровов, цианотичный оттенок холодных конечностей, ЧД – 40 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая- по правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – по левой передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 160 в минуту. В области верхушки сердца и в V точке выслушивается систолический шум. При пальпации живота: нижний край печени на 4 см ниже реберного края.

Вопросы:

- 1. Оцените границы относительной тупости сердца.**
- 2. Оцените показатели ЧСС и ЧД, размеры печени, данные осмотра и аускультации.**
- 3. Чем обусловлены эти симптомы?**

Ситуационная задача. Подросток, 15 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли неясной локализации в области живота, тошноту, рвоту.

Из анамнеза выяснилось, что боли появляются натощак, уменьшаются после приёма пищи. Аппетит не изменён. Отмечается слабость, головокружение, раздражительность, смена настроения. Часто отрыжка кислым, изжога, склонность к запорам. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и эпигастрии. С-м Менделя «+». Отмечается болезненность в точках Мейо-Робсона и Дежардена. По результатам копрологии кал оформленный, растительная клетчатка++, крахмал++, мышечные волокна с поперечной исчерченностью+, лейкоциты единичные.

Вопросы:

- 1. Объясните появление болезненности в точках Мейо-Робсона и Дежардена.**
- 2. Выделите патологические симптомы.**
- 3. Ваш предположительный диагноз.**

Ситуационная задача. Мальчик К. 11 месяцев в приемном покое с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), одышку и перорального цианоза при физической или эмоциональной нагрузке. Из анамнеза: низкая прибавка массы тела отмечается с 2 мес, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастернальной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Общий анализ крови: гематокрит – 49%, гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,91, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обеднение какого круга кровообращения характерно для данных пороков сердца.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента до госпитализации.
4. Какие изменения возможны на рентгенограмме?
5. Необходимо ли назначение сердечных гликозидов у данного больного до осмотра кардиолога?

2) 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):

Ситуационная задача. При поступлении ребенка 3 лет в стационар выявлена бледность кожных покровов, цианотичный оттенок холодных конечностей, ЧД – 40 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая- по правой парастернальной линии, верхняя – II ребро, левая – по левой передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 160 в минуту. В области верхушки сердца и в V точке выслушивается систолический шум. При пальпации живота: нижний край печени на 4 см ниже реберного края.

Вопросы:

1. Сопоставьте выявленные границы относительной тупости сердца с нормативными.
2. Сопоставьте показатели ЧСС и ЧД, размеры печени, данные осмотра и аускультации у больного с нормативными данными.
3. Определите патологические симптомы?

Ситуационная задача. Подросток, 15 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи с жалобами на боли неясной локализации в области живота, тошноту, рвоту.

Из анамнеза выяснилось, что боли появляются натощак, уменьшаются после приёма пищи. Аппетит не изменён. Отмечается слабость, головокружение, раздражительность, смена настроения. Часто отрыжка кислым, изжога, склонность к запорам. Живот при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне и эпигастрии. С-м Менделя «+». Отмечается болезненность в точках Мейо-Робсона и Дежардена. По результатам копрологии кал оформленный, растительная клетчатка⁺⁺, крахмал⁺⁺, мышечные волокна с поперечной исчерченностью⁺, лейкоциты единичные.

Вопросы:

1. Оцените появление болезненности в точках Мейо-Робсона и Дежардена.
2. Определите патологические симптомы и возможность выделения синдрома.
3. Обоснуйте предположительный диагноз.

Ситуационная задача. Мальчик К. 11 месяцев в приемном покое с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), одышку и переорального

цианоза при физической или эмоциональной нагрузки. Из анамнеза: низкая прибавка массы тела отмечается с 2 мес, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол». Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости: левая – по левой средне-ключичной линии, правая – по правой парастеральной линии, верхняя – II межреберье. Тоны сердца звучные. ЧСС – 140 ударов в минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жёсткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД – 40 в 1 минуту. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1,5 см, селезёнка не пальпируется. Общий анализ крови: гематокрит – 49%, гемоглобин – 170 г/л, эритроциты – $5,4 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,91, СОЭ – 2 мм/час.

Вопросы:

- 1. Определите патологические симптомы заболевания.**
- 2. На основании каких симптомов можно поставить предварительный диагноз.**
- 3. Какие симптомы указывают на обеднение какого круга кровообращения?**
- 4. Определите рентгенологические признаки болезни?**

ПК 8

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

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

Ситуационная задача. В педиатрическое отделение поступил ребенок 8 месяцев. Маму беспокоит снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул, потеря массы тела.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии у матери, физиологических срочных родов, родился с МТ- 3200 г, ДТ - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес., получал неадаптированные молочные смеси, с 3 мес. яблочный сок и пюре. Первый прикорм манной кашей с 4 месяцев. Отклонения в состоянии здоровья ребенка стали отмечаться с 2 месяцев в виде частых ОРВИ, в 7 месяцев появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. Получал лечение: антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин, без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела – 7300 г, ДТ – 69 см. , бледность, сухость кожных покровов, трещины в углах рта, гнейс, зуд, участки шелушения кожи щек, туловища, конечностей. При осмотре выявлены признаки ВДДР, периода разгара. Живот большой, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края реберной дуги справа. Стул до 6 раз в сутки, сероватого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание нарушено незначительно. В общем анализе крови: э.- $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb–100 г/л, ц.п -0,9, ретикулоциты -10%, в общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, б/о. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл.

Вопросы:

- 1. Ваш предположительный диагноз?**

- 2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.**
- 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?**
- 4. Какое лечение необходимо назначить?**
- 5. Какие рекомендации будут даны участковому педиатру при выписке ребенка из стационара?**

Ситуационная задача. Девочка 13 лет госпитализирована в педиатрическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии - натошак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят в течение 1 года. Диету ребенок не соблюдает. В моменты выезда на природу ест шашлыки, пьет газированные напитки, любит острые блюда, пряности. По материнской линии есть кровные родственники, страдающие холециститом, хроническим гастритом.

Осмотр: ДТ- 148 см, МТ- 32 кг. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. В ОАК, ОАМ – б/о. Биохимический анализ крови: амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л. ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на Н. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: печень не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены. АД – 118/76 мм рт.ст. Ах0,Р0, Ма0, Ме0.

Вопросы:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.**
- 2. Оцените изменения при УЗИ и их информативность для постановки диагноза?**
- 3. Оцените лабораторные показатели этой пациентки.**
- 4. Опишите принципы лечения данного больного в поликлинических условиях.**
- 5. Принципы реабилитации ребенка в амбулаторных условиях.**

Ситуационная задача. Ребенку 1 месяц жизни. Мать кормит его грудью, жалуется, что с рождения ребенок беспокойный, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления отмечается урчание в животе. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

Родился недоношенным, на 37 неделе, с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. Месячная прибавка МТ составила 100 г. У матери атопический дерматит, хронический энтероколит.

При объективном обследовании ребенка: живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Вопросы:

- 1. Сформулируйте предварительный диагноз.**
- 2. Обоснуйте предварительный диагноз.**
- 3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз?. Опишите ожидаемые результаты.**
- 4. Сформулируйте рекомендации по лечению.**

5. Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

2) **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):

Ситуационная задача. В педиатрическое отделение поступил ребенок 8 месяцев. Маму беспокоит снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул, потеря массы тела.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии у матери, физиологических срочных родов, родился с МТ- 3200 г, ДТ - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес., получал неадаптированные молочные смеси, с 3 мес. яблочный сок и пюре. Первый прикорм манной кашей с 4 месяцев. Отклонения в состоянии здоровья ребенка стали отмечаться с 2 месяцев в виде частых ОРВИ, в 7 месяцев появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. Получал лечение: антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин, без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Масса тела –7300 г, ДТ – 69 см. , бледность, сухость кожных покровов, трещины в углах рта, гнейс, зуд, участки шелушения кожи щек, туловища, конечностей. При осмотре выявлены признаки ВДДР, периода разгара. Живот большой, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края реберной дуги справа. Стул до 6 раз в сутки, сероватого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание нарушено незначительно. В общем анализе крови: э.- $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб–100 г/л, ц.п -0,9, ретикулоциты -10%, в общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, б/о. Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Назначьте необходимые дополнительные исследования.
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Ваши рекомендации для участкового педиатра при выписке ребенка из стационара?

Ситуационная задача. Девочка 13 лет госпитализирована в педиатрическое отделение с жалобами на боли в эпигастрии - натошак, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: Боли в животе беспокоят в течение 1 года. Диету ребенок не соблюдает. В моменты выезда на природу ест шашлыки, пьет газированные напитки, любит острые блюда, пряности. По материнской линии есть кровные родственники, страдающие холециститом, хроническим гастритом.

Осмотр: ДТ- 148 см, МТ- 32 кг. При поверхностной и глубокой пальпации живота небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, синдром Менделя положителен, болезненность в точке Мейо-Робсона. В ОАК, ОАМ – б/о. Биохимический анализ крови: амилаза – 100 Ед/л, тимоловая проба – 3 Ед, билирубин общий – 18 мкмоль/л. ФЭГДС: слизистая пищевода гиперемирована, кардия смыкается не полностью. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках

множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы 12-перстной кишки очагово гиперемирована, отечная. Тест на H. pylori отрицательный. УЗИ органов брюшной полости: печень не изменена. Желчный пузырь грушевидной формы 65x38 мм (норма 50x30) с перегибом в области дна. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижены.

АД – 118/76 мм рт.ст. Ах0,Р0, Ма0, Ме0.

Вопросы:

- 1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.**
- 2. Показано ли назначение УЗИ органов брюшной полости?**
- 3. Назначьте необходимые лабораторные исследования и оцените имеющиеся.**
- 4. Назначьте лечение данному больному.**
- 5. Определите принципы реабилитации ребенка в амбулаторных условиях.**

Ситуационная задача. Ребенку 1 месяц жизни. Мать кормит его грудью, жалуется, что с рождения ребенок беспокойный, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления отмечается урчание в животе. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

Родился недоношенным, на 37 неделе, с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов. Месячная прибавка МТ составила 100 г. У матери атопический дерматит, хронический энтероколит.

При объективном обследовании ребенка: живот вздут, при пальпации урчит, ребенок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Вопросы:

- 1. Нуждается ли ребенок в госпитализации?.**
- 2. Какие симптомы определяют тактику ведения ребенка?**
- 3. Назначьте простые методы исследования, которые позволят подтвердить предварительный диагноз. Опишите ожидаемые результаты.**
- 4. Сформулируйте рекомендации по лечению.**
- 5. Дайте необходимые рекомендации маме по ее питанию?**