

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
Федеральный научно-клинический центр специализированных видов
медицинской помощи и медицинских технологий
Федерального медико-биологического агентства
(ФГБУ ФНКЦ ФМБА России)**

АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

Патология

по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Специальность:	31.08.19 Педиатрия
Квалификация:	Врач – педиатр
Форма обучения:	очная
Срок обучения:	2 года

Москва, 2023

ПРИНЯТО
Ученым советом
Академии постдипломного
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА
России
Протокол № 3-25
от «26» июня 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ
И.о. первого проректора
Академии постдипломного
образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА
России

А.В. Кочубей
«26» июня 2025 г.

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 09.01.2023 г. № 9.

Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор

Н.З. Зокиров

Разработчики:
д.м.н., профессор

Н.З. Зокиров

к.м.н.

О.П. Алексеева

1. Цели и задачи дисциплины (модуля)

1.1 Цель: целью освоения дисциплины «Патология» является: формирование у ординаторов профессиональных компетенций, в вопросах биохимии, молекулярной и клеточной биологии, генетики, иммунологии, базовых основах патологической физиологии и патологической анатомии, обеспечивающих понимание причин происхождения болезней, их диагностики и лечения, механизмов развития и исходов патологических процессов.

1.2 Задачи дисциплины (модуля):

1. Сформировать обширный и глубокий объем фундаментальных медико-биологических знаний о строении и свойствах биомолекул, входящих в состав организма, их химических превращениях и значении этих превращений для понимания физико-химических основ жизнедеятельности, молекулярных и клеточных механизмов наследственности и адаптационных процессов в организме человека в норме и при патологии.

2. Осуществлять и совершенствовать профессиональную подготовку ординатора, обладающего клиническим мышлением и хорошо ориентирующегося в вопросах фундаментальных дисциплин современной медицины, в том числе: биохимии, генетике, иммунологии, патологической физиологии и патологической анатомии.

3. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

4. Формировать профессиональные компетенции, позволяющие подбирать методические подходы для решения той или иной конкретной проблематики и формирования собственных обоснованных выводов.

5. Совершенствовать клиническое и теоретическое мышление, позволяющее хорошо ориентироваться в сложных проблемах медико-биологических дисциплин, уметь оценивать информативность, достоверность и прогностическую ценность результатов лабораторных исследований в клинической практике, научиться рационально формировать комплексное обследование у отдельных пациентов.

1.3 Результаты обучения по дисциплине (модулю) соотнесённые с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций

В результате освоения дисциплины (модуля) «Патология» запланированы следующие результаты обучения в соотнесении с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
УК-1	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Собеседование, решение ситуационных задач

Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иУК-1.1	Знает: теорию системного подхода; последовательность и требования к осуществлению поисковой и аналитической деятельности для решения поставленных задач; возможные варианты и способы решения задачи; способы разработки стратегии достижения поставленной цели.	
иУК-1.2	Умеет: находить, критически анализировать и выбирать информацию, необходимую для решения поставленной задачи; выделять этапы решения и действия по решению задачи; рассматривать различные варианты решения задачи, оценивая их преимущества и риски; грамотно, логично, аргументировано формулировать собственные суждения и оценки; определять и оценивать практические последствия возможных решений задачи; разрабатывать последовательность действий решения поставленных задач.	
иУК-1.3	Владеет: методами системного и критического анализа проблемных ситуаций; навыками разработки способов решения поставленной задачи; методами оценки практических последствий возможных решений поставленных задач.	
Планируемые результаты обучения	По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: - готов сформулировать проблему, обосновывать гипотезу, выделить ключевые цели и задачи; - применяет навыки клинического мышления, основываясь на достижениях в медицине и фармации; - готов планировать и осуществлять свою профессиональную деятельность исходя из возможностей и способов применения достижения в области медицины и фармации; - умеет обобщать и использовать полученные данные.	
Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
УК-4	Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	Собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иУК-4.1	Знать современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия.	
иУК-4.2	Уметь выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий.	

иУК-4.3	Владеть навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	
Планируемые результаты обучения	По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: - готов применять современные методы и технологии коммуникации; этические и деонтологические нормы общения; психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; - готов выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий; - владеет навыками взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных, этнических и конфессиональных групп.	
Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-4.1	Знать - порядок оказания медицинской помощи детям; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям; - методику сбора информации и методику осмотра и обследования у детей и их законных представителей; - анатомо-функциональное состояние органов и систем у детей в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - особенности регуляции и саморегуляции функциональных систем организма у детей в норме, с заболеваниями и (или) патологическими состояниями - этиологию и патогенез заболеваний и (или) патологических состояний; - современные классификации, симптомы и синдромы заболеваний в педиатрической практике; - медицинские показания, ограничения и медицинские противопоказания к использованию современных методов инструментальной и лабораторной диагностики у детей; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей; - медицинские показания для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах детям различных возрастов; - медицинские показания для направления к врачам-специалистам; - МКБ-10, алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ, - методы дифференциальной диагностики	
иОПК-4.2	Уметь	

	- осуществлять сбор анамнеза и жалоб у пациентов (их законных представителей); - интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов; - оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем в целях выявления экстренных и неотложных состояний у детей; - обосновывать и планировать объем инструментального обследования и лабораторного исследования детей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей разных возрастов; - обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи; - применять методы дифференциальной диагностики.	
иОПК-4.3	Владеть - навыками осмотра ребенка, сбора анамнеза и жалоб; - методикой оценки состояния жизненно важных систем и органов организма ребенка с учетом возрастных, половых, расовых анатомо-функциональных особенностей; - интерпретацией и клинической оценкой результатов лабораторных исследований и инструментальных обследований; - интерпретацией результатов осмотров врачами-специалистами, пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями; - навыком формулировки основного, сопутствующих диагнозов и осложнений детям, с учетом МКБ.	
Планируемые результаты обучения	По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями; Направляет пациентов на лабораторные и инструментальные обследования.	
Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	Собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иОПК-7.1	Знать - основные направления развития здравоохранения в Российской Федерации; - основы управления качеством продукции/услуг; - определение и применение понятий «качество медицинской помощи» и «качество медицинской деятельности»; - виды уровня контроля качества и безопасности медицинской деятельности;	

	- основы организации медицинской помощи на современном этапе; - стандарты и порядки оказания медицинской помощи; - характеристики, критерии и показатели качества медицинской помощи; - права юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при проведении государственных (муниципальных) контрольно-надзорных мероприятий; - ответственность юридических лиц и индивидуальных предпринимателей за несоблюдение требований по обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности; - правила работы с обращениями граждан при осуществлении медицинской деятельности; - права пациентов в сфере охраны здоровья граждан; - принципы и правила проведения государственного, ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - виды и назначение проверок государственного и ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - основы санитарно-эпидемиологического надзора; - виды контроля в сфере охраны здоровья; - правила лицензирования медицинской деятельности; - законодательно определенные критерии качества медицинской помощи.
иОПК-7.2	Уметь - соблюдать лицензионные требования к осуществлению медицинской деятельности; - обеспечивать качество и безопасность медицинской деятельности; - объективно оценивать качество и безопасность медицинской деятельности; - организовывать и проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; - соблюдать требования государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - соблюдать требования ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
иОПК-7.3	Владеть - рассмотрения обращений граждан при оказании им медицинской помощи, проведении медицинских осмотров, экспертиз и освидетельствований; - организации лицензирования медицинской деятельности; - оценки качества и безопасности медицинской деятельности; - разработки положения о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности и его применения; - взаимодействия с контрольно-надзорными органами, осуществляющими проведение проверок по оценке качества и безопасности медицинской деятельности.
Планируемые результаты обучения	По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: Готов - соблюдать лицензионные требования к осуществлению медицинской деятельности;

	- обеспечивать качество и безопасность медицинской деятельности; - объективно оценивать качество и безопасность медицинской деятельности; - организовывать и проводить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности; - соблюдать требования государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - соблюдать требования ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
--	--

1.4 Место учебной дисциплины (модуля) в структуре ООП

Учебная дисциплина (модуль) «Патология» относится к обязательной части блока 1 основной профессиональной образовательной программы высшего образования по подготовке кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.19 «Педиатрия».

Дисциплина изучается на 1 курсе в 1 семестре.

2. Структура и содержание дисциплины (модуля)

2.1 Объем дисциплины в зачётных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем (по видам занятий) и на самостоятельную работу обучающихся

Общая трудоёмкость дисциплины (модуля) составляет 2 зачетных единицы (72 часа).

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры
			1
Контактная работа, в том числе:			
Аудиторные занятия (всего):		42	42
Лекционные занятия		8	8
Лабораторные занятия		4	4
Практические занятия		20	20
Семинарские занятия		6	6
Клинические практические занятия вне клинической практики		4	4
Иные виды контактной работы:			
Контроль самостоятельной работы (КСР)		4	4
Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СПР)		-	-
Самостоятельная работа, в том числе:			
Самостоятельная работа		20	20
Промежуточная аттестация:			
Консультация		2	2
Подготовка к зачету/экзамену		4	4
Общая трудоемкость	часов	72	72
	в том числе контактная работа	46	46
	зачетных единиц	2	2

2.2 Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) с указанием отведённого на них количества академических часов и видов учебных занятий

Распределение видов учебной работы и их трудоёмкости по разделам дисциплины.

Тематика дисциплины (модуля) «Патология» на 1 курсе в 1 и 2 семестре.

№	Наименование темы	Количество часов			
		Всего	Аудиторная работа		СР
			Лекции	Практическое занятие	
1 семестр					
1	Патология новорожденных и детей раннего возраста	22	2	10	10
2	Патология детей старшего возраста	40	6	24	10
	Итого	62	8	34	20
	Контроль самостоятельной работы (КСР)	4	-	4	-
	Самостоятельная работа под руководством преподавателя (СПР)	-	-	-	-
	Подготовка к промежуточной аттестации (включая проведение консультации)	6	-	2	4
	Общая трудоемкость по дисциплине	72	8	40	24

Практические занятия включают в себя все виды контактной практической работы.

СР – самостоятельная работа.

2.2.1 Формы контроля успеваемости по разделам дисциплины (модуля)

Раздел дисциплины	Содержание раздела	Формы контроля успеваемости
1. Патология новорожденных и детей раннего возраста	Тема 1. Патология новорожденного. Тема 2. Патология детей, рожденных раньше срока.	Собеседование, решение ситуационных задач
2. Патология детей старшего возраста	Тема 1. Патология дыхательной системы у детей. Тема 2. Эндокринная патология у детей. Тема 3. Патология желудочно-кишечного тракта у детей. Тема 4. Патология выделительной системы у детей. Тема 5. Патология сердечно-сосудистой системы у детей. Тема 6. Патология соединительной ткани у детей.	Собеседование, решение ситуационных задач

2.2.2 Занятия лекционного типа

№	Наименование темы	Содержание темы	Часы
1 семестр			

1	Патология новорожденного.	Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных. Фетальный гепатит. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Гипоксические и травматические поражения ЦНС. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз. Особенности клиники гипоксии и родовой травмы у недоношенных детей. Менингиты у новорожденных детей. Этиология, диагностика, лечение. Принципы антибактериальной терапии. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей. Гемостаз в неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз геморрагического синдрома у новорожденных детей. Терапия. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.	1
2	Патология детей, рожденных раньше срока.	Патология сетчатки у детей, рожденных раньше срока. Внутримозговые кровоизлияния у детей, рожденных раньше срока. Патология нервной системы у детей, рожденных раньше срока. Патология желудочно-кишечного тракта у детей, рожденных раньше срока. Рассмотрение проблемы сурфактанта у детей рожденных раньше срока.	1
3	Патология дыхательной системы у детей.	Заболевания дыхательной системы. Острые респираторные заболевания, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих	1

		детей. Ларинготрахеит, классификация, диагностика, лечение. Обструктивный бронхит и бронхиолит, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Пневмонии. Классификация, диагностика, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз. Токсические пневмонии, интенсивная терапия. Дыхательная недостаточность. Респираторные аллергозы. Наследственно обусловленные заболевания легких. Особенности проявления в детском возрасте.	
4	Эндокринная патология у детей	Эндокринная патология у детей раннего и старшего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Аденогенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.	1
5	Патология желудочно-кишечного тракта у детей.	Заболевания желудочно-кишечного тракта. Пороки развития. Стоматит. Диагноз, лечение, профилактика. Пилороспазм, пилоростеноз, дифференциальный диагноз, лечение. Гастроэнтероколиты различной этиологии. Дифференциальный диагноз, лечение. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Запоры. Клиника, лечение, профилактика. Дисбактериоз. Классификация, диагностика, клиника, лечение, профилактика, связь с иммунной недостаточностью	1
6	Патология выделительной системы у детей.	Анатомо-физиологические особенности почек у детей. Особенности течения заболеваний почек. Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз. Дисметаболические нарушения, врожденные аномалии, скрининговые тесты. Почечная недостаточность. Гемолитико-уремический синдром. Тубулопатии у детей раннего возраста. Тубулопатии, протекающие с синдромом	1

		полиурии, ацидозом, нефролитиазом, с рахитоподобным синдромом. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.	
7	Патология сердечно-сосудистой системы у детей.	Заболевания сердечно-сосудистой системы. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз. Инфекционные эндокардиты. Неревматические кардиты. Клиника, лечение. МАРС. Сердечная недостаточность.	1
8	Патология соединительной ткани у детей.	Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста. Системные васкулиты. Ювенильный ревматоидный артрит. Особенности течения у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.	1

2.2.3 Практические занятия

№	Наименование темы	Содержание темы	Часы
1 семестр			
1	Патология новорожденного.	Энтероколиты, кандидомикоз у новорожденных. Фетальный гепатит. Гипоксия плода и новорожденного. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных. Респираторный дистресс синдром у новорожденных. Организация помощи. Алгоритм действий. Особенности течения РДС у новорожденных. Перинатальные поражения ЦНС у новорожденных. Гипоксические и травматические поражения ЦНС. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальный диагноз. Особенности клиники гипоксии и родовой травмы у недоношенных детей. Менингиты у новорожденных детей. Этиология, диагностика, лечение. Принципы антибактериальной терапии. Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных: локальные инфекции, сепсис. Особенности течения гнойно-воспалительных заболеваний у недоношенных детей. Гемостаз в	5

		неонатальном периоде. Дифференциальный диагноз геморрагического синдрома у новорожденных детей. Терапия. Анемии у новорожденных детей. Дифференциальный диагноз анемий. Гемолитическая болезнь новорожденных. Диагностика, лечение. Отечный синдром у новорожденных. Внутриутробные инфекции плода и новорожденного. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.	
2	Патология детей, рожденных раньше срока.	Патология сетчатки у детей, рожденных раньше срока. Внутримозговые кровоизлияния у детей, рожденных раньше срока. Патология нервной системы у детей, рожденных раньше срока. Патология желудочно-кишечного тракта у детей, рожденных раньше срока. Рассмотрение проблемы сурфактанта у детей рожденных раньше срока.	5
3	Патология дыхательной системы у детей.	Заболевания дыхательной системы. Острые респираторные заболевания, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Реабилитация часто болеющих детей. Ларинготрахеит, классификация, диагностика, лечение. Обструктивный бронхит и бронхиолит, дифференциальный диагноз. Лечение, профилактика. Пневмонии. Классификация, диагностика, лечение, профилактика. Дифференциальный диагноз. Токсические пневмонии, интенсивная терапия. Дыхательная недостаточность. Респираторные аллергозы. Наследственно обусловленные заболевания легких. Особенности проявления в детском возрасте.	4
4	Эндокринная патология у детей	Эндокринная патология у детей раннего и старшего возраста. Гипотиреоз, гипопаратиреоз. Адреногенитальный синдром. Особенности клинических проявлений, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение, прогноз.	4
5	Патология желудочно- кишечного тракта у детей.	Заболевания желудочно-кишечного тракта. Пороки развития. Стоматит.	4

		Диагноз, лечение, профилактика. Пилороспазм, пилоростеноз, дифференциальный диагноз, лечение. Гастроэнтероколиты различной этиологии. Дифференциальный диагноз, лечение. Синдром нарушенного кишечного всасывания. Запоры. Клиника, лечение, профилактика. Дисбактериоз. Классификация, диагностика, клиника, лечение, профилактика, связь с иммунной недостаточностью	
6	Патология выделительной системы у детей.	Анатомо-физиологические особенности почек у детей. Особенности течения заболеваний почек. Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз. Дисметаболические нарушения, врожденные аномалии, скрининговые тесты. Почечная недостаточность. Гемолитико-уремический синдром. Тубулопатии у детей раннего возраста. Тубулопатии, протекающие с синдромом полиурии, ацидозом, нефролитиазом, с рахитоподобным синдромом. Особенности клиники, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.	4
7	Патология сердечно-сосудистой системы у детей.	Заболевания сердечно-сосудистой системы. Врожденные пороки сердца. Классификация, диагностика, клиника, лечение, дифференциальный диагноз. Инфекционные эндокардиты. Неревматические кардиты. Клиника, лечение. МАРС. Сердечная недостаточность.	4
8	Патология соединительной ткани у детей.	Диффузные заболевания соединительной ткани у детей раннего возраста. Системные васкулиты. Ювенильный ревматоидный артрит. Особенности течения у детей раннего возраста. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии.	4

2.2.4 Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

Список учебно-методических материалов, для организации самостоятельного изучения тем (вопросов) дисциплины.

1. Методические разработки к лекциям, практическим занятиям, самостоятельной работе обучающихся размещены в ЭИОС ВУЗа.

Перечень вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины:

1. Организация профилактической работы в детской поликлинике.
2. Диспансеризация здорового и больного ребёнка в условиях поликлиники. Часто болеющие дети. Традиционные и нетрадиционные методы оздоровления.

3. Комплексная оценка состояния здоровья и развития детей. Группы здоровья. Оценка нервно-психического развития ребёнка.

4. Вакцинопрофилактика. Национальный календарь прививок. Вакцинация детей из групп риска.

5. Рациональное питание детей первого года жизни.

6. Диетотерапия при различных заболеваниях.

7. Хронические расстройства питания детей (гипотрофия, паратрофия).

8. Рахит, остеопенические состояния у детей.

9. Типы конституции у детей.

10. Медико-генетическое консультирование, пренатальная диагностика и профилактика наследственных заболеваний.

11. Недоношенные дети. Этапы выхаживания. Пневмопатии. СДР.

12. Оценка показателей физического развития новорожденных. Задержка внутриутробного развития.

13. Поражение ЦНС у новорождённых. Внутриутробная гипоксия, асфиксия, родовая травма.

14. Внутриутробные инфекции. Пренатальная диагностика.

15. Тактика педиатра при желтухах новорождённых детей.

16. Синдром срыгивания и рвоты у новорожденных.

17. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Методы исследования в пульмонологии. Заболевания верхних дыхательных путей.

18. Бронхиты и пневмонии у детей и подростков. Дифференциальная диагностика бронхитов и пневмоний у детей. Бронхиолиты.

19. Бронхообструктивный синдром у детей и подростков.

20. Хронические неспецифические бронхолёгочные заболевания у детей и подростков.

21. Методы исследования в детской кардиологии. Функциональные пробы. Инструментально-графические методы исследования.

22. Врожденные пороки сердца. Гемодинамические нарушения. Дифференциальная диагностика.

23. Приобретенные пороки сердца. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии, показания к хирургическому лечению.

24. Острая и хроническая недостаточность кровообращения.

25. Дифференциальная диагностика артритов и артралгий у детей и подростков. Реактивные артриты. Ювенильный идиопатический артрит.

26. Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы и системы гемостаза. Методы исследования.
27. Анемический синдром в педиатрии, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
28. Геморрагический синдром в педиатрии, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
29. Тромбоцитопатии, дифференциальный диагноз, лечение.
30. Геморрагический васкулит. Дифференциальная диагностика.
31. Гастриты и гастродуодениты. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у детей и подростков.
32. Методы исследования в гастроэнтерологии.
33. Нарушение кишечного всасывания у детей.
34. Патология гепатобилиарной системы.
35. Запоры у детей.
36. Неотложные состояния при заболеваниях системы пищеварения.
37. Профилактика, реабилитация и диспансеризация при заболеваниях органов пищеварения.
38. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы.
39. Пиелонефриты у детей и подростков.
40. Неотложная помощь при заболеваниях почек и мочевых путей.
41. Нарушения водно-электролитного обмена у детей раннего возраста. Неотложная помощь при эксикозах. Принципы инфузионной терапии у детей.
42. Дифференциальная диагностика и терапия коматозных состояний.
43. Сахарный диабет у детей.
44. Ожирение у детей.

3. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) «Патология»

3.1 Перечень ситуационных задач для проведения текущего контроля по дисциплине (модулю):

Задача № 1.

На приеме мальчик 11 лет с жалобами на боли в животе. Вес 28 кг, рост 135 см. Ребенок от 1-й патологически протекавшей беременности I-х срочных быстрых родов со стимуляцией, родившийся с длиной тела 51см., весом 3500г. К груди приложен сразу, сосал неохотно. На смешанном (грудное + молочная адаптированная смесь) вскармливании находился в течение первых 3 мес жизни, в 3 мес отказался от груди, переведен на соевые смеси, отмечалась колики, боли в животе до 6 мес, стул без особенностей. В весе прибавлял плохо. В год вес 7900, в 2 года 11200 г. В 3 года перенес КИНЭ (терапия: фуразолидон, ферменты). С 4 лет появились жалобы на периодические боли в животе, чаще после приема пищи. Явления атопического дерматита с рождения (гиперемия и сухость кожи щек), в 5 лет отек Квинке, с 6 лет – поллиноз. Анализ сыворотки крови на содержание IgG4 антител к пищевым аллергенам. Молоко коровье, мандарин ++++; Молоко козье +++, Телятина, форель ++; Карп, брынза + Исследование биоптата слизистой тонкой кишки общий белок 0,4 мг/мл, мальтаза 252,9 нмоль/

(мгбел/мин), лактаза 3,3 нмоль/ (мгбел/мин), сахараза 35,8 нмоль/ (мгбел/мин), щелочная фосфатаза 88,4 нмоль/ (мгбел/мин).

Задание:

1. Диагноз.
2. Какие клинико-лабораторные признаки позволяют установить диагноз.
3. Медикаментозная терапия.
4. Диетотерапия.
5. Профилактика.

Задача № 2.

Девочка от 2 беременности с токсикозом и анемией в конце беременности. Роды быстрые, ребенок родился с обвитием пуповиной вокруг шеи. Наблюдалась неврологом в течение 6 месяцев по поводу перинатального поражения ЦНС, гипертензионного синдрома. На 1 году жизни болела 3 раза ОРВИ, на 2 году – 5 раз. В ясли ходит с 1 г. 1 мес., была тяжелая адаптация. На 2-м году жизни получила 3 прививки АКДС, одну противокоревую, 4 против полиомиелита; реакция Манту была отрицательной. В 2 года масса тела 12 кг 600 г, длина тела 86 см, окружность груди 50,5 см. Сон и аппетит не нарушены. Девочка эмоциональна, отзывчива на ласку. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа, слизистые чистые. Лимфоузлы в 4-х группах единичные, не увеличены. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме. Со стороны нервно-психического развития: понимает рассказ со слов, пользуется двухсложными предложениями, разбирается в 3-4 контрастных цветах, игра носит сюжетный характер, перешагивает через препятствия чередующимся шагом, снимает отдельные предметы одежды, но не умеет их одевать.

Задание:

1. Оцените критерии состояния здоровья.
2. Определите группу здоровья.
3. Сделайте назначения.

Задача № 3.

Девочка, Светлана Н., 1 год 10 месяцев, от здоровых родителей, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом 1-ой половины, срочных родов, масса тела при рождении 3100 г, длина 51 см. Закричала сразу. В детской поликлинике наблюдалась нерегулярно, так как часто была с матерью в деревне у бабушки. Девочка находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев, затем переведена на искусственное. Ела с аппетитом, иногда срыгивала, стул был нормальный. Временами отмечалась вялость ребенка, повышенная потливость, особенно по утрам. В 4 месяца впервые появились судороги (замирание, вздрагивание). Получила курс лечения фенобарбиталом – без эффекта. В дальнейшем отмечалось 10 эпизодов «замираний», приступы повторялись в ранние утренние часы, после длительного перерыва в кормлениях. Масса тела в возрасте 1 года – 8500 г, рост 72 см. Во время оформления ребенка в ясли у девочки выявлено

резкое увеличение размеров живота, гепатомегалия (нижний край печени определялся на уровне гребней подвздошных костей), в связи с чем девочка была направлена в ДГБ №13 им. Н.Ф. Филатова. При осмотре в возрасте 1 года 10 месяцев масса тела ребенка 10500 г., рост 74 см. Обращают на себя внимание: «кукольное лицо», короткая шея, увеличенный живот за счет гепатомегалии. Край печени выступает из-под реберной дуги на + 5 см по правой переднеаксиллярной, +6 см по правой среднеключичной, +6 см по правой парастернальной, +7,5 см по срединной, +7 см по левой парастернальной, +7 см по левой среднеключичной линиям, плотноэластической консистенции. Кожные покровы обычной окраски, венозная сеть на передней брюшной стенке не выражена. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет, ЧД 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 уд/мин. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Маркеры гепатитов: отрицательные.

Общий анализ крови:

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

Протеинограмма:

Дата	Общий белок (г/л)	Альбумины	Глобулины			
			а1	а2	Р	У
10.09	75	53 %	5,0 %	12 %	15 %	15 %

Биохимический анализ крови:

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

Липидо
г

рамма:

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

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

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями вы будете проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Нарушения каких видов обмена лежат в основе этого заболевания?
5. Чем объяснить судорожные состояния у ребенка?
6. Основные принципы лечения?

Задача № 4.

Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных с диагнозом «кишечное кровотечение». Ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 неделе, лечилась в стационаре. Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики синдрома угнетения. К груди приложен на первые сутки. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем, ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась, в связи с чем, ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание проводится во все отделы, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус снижен, при нагрузке появляется тремор рук. Общий анализ крови: НЬ - 180 г/л, Эр - $5,4 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,94, тромб - $310,0 \times 10^9/л$, Лейк - $5,9 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час. Время кровотечения по Дюке - 2 минуты. Время свертывания по Бюркеру: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут. Время свертывания: 6" (норма 2-4); время кровотечения: 5" (норма 3-4"). Коагулограмма: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 15" (норма 10-16"), протромбиновый комплекс - 25%, D- димер Биохимический анализ крови: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: общий - 196 мкмоль/л, прямой - 0 мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед. Нейросонограмма: рисунок борозд и извилин сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена.

Задание:

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

Задача № 5.

Ребенок 1 года 1 месяца поступил в больницу с жалобами на отсутствие аппетита, недостаточную прибавку в массе, обильный стул. Анамнез жизни: ребенок от 3 беременности, 3 родов (1-й ребенок умер от «кишечной инфекции», 2-й – здоров). Настоящая беременность протекала с нефропатией. Роды срочные, масса при рождении 3500, длина 54 см. Вскармливание естественное до 4-х месяцев, затем смешанное, а с 6-ти месяцев - искусственное. Каши (манная и геркулесовая) введены в пищевой рацион в 6,5 месяцев. Рос и развивался соответственно возрасту. В возрасте 10 месяцев масса тела – 9 кг 200 г, рост 74 см. К этому времени уверенно ходил с поддержкой, ползал на четвереньках, интересовался игрушками. Анамнез болезни: в 10,6 месяцев ребенок перенес сальмонеллезную инфекцию, лечился в стационаре. Через 1 месяц после выписки из стационара вновь ухудшение состояния: разжижение стула, вялость. Бактериологическое обследование дало отрицательные результаты. С этого времени ребенок стал беспокойным, плаксивым, отказывался от еды, потерял в массе. Стул стал обильным, с жирным блеском, с частотой 4-5 раз в сутки. Ребенок перестал ходить, сидеть. При поступлении в стационар состояние тяжелое. Вес 8,5 кг, рост 75 см. Тurgор тканей снижен. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы сухие, тусклые. Умеренно выражена отечность на голенях, передней брюшной стенке. Отмечаются рахитоподобные изменения костей, карпопедальный спазм. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 уд. в 1 мин. Живот увеличен в размере, мягкий, незначительная болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень + 2 см из-под реберного края. Стул 5 раз в сутки, обильный, с неприятным запахом, пенистый, с жирным блеском. Мочеиспускание не нарушено. Анализ крови клинический: Нв – 102 г/л, эр- $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, тромб. - $216,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоц.- $4,3 \cdot 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 64%, э – 1%, л – 27%, м – 4%, СОЭ – 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, альбумины - 40%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 - 10%, β - 20%, γ - 25%, мочевины - 3,7 ммоль/л, билирубин - 7,0 мкмоль/л, холестерин - 1,9 ммоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, фосфор - 0,93 ммоль/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л, ЩФ - 430 Ед/л (норма 50-400). Пилокарпиновая проба: Хлориды пота - 39 мэкв/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке умеренное кол-во прозрачной слизи. Слизистая оболочка желудка бледнорозовая, складки несколько сглажены. Привратник округлой формы, смыкается, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно-розовая с единичными лимфангиозектазиями на верхушках уплощенных складок в виде налёта «манной крупы». Световой рефлекс повышен (симптом «солнечного зайчика»). Слизистая оболочка тощей кишки бледно-розовая с уплощенными складками. По гребням складок определяется поперечная исчерченность (симптом «пилы»). Взята биопсия. Гистологическое исследование слизистой оболочки тощей кишки: атрофические изменения слизистой оболочки в виде полного исчезновения ворсин, увеличение глубины крипт, уменьшение числа бокаловидных клеток, лимфоплазмочитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

Задание:

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

Задача № 6

Мальчик М., 1 года жизни, от 1-ой беременности, протекавшей с токсикозом во 2-й половине. Роды срочные, путем кесарева сечения (высокая степень миопии у матери). Масса тела при рождении 3000г, длина 50см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан из роддома на 5 день с массой 2900. В поликлинике наблюдался не регулярно. Прививки проведены по возрасту. Грудное молоко получал до 6 мес. Аппетит был хороший, однако прибавка в массе за первый месяц составила 300г. Проведенное контрольное вскармливание показало, что ребенок высасывает положенное ему количество молока, а мать могла сцедить оставшееся. Стул был 2 раза в сутки кашицеобразный. В 4 месяца введен 1-й прикорм в виде гречневой каши, затем кукурузной. С этого времени мать обратила внимание на то, что кал стал с жирным блеском, появился неприятный запах, запоры чередовались с диареей. Ребенок ел с большим аппетитом, но в весе прибавлял недостаточно. Так в 6 месяцев масса тела составила 4800г, а в 1 год 6450г при росте 72см. С 11 месяцев периодически отмечалось выпадение слизистой прямой кишки. Перенес ОРВИ 1 раз, проводилось симптоматическое лечение. Общий анализ крови: Нв - 130г/л, Эр – $3.5 \cdot 10^{12}/л$, Лейк – $7.0 \cdot 10^9/л$, п/я – 5%, с – 34%, эоз – 3 %, лимф – 41%, мон – 10%, СОЭ – 8мм/ч. Общий анализ мочи: отн. пл. – 1.012, белок – нет, эпителий плоский – нет, Лейк – нет, Эр – нет, цилиндры – нет, слизь – немного. Копрограмма – цвет – светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна – единичные, большое количество нейтрального жира и жирных кислот.

Задание:

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

Задача № 7.

Ребёнок 1 года 2 месяцев поступил в отделение с жалобами на отеки, уменьшение количества мочи, разжижение стула. Анамнез жизни: ребёнок от 1

нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3300 гр, длина 51 см. Закричал сразу. Период новорожденности протекал гладко. Вскармливание естественное до 4 мес., далее-искусственное. адаптированными смесями. Прикорм кашами с 5 мес. (манная, геркулесовая на молоке). До 5 мес. рос и развивался нормально, в дальнейшем отмечались незначительные периодические отеки кистей рук и стоп, появлению которых предшествовал разжиженный стул, отставание в массе тела. В 1 год масса тела 8500 гр. Анамнез болезни: В возрасте 1 года перенёс ОРВИ с кишечным синдромом. Заболевание было затяжным. Посевы кала на патогенную флору возбудителя не выявили. Антибактериальная терапия, биопрепараты эффекта не дали. 2 дня назад появились отёки на лице. В связи с ухудшением состояния ребёнок был госпитализирован. При осмотре: состояние тяжёлое, выраженные отёки на лице, ногах, пояснице, асцит, карпопедальный спазм. Кожные покровы бледные. Ребёнок вялый, самостоятельно не ходит. Аппетит снижен. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 уд. в мин. Живот несколько увеличен в размерах, печень + 2 см из-под рёберного края, селезёнка + 1 см. Стул обильный, водянистый, пенистый, до 6 раз в сутки. Анализ крови клинический: Нв-103 г/л, эр-3,5*10¹²/л, лейкоц.-7,6*10⁹/л, п/я-2%, с/я-78%, э-2%, л-11%, СОЭ – 2мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, относительная плотность – 1015, реакция кислая, белок нет, эпителий единичный, лейкоц.- 1-3 в поле зрения. Копрограмма: цвет светло-желтый, реакция кислая, мышечные волокна единичные, жирные кислоты много. Кал на углеводы: отрицат. Анализ кала на плазменные белки: +++ Биохимический анализ крови: общий белок-36 г/л, альбумины– 28%, глобулины: α1-6,5%, α2-35,5%, β -16%, γ -14%, калий- 3,2 ммоль/л, кальций ионизир.- 0,47ммоль/л, холестерин – 2,6 ммоль/л, глюкоза – 3,6 ммоль/л, железо – 7,8 ммоль/л. ЭКГ: умеренная синусовая тахикардия, выраженные обменные нарушения в миокарде с явлениями гипокалиемии. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардиальный сфинктер смыкается. В желудке немного прозрачной слизи. Складки желудка сглажены. Привратник округлый, проходим. Луковица средних размеров, пустая. Слизистая двенадцатиперстной кишки бледно розовая, складки уплощены. Диаметр обычного калибра. В тощей кишке определяются участки лимфангиоэктазий в виде «коралловой слизистой» с гиперплазированными ворсинками молочного цвета. Биопсия. Гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки тощей кишки: Ворсинки различной длины, многие из которых с лимфоангиоэктазией. Слизистая оболочка резко отёчная, незначительная лимфогистиоцитарная инфильтрация. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контур ровный, паренхима мелкозернистая; поджелудочная железа не увеличена; в брюшной полости определяется жидкость, петли кишечника расширены, наполнены жидкостью.

Задание:

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

3. Какие исследования необходимо провести с целью подтверждения диагноза?
4. Обоснуйте комплекс лечебных мероприятий данному больному?
5. В каких случаях показано назначение кортикостероидов?
6. Каков прогноз заболевания и тактика дальнейшего наблюдения за ребенком?

Задача № 8.

Маша С., 2 мес. Родители молодые, проживают в сельской местности. Известно, что они являются двоюродными братом и сестрой. Ребенок от 1 беременности, которая протекала с выраженным токсикозом и угрозой прерывания в первой половине, повышением АД во второй половине беременности. Роды домашние, срочные. Масса тела при рождении примерно 3600 г (взвешивали на безмене); закричала сразу. Девочка находится на грудном вскармливании с рождения. В возрасте 2-х суток - появилась желтуха, которая сохраняется до настоящего времени. С первых дней жизни отмечаются диспептические расстройства в виде частого жидкого зеленого стула и срыгиваний. По семейным обстоятельствам, а также из-за длительного половодья до больницы в райцентре смогли добраться только, когда ребенку исполнилось 2мес. Поступила в отделение в тяжелом состоянии с массой 3000г, длиной 53 см. Подкожножировой слой отсутствует на животе, груди, истончен на конечностях, сохраняется на лице, кожа бледная, с иктеричным оттенком, сухая. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Сразу после кормления отмечается вялость, сонливость ребенка, усиливаются симптомы диспепсии. Сон беспокойный. Девочка отстаёт в психомоторном развитии: не гулит, голову держит неустойчиво. Живот вздут, печень +4,5 см из под края реберной дуги, плотной консистенции. Селезенка не увеличена. Стул со скудными каловыми массами зеленого цвета. У ребенка отмечается помутнение хрусталиков обоих глаз. Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, эр.- $4,8 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0.88, ретик.- 0,2%, лейкоц.- $8,8 \times 10^9/л$, п/я -1%, с/я-32%, э - 1%, л -60%, м-6%, СОЭ 4 мм/ч. Посев кала на патогенную флору: отрицательный. Общий анализ мочи: количество 40,0 мл, относительная плотность 1012, белок - следы, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты - нет. Биохимический анализ крови: общий билирубин 30,5 мкмоль/л, прямой 25,0 мкмоль/л, общий белок 57,0 г/л, альбумины 36 г/л, мочевины - 3, 5ммоль/л, холестерин 2,2 ммоль/л, К 4 ммоль/л, Na 140 ммоль/л, щелочная фосфатаза 250 Ед/л (норма до 600), АЛТ 21 Ед/л, АСТ - 30 Ед/л, глюкоза 3,5 ммоль/л. Анализ мочи на галактозу: в моче обнаружено большое количество галактозы.

Задание:

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

6. Каков прогноз заболевания?

Задача № 9.

Володя И., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, вялость, боли при движении в коленных суставах, повышение температуры до 39 С. 2 недели назад перенес лакунарную ангину, в связи с чем в течение 3 дней получал бисептол. На фоне проводимой терапии был отмечен кратковременный положительный эффект. Однако, после длительной игры в футбол (за 3 дня до поступления), вновь отмечались гипертермия до 39 С, слабость, вялость, снижение аппетита; появились отеки и болезненность при движении сначала в правом коленном суставе, а спустя сутки, и в левом. Боли уменьшались при использовании местно противовоспалительных мазей. Часто болеет ОРВИ, дважды перенес лакунарную ангину. Бабушка пробанда страдает подагрическим артритом с обеих сторон. Бабушка по материнской линии, кроме этого, в 25 лет была прооперирована по поводу недостаточности митрального клапана. При осмотре: мальчик астенического телосложения, удовлетворительного питания. Имеются проявления соединительнотканной дисплазии. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистые бледно-розовые. Периферических отеков нет. Признаки хронического тонзиллита. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. При осмотре области сердца верхушечный толчок в VI м/реб. По левой срединно-ключичной линии, положительный, разлитой. Границы сердца: правая – правый край грудины, верхняя – 2 ребро, левая – на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, склонность к брадикардии. Выслушивается ритм галопа. Над верхушкой сердца в V точке выслушивается мягкий дующий систолический шум, проводящийся в левую аксиллярную область. ЧСС 80-78 уд/мин. АД = 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край закругленный, чувствительный при пальпации. Селезенка не пальпируется. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Клинический анализ крови: Нб-124, эр.-4,0, лейкоц. – 9,0, п/я – 6%, с/я – 74%, эоз. – 1%, лимф. – 16%, моноц. – 3%, СОЭ – 28 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумин – 45 %, α 1-глобулины – 4%, α 2-глобулины – 15%, β -глобулины – 8%, гамма-глобулины – 24%, серомукоид – 0,5 ед., ДФА – 0,3, СРБ – 2+, АСЛО – 1:1250, АСГ – 1:1000, мочевины – 4,3 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л. Ro – графия грудной клетки: расширение левого контура сердца, КТИ = 65 %. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС = 58-76 в мин., PQ – 0,38 сек. Отрицательные зубцы Т в V4, V5, V6, депрессия сегмента ST на 4 мм в V5, V6. ЭХО – КГ: расширение КДР л.ж., пролабирование передней створки МК на 4 мм; отёк и неоднородность структуры створок МК, ФВ = 45 %, ФУ = 30 %.

Задание:

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Назначьте терапию с указанием доз препаратов.

5. Диспансерное наблюдение за детьми с данной патологией.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

Задача № 10.

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

Осмотр: рост 151 см, масса 40 кг. Ребенок вялый, апатичный, выраженная бледность кожных покровов и слизистых. Сердце: ЧСС - 116/мин, хлопающий I тон на верхушке и в V точке Боткина, проводится на сосуды шеи (шум «волчка»), АД - 85/50 мм рт. ст. Живот не увеличен, мягкий, болезненность при глубокой пальпации в эпигастрии и пилоро-дуоденальной области, положительный симптом Менделя. Печень +0 +0 +в/3, пузырьные симптомы отрицательные, небольшая болезненность в точках Дежардена и Мейо – Робсона. Общий анализ крови: Эр - $2,8 \times 10^{12}/л$; Нб - 72 г/л; Ц.п. - 0,77; ретик. - 50%0 - 5%. анизоцитоз, пойкилоцитоз, гематокрит - 29 об%; Лейк - $8,7 \times 10^9/л$; п/я - 6%, с/я - 50%, э - 2%, л - 34%, м - 8%; СОЭ - 12 мм/час; тромбоциты - $390 \times 10^9/л$; время кровотечения по Дюку - 60 сек; время свертывания по Сухареву: начало - 1 минута, конец - 2,5 минут. Общий анализ мочи: цвет - сол.-желтый, прозрачность полная; плотность - 1024; pH - 6,0; белок, сахар - нет; эп. плазм. - немного; лейкоциты - 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, альбумины - 55%, глобулины: альфа1 - 6%, альфа2 - 10%, бета - 13%, гамма - 16%, АсАТ - 34 Ед/л, АлАТ - 29 Ед/л, ЩФ - 80 Ед/л (норма 70-142), общий билирубин - 16 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л; тимоловая проба - 3 ед; амилаза - 68 Ед/л (норма 10-120), железо - 7 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++). Эзофагогастродуоденофиброскопия при поступлении: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. В желудке слизистая пестрая с плоскими выбуханиями в теле и антральном отделе, очаговая гиперемия и отек в антруме. Луковица средних размеров, выраженный отек и гиперемия. На передней стенке линейный рубец 0,5 см. На задней стенке округлая язва 1,5x1,7 см с глубоким дном и выраженным воспалительным валом. Из дна язвы видна поступающая в просвет кишки струйка крови. Произведен местный гемостаз. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, сосуды и протоки не расширены, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь округлой формы (56x27 мм) со стойким перегибом в с/3, содержимое его гомогенное, стенки не утолщены. Желудок

содержит гетерогенное содержимое, стенки утолщены до 3 мм. Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности. Коагулограмма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегация тромбоцитов с ристоцетином и АДФ не изменена.

Задание:

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

Задача № 11.

Мальчик П., 9 лет, поступил по направлению участкового педиатра в связи с появлением сыпи на коже, болями в животе и суставах. Жалуется на схваткообразные боли в животе, боли в левом коленном и левом голеностопном суставах, появление мелкоточечной красноватой сыпи на нижних конечностях. Из анамнеза известно, что 2 недели назад мальчик перенес лакунарную ангину. Через неделю на коже нижних конечностей появилась яркая сыпь, непостоянные боли в левом коленном суставе. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Вялый, лежит в вынужденной позе с поджатыми к животу коленями. На коже нижних конечностей, ягодицах, мочках ушей мелкоточечная, местами сливная красновато-синюшная геморрагическая сыпь, слегка выступающая над поверхностью кожи. Левый коленный и левый голеностопный суставы отечны, болезненны при пальпации и движении, горячие на ощупь, над ними геморрагическая сливная сыпь. Живот болезненный при пальпации, печень, селезенка не пальпируются. Стул скудный, небольшими порциями, кашицеобразный, цвета «малинового желе». Мочится хорошо, моча светлая. Общий анализ крови: НЬ- 110 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, Тромб - $435 \times 10^9/л$, Лейк - $10,5 \times 10^9/л$, юные - 1%, п/я - 5%, с - 57%, э - 2%, л - 28%, м - 7%, СОЭ-25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 71 г/л, мочевины - 3,7 ммоль/л, креатинин - 47 ммоль/л, билирубин общий - 20,2 мкмоль/л, АСТ - 25 Ед, АЛТ-20 Ед. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, относительная плотность - 1012, белок отсутствует, эпителий - 0-1 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты, цилиндры отсутствуют.

Задание:

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

Задача № 12.

Девочка 3-х дней жизни поступила в отделение патологии новорожденных из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от здоровой матери 25 лет О (1) группы крови, Rh положительной. От II-ой беременности, протекавшей с ранним токсикозом и отеками голеней в III триместре. От I самостоятельных родов на 40 неделе в головном предлежании. Отмечалось умеренное многоводие, желтушное прокрашивание околоплодных вод. Безводный промежуток - 9 часов 55 минут. Родилась в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении - 3400 г, длина тела - 52 см. В первые сутки жизни общий билирубин пуповинной крови составил 128 мкмоль/мл, с последующим повышением до 216 мкмоль/мл, НЬ - 125 г/л. Проведено ЗПК. При осмотре: состояние средней тяжести, масса - 3170 г, кожные покровы иктеричные, слизистые - умеренно бледные, чистые; пупочная ранка под геморрагической корочкой; дыхание проводится во все отделы, ЧД - 42 в мин., тоны сердца ритмичные, ЧСС - 138 в мин., живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, пальпируется край селезенки. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Группа крови ребенка: В(III) Rh положительная. Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л; Эр - $3,1 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,98; ретикулоциты - 5%; тромб. - $256 \times 10^9/л$; лейкоц. - $13,6 \times 10^9/л$; п/я - 2%; с/я - 45%; эозин. - 4%; баз. - 1%, лимф. - 37%; моноцит. - 11%; СОЭ - 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 45 г/л; альбумин 33 г/л, билирубин общий - 164,1 мкмоль/л; прямой - 13,1 мкмоль/л; мочевины - 1,14 ммоль/л; K^+ - 5,3 ммоль/л; Na^+ - 147 ммоль/л; АЛТ - 18 ед; АСТ - 31 ед, ЩФ - 168 ед.

Задание:

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

Задача № 13.

Лиза В., 10 лет, перенесла затяжной бронхит, по поводу чего получала лечение цефалоспоридами, аминогликозидами, нестероидными противовоспалительными препаратами. Через 12 дней от начала терапии состояние девочки ухудшилось: появилась субфебрильная лихорадка, вялость, головная боль, «ломота» в суставах, пастозность век и лица, боли в области поясницы. Мама обратила внимание на то, что моча приобрела розоватую окраску. При осмотре в стационаре: состояние тяжелое, девочка вялая, температура тела 38°C, пастозность век и лица. АД 110/75 мм.рт.ст. Со стороны сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем изменений не выявлено. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный при глубокой

пальпации в эпигастральной области и мезогастрии. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Стул 1 раз в день, оформленный. Суточный диурез 2300 мл, визуально – моча розового цвета. Клинический анализ крови: Нв-105 г/л, эр-3,2 x 10¹²/л, тромб – 312 x 10⁹/л, лейкоц – 14 x 10⁹/л, п/я – 0%, с/я – 35%, э-4%, б-1%, лимф – 55%, мон – 5%, СОЭ- 28 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,005, белок 1,3 г/л, глюкоза 1+, эритроциты покрывают все поля зрения, лейкоциты 25-30 в поле зрения, цилиндры – гиалиновые, зернистые, эритроцитарные, слизи умеренное количество, бактерий нет. Определение глюкозы в капиллярной крови экспресс-методом- натошак 4,2 ммоль/л, через 2 часа после еды 6,6 ммоль/л.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Что явилось наиболее вероятной причиной развития заболевания у ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Назначьте лечение.
6. Лечебно-профилактические мероприятия, прогноз.

Задача № 14.

Пациентка И., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожного покрова и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней была проведена закрытая атриосептостомия (процедура Рашкинда). С трех месяцев и до настоящего времени девочка находится в доме ребенка. При поступлении кожный покров и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол», деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - между правой парастеральной и правой среднеключичной линиями, левая – на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 160 уд/мин., акцент второго тона во II межреберье слева от грудины. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное, с участием вспомогательной мускулатуры. Печень выступает на 3,0 см из-под реберного края. Общий анализ крови: Нв - 168 г/л, эритроциты – 6,1 x 10¹² /л, тромбоциты - 186 × 10⁹/л, лейкоциты - 6,3 × 10⁹/л, п/я - 4%, с/я - 21%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 70%, моноциты - 4%, СОЭ - 1 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 ЕД/л (норма - до 40), АСТ - 43 ЕД/л (норма - до 40), NT-proBNP - 768 пг/мл (норма – до 125).

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

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

Задача № 15.

Больная О., 13 лет, поступила в отделение повторно для проведения комплексной терапии с жалобами на утреннюю скованность, боли в суставах. Из анамнеза известно, что заболевание началось в 5-ти летнем возрасте, когда на фоне полного благополучия появилась припухлость правого коленного сустава. Через несколько дней присоединились боли и припухлость левого коленного, правого голеностопного и правого лучезапястного суставов, мелких суставов кистей, ограничение объема движений в них. На фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов состояние ребенка несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, расширился объем движений. Лечение получала нерегулярно, периоды непродолжительной ремиссии чередовались выраженными обострениями с вовлечением в патологический процесс новых суставов. Настоящее обострение после очередной ОРВИ. При поступлении состояние тяжелое. Правильного телосложения, пониженного питания. Вес 32 кг, рост 147 см. Выраженная мышечная дистрофия. Кожный покров чистый, сыпи нет. Лимфоузлы не увеличены, пальпируются передние шейные, подчелюстные, подмышечные, кубитальные, паховые - мелкие, безболезненные, не спаяны с окружающими тканями. Суставы: припухлость проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев правой руки, II и III пальцев левой руки, II-V пястно-фаланговых суставов обеих рук, деформация II пальца правой кисти по типу «лебединой шеи», ограничение объема движений и сгибательная контрактура обоих локтевых суставов, веретенообразная деформация II и III пальцев левой стопы, дефигурация обоих голеностопных суставов с ограничением движения в них, припухлость обоих коленных суставов (больше справа), ограничение движения в них, ограничение разведения в обоих тазобедренных суставах. Утренняя скованность в лучезапястных и мелких суставах обеих рук до 40 минут. Другие суставы внешне не изменены, объем пассивных и активных движений в них полный. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов не выслушивается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Нb – 100 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 202×10^9 /л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 44%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 47%, моноциты – 3%, СОЭ – 46 мм/ч. Общий

анализ мочи: относительная плотность – 1014, белок – 0,06‰, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – 0 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 48%, глобулины: α_1 – 11%, α_2 – 10%, β – 5%, γ – 26%; серомукоид – 0,8 (норма – до 0,2), АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевины – 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок 34 мг/л (норма – до 5). Рентгенограмма правого коленного сустава: эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. Какой лабораторный маркер может определить вариант данного заболевания как серонегативный или серопозитивный?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в дебюте процесса?
5. Составьте план лечения больного.
6. Каков прогноз при данном заболевании и чем он определяется?

Задача № 16.

Маша Д., 16 лет, поступила в отделение с жалобами на разжиженный стул до 5 раз в сутки с примесью крови и слизи. Из анамнеза известно, что девочка заболела 2 года назад, когда через 2 недели после перенесенной ОРВИ на фоне субфебрилитета появилась отечность и болезненность в области голеностопных и коленных суставов, а спустя месяц – боли в нижней половине живота, учащение стула до 4-5 р/сут с примесью алой крови и слизи. На фоне симптоматической терапии положительной динамики не было. При обследовании в стационаре по месту жительства: вес 28кг, гемоглобин 98г/л, лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 25 мм/ч, СРБ ++, при ректороманоскопии – признаки эрозивно-язвенного проктосигмоидита. Получала преднизолон 1,5мг/кг/сут в течение 7 дней с быстрой отменой, сульфазалазин 1г/сут – 1 мес, инфузионную терапию. На фоне лечения отмечалась положительная динамика – купирование суставного синдрома, отсутствие болей в животе, нормализация стула. Три месяца назад после психо-эмоционального стресса (смерть отца) состояние ухудшилось, появились слабость и повышенная утомляемость, ноющие боли в животе, учащение стула до 3-4х р/сут, болезненность дефекаций. При амбулаторном обследовании пальпаторно увеличение размеров печени (до +2,5см по среднеключичной линии), в б/х крови увеличение АЛТ и АСТ в пределах 2 и 3 норм соответственно, увеличение ГГТ и ЩФ до 2х норм. При поступлении: состояние стабильное, рост 167 см, вес 52 кг. Кожные покровы розовые, чистые от сыпи. Лимфоузлы не увеличены. Области суставов визуально не изменены, движения безболезненные, в полном объеме. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, чувствительный по ходу толстого кишечника. Печень +2 см по правой среднеключичной линии, край ровный. Селезенка не пальпируется. Стул 5 р/сут (в т.ч. 3 эпизода дефекаций в ночное время суток), с примесью сгустков крови (до 5 мл) и слизи. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Клинический анализ крови: Нв-125 г/л, эр-3,9х

1012/л, тромб – 312, лейкоциты – $5,8 \times 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 58, э-4%, лимф – 32, моно – 3%, СОЭ – 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, альбумины – 53%, глобулины: α_1 – 5%, α_2 – 10%, β – 13%, γ – 19%; АЛТ – 37 Ед/л, АСТ – 41 Ед/л, ГГТ – 43,9 ед/л (норма 6-37). УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, контуры ровные, паренхима гиперэхогенная, однородная, уплотнены стенки сосудов. Из-под края реберной дуги выступает на 30 мм. Поджелудочная железа равномерно увеличена, паренхима умеренно уплотнена. Желчный пузырь обычной формы, увеличен, стенки уплотнены, в просвете много рыхлого осадка. Стенки общего желчного протока уплотнены. Селезенка не увеличена. Паренхима умеренно уплотнена, однородная. Колоноскопия: Слизистая подвздошной кишки бледно-розовая, лимфофолликулярная гиперплазия и подслизистые петехиальные кровоизлияния. Слизистая оболочка толстой кишки розовая, сосудистый рисунок смазан, определяются точечные втяжения на всем протяжении. В сигмовидной и прямой кишке сосудистый рисунок отсутствует, единичные эрозии. Взята биопсия. Биопсия печени: портальные тракты не расширены. Видимые желчевыводящие протоки мелкие. Отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами. Фрагменты печеночных долек с дискомплексацией балок. Гепатоциты со слабо выраженными явлениями зернистой дистрофии. Встречаются единичные гепатоциты с вакуолизированными ядрами.

Задание:

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

Задача № 17.

Девочка 8 лет поступила в клинику для обследования, в связи с изменениями в анализах мочи. Из анамнеза известно, что ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса при рождении – 3200 г, длина – 50 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит. Пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад. Лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи. Месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Лечение проводилось только симптоматическое. Через две недели после перенесенного заболевания в контрольных анализах мочи выявлены изменения в виде протеинурии и эритроцитурии. Данные объективного осмотра: при поступлении жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Видимых отеков нет. В легких хрипов нет, сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. АД 135/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное, снижения диуреза не отмечено. Данные проведенного обследования: Общий анализ крови: Нб – 132 г/л, эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, лейкоциты – $7,3 \times 10^9/л$, п/я – 3%, с/я – 47%, л – 38%, эоз. – 2%, м – 8%, СОЭ – 25 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, белок – 0,9 г/л, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения, эритроциты – измененные – 30–40 в поле зрения, зернистые цилиндры – 5–10 в поле зрения.

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

Задание:

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

Задача № 18.

Оля Н., 12 лет, 3 месяца назад впервые после школьных соревнований почувствовала острую боль в правом подреберье. Тошноты и рвоты не было. Школьным врачом была назначена «Ношпа», через 1 час боли прекратились, родителям было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства. Мать девочки страдает ожирением 2 степени, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – сахарный диабет II типа, 20 лет назад была прооперирована по поводу калькулезного холецистита. Акушерский анамнез неотягощен, раннее развитие по возрасту. При осмотре: рост 155 см, масса 60 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца громкие, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в правом подреберье. Симптом Кера – слабopоложительный. Ортнера, Мюсси – отрицательные. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. По другим органам без патологии. Стул нерегулярный, со склонностью к запорам. Дизурии нет. При обследовании: Общий анализ крови: НБ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк , - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я - 52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок -нет; сахар -нет; эп. кл. - 1-2 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 45 Ед/л, АсАТ - 34 Ед/л, ЩФ -165 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 150 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,4 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,3 ммоль/л, ЛПОНП – 0,5 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 65х31 мм с перетяжкой в области шейки, стенки 1-1,5 мм. В просвете желчного пузыря

визуализируется эхопозитивное образование размером 11х4 мм, смещаемое, со слабой акустической дорожкой. Определяется большое количество густой желчи в виде взвеси с хлопьями. В желудке небольшое количество гетерогенного содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18мм, тело 15 мм, хвост 19 мм (норма), эхогенность хвоста снижена.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите основные методы диагностики данного заболевания.
4. Обоснуйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у этого больного.
5. Какие группы препаратов могут быть рекомендованы при лечении этого заболевания?
6. Диспансерное наблюдение.

Задача № 19.

Максим К., 13 лет, на протяжении 4 лет наблюдается у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, с обострениями 2-3 раза в год. В период обострений ребенка беспокоят изжога, отрыжка, боли в эпигастриальной области, возникающие после приема обильной пищи, газированной воды, при длительном перерыве в еде. Наследственность отягощена: мать ребенка страдает хроническим гастритом; отец – гастродуоденитом, гипертонической болезнью, бабушка по линии матери – сахарным диабетом 2 типа, дедушка по линии отца – ИБС, атеросклерозом, гипертонической болезнью. Раннее развитие ребенка – без особенностей. Учится в специализированной школе с углубленным изучением математики, физики, с 6-дневным обучением. При осмотре: рост 170 см, масса 60 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Зев розовый, чистый. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот обычной формы, мягкий, при глубокой пальпации под мечевидным отростком появляется небольшая болезненность, распространяется в пилорoduodenальную область. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптомы Ортнера, Керра, Мюсси – отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в 2 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При обследовании: Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, ЩФ - 128 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 110 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед, общий билирубин - 11 мкмоль/л, из них связ. - 4 мкмоль/л. Холестерин общий – 5,5 ммоль/л, ЛПНП – 3,6 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ЛПОНП – 0,8 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь овальной формы 75х32 мм с перегибом в области шейки, стенки 2,5-3,0 мм, неровные. В просвете желчного пузыря, по задней и передней стенке визуализируются множественные несмещаемые эхопозитивные образования размером до 2,5 -3 мм, без акустической тени, без признаков васкуляризации. В желудке небольшое количество гетерогенного

содержимого, стенки его не изменены. Поджелудочная железа: головка 18 мм (норма), тело 15 мм (норма), хвост 18 мм (норма), эхогенность головки и хвоста снижена. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода в нижней трети гиперемирована, отечна, кардия смыкается недостаточно, находится ниже пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке желчь, слизистая оболочка антрального отдела гиперемирована, умеренно отечна. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов разрыхлена.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Лечебно-профилактические мероприятия
6. Диспансерное наблюдение.

Задача № 20.

Девочка Наташа О., 3 года 2 месяца, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, рвоту, бледность кожных покровов, уменьшение мочевыделения. Из анамнеза известно, что за неделю до поступления у девочки поднялась температура до 38,0 °С, появился жидкий стул. Получала симптоматическую терапию. В течение последних двух дней отмечалась многократная рвота, девочка стала вялой, бледной, реже мочится. При поступлении состояние крайне тяжелое. Девочка в сознании, но на осмотр почти не реагирует. вялая. Кожные покровы резко бледные, с восковидным оттенком, слегка желтушные. На конечностях и туловище небольшое количество мелких свежих экхимозов. Склеры иктеричные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум на верхушке. АД 120/90 мм.рт.ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. При осмотре выделила 30 мл бурой мочи. Стул темной окраски, оформленный. Общий анализ крови: Hb - 32 г/л, эритроциты - $1,4 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9, ретикулоциты - 16%, тромбоциты - 50×10^9 /л, лейкоциты - $11,5 \times 10^9$ /л, метамиелоциты - 2%, миелоциты - 1%, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 65%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 5%, СОЭ 45 мм/час, анизоцитоз, в каждом поле зрения шизоциты. Общий анализ мочи: цвет красно-коричневый, уд. вес не определен из-за малого количества мочи, белок - 1,165 г/л, глюкоза отриц., уробилин положит., эпителий немного, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты 5-6, цилиндры: восковидные 1-2 в поле зрения, зернистые 1-2 в поле зрения, гиалиновые 3-4 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок - 61 г/л, мочевины - 28 ммоль/л, креатинин - 320 ммоль/л, билирубин общий - 45 ммоль/л, непрямой - 33 ммоль/л, прямой - 12 ммоль/л, калий - 7,1 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, свободный гемоглобин 0,3 ммоль/л, АСТ - 25 ЕД, АЛТ - 35 ЕД, ЛДГ 650 ЕД (N < 279) .

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. Какие клинические симптомы и лабораторные исследования подтверждают Ваше предположение?

2. Объясните патогенез гемолиза.

3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 4. Какие дополнительные обследования показаны?

5. Какова тактика ведения пациентки?

6. Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 21.

В отделение поступил Саша Д., 7 мес. В связи с жалобами на постоянную одышку с рождения, значительно усилившуюся в последнее время. Из анамнеза известно, что в возрасте 3 месяцев впервые выслушан шум в межлопаточном пространстве и выявлено увеличение размеров сердца и печени. Ребенок от молодых здоровых родителей, от 1-ой беременности. На сроке беременности 7-8 недель мать перенесла ОРВИ. Лечилась домашними средствами. Роды в срок, кричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, при сосании быстро уставал, нарастала одышка. В 2 месяца перенес ОРВИ, в 3 мес - пневмонию, протекавшую с нормальной температурой, кашлем, усилением одышки. При осмотре ребенок активен, выраженная одышка до 60 в минуту, нижние конечности бледные, холодные. Отмечаются приступы беспокойства. В легких пуэрильное дыхание, в задних отделах небольшое количество среднепузырчатых влажных хрипов. Границы относительной сердечной тупости: правая - по парастеральной линии, верхняя - 3 межреберье, левая - по левой передней аксиллярной линии. Тоны сердца звучные, 2 тон усилен над аортой, грубый систолический шум в межлопаточном пространстве. Пульс на руках высокого наполнения и напряжения, на ногах не определяется. Живот мягкий безболезненный. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Артериальное давление на верхних конечностях 150/100 мм.рт.ст., на нижних конечностях определить не удалось. Электрокардиограмма: синусовый правильный ритм, отклонение электрической оси сердца влево. Увеличение левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: умеренное усиление легочного рисунка. Увеличение размеров сердца, преимущественно влево.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какие анатомические варианты данного заболевания Вы знаете?

3. Чем можно объяснить повышение АД при данном заболевании?

4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз? 5. Какие существуют показания для проведения хирургического лечения при данном заболевании?

6. Оцените прогноз заболевания.

Задача № 22.

Дима К., 9 лет, 2 месяца назад на фоне общего благополучия, через 1 час после ужина почувствовал острую боль в животе в области правого подреберья

и пупка. Ребенок был доставлен в хирургическое отделение детской больницы. На основании данных, полученных при проведении общего осмотра, ультрасонографии, анализов крови и мочи, был поставлен диагноз «Калькулезный холецистит». Оперативно ребенку был удален желчный пузырь. При макроскопическом осмотре желчного пузыря в его полости обнаружен единичный конкремент размером 20х21мм. Раннее течение послеоперационного периода – без особенностей. Выписан на 14 сутки в удовлетворительном состоянии. Через 3 недели после операции ребенок стал предъявлять жалобы на тошноту, чувство «тяжести» и тупую ноющую боль в эпигастриальной области и правом подреберье через 20-30 минут после еды. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, частично непереваренный. Раннее развитие протекало без особенностей. Наследственный анамнез: Отец ребенка здоров, мать и бабушка были прооперированы по поводу желчнокаменной болезни в возрасте 35 лет. При осмотре: рост 140 см, масса 35 кг, кожа бледная, чистая, зев розовый. Лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – чувствителен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень перкуторно – по краю реберной дуги, край не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный. Дизурии нет.

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,9, Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Лейк , - $7,2 \times 10^9/л$; п/я - 2%, с/я -52%, э-3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 25 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 95 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 180 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л, холестерин общий – 5,0 ммоль/л, ЛПНП – 2,7 ммоль/л, ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ЛПОНП – 0,9 ммоль/л. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь не определяется, ложе желчного пузыря чистое. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки утолщены. Поджелудочная железа: головка 22мм (норма 16), тело 16 мм (норма 15), хвост 21 мм (норма 16), эхогенность всех отделов снижена, структура неоднородная.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. В чём заключается патогенез нарушения пищеварения после удаления желчного пузыря?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Назовите показания к оперативному и консервативному лечению
5. Какие группы препаратов должны быть назначены для лечения этого заболевания?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача № 23.

На приеме девочка О., 6 лет. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость при обычных нагрузках, плаксивость, произвольные движения

лицевой мускулатуры, размашистые непроизвольные движения рук и ног, трудности при одевании, неустойчивость, нарушение походки. Из анамнеза известно, что 3 недели назад девочка перенесла фолликулярную ангину с высокой температурой, амбулаторно получала бисептол с положительным эффектом. Была выписана в школу. Через 7 дней после выписки появилась плаксивость, повышенная утомляемость, размашистые некоординированные движения. Ребенок осмотрен участковым педиатром, в клиническом анализе крови патологических изменений не выявлялось. Клиническая симптоматика была расценена как проявления астенического синдрома, синдрома навязчивых движений, назначена метаболическая, седативная терапия. Неврологические симптомы нарастали: усилились проявления гримасничанья, перестала себя обслуживать из-за размашистых гиперкинезов. Мать привезла ребенка в приемное отделение больницы. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок себя не обслуживает из-за размашистых гиперкинезов, отмечаются непроизвольные подергивания лицевой мускулатуры, выраженная мышечная гипотония, неточное выполнение координационных проб. Кожный покров бледно-розовый. Подчелюстные лимфоузлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца: I тон приглушен, на верхушке выслушивается дующий систолический шум, который проводится в левую подмышечную область и не исчезает в ортостазе. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Дизурии нет. Клинический анализ крови: Hb - 120 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $217 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,4 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с/я – 46 %, лимфоциты – 48%, моноциты – 2%, эозинофилы – 2%, СОЭ – 10 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1015, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эритроциты отсутствуют. Иммунологические показатели: АСЛО – 1:2500 (норма до 1:200). ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 88 уд./мин, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз по современной классификации.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Назначьте лечение.
5. Что является показанием для назначения глюкокортикостероидной терапии?
6. Оцените прогноз заболевания.

Задача № 24.

Мальчик К., 2 месяца, доставлен в стационар бригадой скорой медицинской помощи. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от I беременности, протекавшей без особенностей. Роды срочные, самостоятельные в головном предлежании. Масса тела при рождении 3500 г, длина 53 см, оценка по Апгар 8/9 баллов. Из родильного дома ребенок был выписан на 3 сутки жизни. Находится на грудном вскармливании, массо-ростовые прибавки достаточные.

В течение последней недели мальчик стал беспокойным, ухудшился аппетит. За несколько часов до вызова скорой помощи побледнел, полностью отказался от еды, стал вялым, появилось «тяжелое дыхание». При осмотре: состояние тяжелое. Двигательная активность снижена, вялый. Не лихорадит. Кожный покров бледный, с «мраморным» рисунком, цианоз носогубного треугольника. Пастозность голеней. Катаральных явлений нет. ЧД 64 в минуту, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. ЧСС 260 уд/мин, тоны сердца приглушены, шум отчетливо не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости: левая — по левой переднеаксиллярной линии, правая — по правой парастеральной линии. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, пальпируется край селезенки. Клинический анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $314 \times 10^9/л$, лейкоциты - $8,0 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с/я - 43%, эозинофилы - 4%, лимфоциты - 45%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, лейкоциты — 0-1 в п/зр., эритроциты отсутствуют. ЭКГ: ЧСС 280 уд./мин, зубец Р отчетливо не визуализируется, комплексы QRS узкие.

Задание:

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

Задача № 25.

Мальчик 12 лет госпитализируется впервые. В течение последних 2-х лет беспокоят боли в подложечной области, возникающие после приема острой, жареной пищи, газированной воды, а также в ночное время. Амбулаторно неоднократно назначались антацидные препараты, витамины, проводилась коррекция диеты. Эффект от проводимой терапии был кратковременным. 3 месяца назад мальчик стал заниматься спортивной гимнастикой. Через месяц появилась изжога, отрыжка «кислым», боли за грудиной, возникающие после еды и ночью. Раннее развитие без особенностей. Аллергоанамнез неотягощен. Инфекционными заболеваниями болеет редко. Мать 38 лет страдает гастритом; отец 40 лет — гастродуоденитом; у бабушки (по линии матери) — рак пищевода. При осмотре: положение активное. Кожные покровы чистые, розовые. Катаральные явления отсутствуют. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, звучные. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в эпигастральной области. Стул регулярный, дисурии нет. Клинический анализ крови: Hb — 126 г/л; эр.- $4,4 \times 10^{12}/л$; ц.п.-0,92; лейкоц — $7,2 \times 10^9/л$; п/я-3%; с/я—54%; э-3%; л-32%; м-8%; СОЭ — 7 мм/час. Общий анализ мочи: кол-во 100 мл, цвет — светло-желтый, прозрачность полная, относительная плотность—1023, рН —6,0, белок, глюкоза —abs, эпителий плоский —един. в п/зр., лейкоциты —1-2 в п/зр. Биохимический анализ крови: общий белок — 76 г/л; альбумины — 55%; глобулины: α_1 — 5%, α_2 — 10%, β — 12%, γ -18%; АсАТ — 28

Ед/л; АЛАТ – 30 Ед/л; ЩФ – 78 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 15 мкмоль/л, прямой билирубин – 4 мкмоль/л, железо сывороточное – 16 мкмоль/л. ФЭГДС: слизистая оболочка пищевода гиперемирована в н/3 по типу «языков пламени», отечная, на задней стенке эрозия до 0,3 см, с беловатым налетом. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована в теле и антральном отделе, умеренно отечна. В просвете желудка слизь, желчь. Привратник смыкается неполностью. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки и постбульбарных отделов умеренно гиперемирована, отечна. Рентгенологическое исследование ЖКТ с барием: акт глотания не нарушен. Жидкая бариевая взвесь свободно проходит по пищеводу. В н/3 пищевода имеется дефект заполнения. Кардия расположена обычно, не смыкается. При проведении пробы с водой определяется активный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. После проведения пробы с водой определяется пассивный желудочно-пищеводный рефлюкс в н/3 пищевода. Внутриведочная суточная рН-метрия: базальный уровень рН в теле желудка 1,2-1,4 ед. (нормацидность 1,6-2,0); в пищеводе – 7 ед. (норма min 4,1 ед, max 7 ед), в антральном отделе – 5 ед. (норма max 5 ед.) За время исследования зарегистрировано 70 эпизодов снижения рН в пищеводе менее 4,0 ед, что составляет 34% от исследуемого времени (норма 4,2%), преимущественно в положении лежа и ночью. В антральном отделе зарегистрировано периодическое повышение уровня рН выше 5 ед.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
4. Назначьте лечение пациенту.
5. Каков прогноз данного заболевания?
6. Лечебно-профилактические мероприятия

Задача № 26.

Девочка 4-х лет, доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на выраженный отек губ и лица, кашель, появление уртикарных элементов по всем кожным покровам, боли в животе. Накануне поступления в стационар девочка употребляла в пищу орехи и яблочный сок. Из анамнеза известно, что у ребенка в 3 года в апреле, мае наблюдался выраженный зуд глаз, частое чихание, появление обильного слизистого отделяемого из носа. В раннем возрасте отмечались явления атопического дерматита в виде пятнисто-папулезной зудящей сыпи на коже лица, рук, ног, животе. У отца ребенка явления сезонного риноконъюнктивита. При осмотре: отек мягких тканей лица. На коже уртикарии диаметром до 5-8см, отек конечностей. Беспокоит интенсивный кожный зуд. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул был накануне без патологических примесей. Мочеиспускание не затруднено. Клинический анализ крови: Нв- 121 г/л, эр-4,26 x 10¹²/л, лейкоц – 6,8 x 10⁹/л, п/я – 2%, с/я – 57%, э-13%, б-0%, лимф – 20%, мон – 5%, СОЭ- 10 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Назначьте дополнительные методы обследования.
4. Какие неотложные мероприятия необходимо провести?
5. Какие диетические рекомендации Вы дадите родителям ребенка?
6. Каков прогноз заболевания?

Задача № 27.

Мальчик 3 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38° С, упорный влажный кашель с мокротой. Из анамнеза известно, что первом году мальчик рос и развивался соответственно возрасту, не болел. В возрасте 1 года, во время игры на полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом «пневмония». Повторно перенес 2 пневмонию в возрасте 2х и 2,5 лет. При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 15 кг, рост 93 см. ЧД – 36/мин, ЧСС - 110 уд/мин. Сатурация 96%. Кожные покровы бледные, сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно: над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см, в/3. Селезенка не пальпируется, Стул регулярный, дизурии нет. Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - 3,0 x 10¹²/л, Лейк -13,9 x 10⁹/л, п/я - 7%, с -65%, л -17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час. Клинический анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность -1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины -60%, альфа1-глобулины -4%, альфа2-глобулины - 15%, бета-глобулины -10%. гамма-глобулины - 11%, СРБ 20,0 мг/л Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? С чем это могло быть связано?
4. В консультациях каких специалистов нуждается ребенок?
5. Необходимые обследования.
6. Каков прогноз заболевания?

Задача № 28.

В областную больницу поступил подросток 15 лет с жалобами на периодическое изменение цвета мочи (по описаниям напоминает цвет мясных помоев). Мальчик от третьей беременности, протекавшей с токсикозом в первом

триместре, третьих срочных, физиологических родов. Вакцинирован по календарю. Респираторными заболеваниями болеет 3-4 раза в год. До поступления в стационар не обследовался, анализ мочи делался последний раз в 7 лет, результат неизвестен. Из семейного анамнеза известно, что у матери с детства эритроцитурия с умеренной протеинурией, дед по линии матери умер в 30 лет от почечной недостаточности, страдали снижением слуха, вплоть до полной глухоты. Брат матери с 28 лет получает лечение гемодиализом. При осмотре подросток правильного телосложения. Рост и вес соответствуют 25 перцентиле. Отвечает только на вопросы, заданные громко. Кожа бледная, сухая. Отеков нет. Артериальное давление 150/90 мм рт.ст. мочеиспускание не нарушено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча мутная, коричневатого оттенка. Стул не изменен. Клинический анализ крови («Cito!») - эритроциты $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 98 г/л, СОЭ – 5 мм/ч; Креатинин сыворотки крови («Cito!») 167 ммоль/л. Анализ мочи; удельный вес 1,011, цвет красный, белок 1, 5 г/л, эритроциты сплошь, лейкоциты 3-5 в поле зрения.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования и обоснуйте необходимость проведения нефробиопсии.
4. Назначьте лечение и план диспансерного наблюдения за ребенком.
5. Определите прогноз течения заболевания у данного ребенка.
6. Лечебно-профилактические мероприятия.

3.2 Перечень вопросов для проведения промежуточного (экзамен) контроля по дисциплине (модулю):

1. Особенности патологии детей в грудном возрасте.
2. Семиотика поражений нервной системы у детей.
3. Судорожный синдром у детей различного возраста.
4. Семиотика изменений окраски кожи у детей.
5. Семиотика сыпи у детей. перекресте.
6. Семиотика и синдроматика патологии сердечно-сосудистой системы.
7. Семиотика заболеваний органов дыхания у детей.
8. Семиотика кашля.
9. Семиотика одышки у детей.
10. Синдром дыхательной недостаточности и крупа.
11. Семиотика нарушений функций желудочно-кишечного тракта у детей.
12. Семиотика болей в животе.
13. Семиотика нарушений функции двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы у детей.
14. Семиотика нарушений функций печени и желчевыделительной системы.
15. Семиотика отеков у детей.
16. Синдром почечной недостаточности.

17. Гемолитическая болезнь новорожденного. Значение проблемы. Этиология, патогенез, классификация, клиника, критерии диагностики, консервативное и оперативное лечение, неотложная помощь при ГБН, диспансеризация, профилактика.

18. Перинатальные энцефалопатии у детей. Значение проблемы. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение. Критерии диагностики и принципы лечения энцефалопатии у новорожденных детей. Диспансеризация детей с данной патологией.

19. Клиника и неотложная помощь при асфиксии новорожденных.

20. Клиника и неотложная помощь в остром периоде постгипоксической энцефалопатии.

21. Гнойно-септические заболевания у новорожденных детей и детей первых месяцев жизни. Профилактика их в родильном доме. Принципы лечения.

22. Внутриутробная инфекция плода. Диагностика, профилактика, последствия.

23. Острые пневмонии у детей раннего возраста. Этиология, патогенез, классификация, диагностика, лечение, диспансеризация.

24. Этиология, клиника, диагностика осложнений пневмонии у детей. Принципы терапии.

25. Клиника и неотложная терапия острой дыхательной недостаточности при бронхолите у детей.

26. Синдром сердечно-сосудистой недостаточности. Клиника и неотложная помощь при отеке легких у детей.

27. Синдром дыхательной недостаточности у детей с осложненной пневмонией. Клиника, классификация, лечение. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности II, III степени.

28. Клиника и неотложная помощь при гипертермическом и судорожном синдроме у детей.

29. Нейротоксический синдром. Клиника и неотложная помощь при злокачественной гипертермии у детей.

30. Клиника и неотложная помощь при инфекционном токсикозе, токсико-септическом шоке у детей.

31. Клиника и неотложная помощь при острой надпочечниковой недостаточности у детей.

32. Клиника и неотложная помощь при инфекционном токсикозе, токсико-септическом шоке.

33. Клиника, неотложная помощь при острой почечной недостаточности у детей. 34. Неотложная помощь при острой остановке сердца (клинической смерти) у детей.

35. Клиника и неотложная помощь при анафилактическом шоке у детей.

36. Хронические неспецифические заболевания бронхолегочной системы. Принципы лечения и диспансеризации детей.

37. Принципы диспансеризации детей с рецидивирующей бронхолегочной патологией (бронхит, пневмония). Принципы лечения, реабилитации.

38. Острая ревматическая лихорадка. Этиопатогенез, патоморфология, рабочая классификация, критерии диагностики ревматизма у детей. Принципы лечения.
39. Современные особенности ревматизма у детей. Диспансеризация, первичная и вторичная профилактика ревматизма у детей.
40. Основные диагностические критерии склеродермии у детей. Принципы лечения.
41. Ювенильный ревматоидный артрит. Клиника, классификация, диагностика, диспансеризация.
42. Системная красная волчанка у детей, этиопатогенез, диагностические критерии, принципы лечения.
43. Клиника и неотложная помощь при острой сосудистой недостаточности у детей (обморок, коллапс).
44. Геморрагический васкулит у детей. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение, диспансеризация. Тромбоцитопеническая пурпура. Этиопатогенез, критерии диагностики, лечение, диспансеризация.
45. Гемофилия у детей. Этиопатогенез, критерии диагностики, способы остановки кровотечения, диспансеризация больных.
46. Принципы диагностики и лечения хронического гастродуоденита у детей.
47. Принципы диагностики, лечения и профилактики язвенной болезни у детей.
48. Профилактика обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
49. Дискинезия желчевыводящих путей. Клиника, диагностика, лечение.
50. Критерии диагностики холецистохолангита у детей. Этиология, принципы лечения.
51. Глистные инвазии у детей: энтеробиоз, аскаридоз, дифиллоботриоз, описторхоз, трихоцефаллез, токсокароз. Эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.
52. Хронический гепатит у детей. Этиология, патогенез, критерии диагностики, клиника, классификация, лечение.
53. Острый диффузный гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение, диспансеризация.Х
54. Хронический диффузный гломерулонефрит. Клиника, критерии диагностики, лечение и диспансеризация детей.
55. Пиелонефрит у детей. Классификация, критерии диагностики, принципы лечения и диспансеризация.

4. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1 Основная литература

1. Воронцов, И. М. Пропедевтика детских болезней: учеб. для мед. вузов / И. М. Воронцова, А. М. Мазурин ; [под общ. ред. О. А. Маталыгиной]. - 3-е изд., доп. и перераб. - Санкт-Петербург : Фолиант, 2010.

2. Неонатология: [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.

3. Шабалов, Н. П. Неонатология: [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.

4. Детские болезни: учебник / под ред. Н. Н. Володина, Ю. Г. Мухиной. - Т. 1 : Неонатология / под ред. Володина Н. Н., Мухиной Ю. Г., Чубаровой А. И. - М.: Династия, 2011.

5. Шабалов, Н. П. Детские болезни: [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб., и доп. - Т. 1. - Санкт-Петербург: Питер, 2012. 26

6. Шабалов, Н. П. Детские болезни: [учеб. для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 7-е изд., перераб., и доп. - Т. 2. - Санкт-Петербург: Питер, 2012.

7. Педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов / [В. Г. Арсентьев, С. В. Девяткина, Н. В. Гончар и др.] ; под ред. Н. П. Шабалова. - 5-е изд., испр. и доп. - Санкт-Петербург : СпецЛит, 2010. - 935 с. - (Учебник для медицинских вузов). - URL : <http://e.lanbook.com>

8. Запруднов, А. М. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 1 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 768 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

9. Запруднов, А. М. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] : в 2 т. Т. 2 / А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 752 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

10. Педиатрия : нац. руководство : в 2 т. Т. 1 / [Р. И. Аванесян, Т. Г. Авдеева, Е. И. Алексеева и др.]. ; подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : [26] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.

11. Педиатрия : нац. руководство : в 2 т. Т. 2 / [О. Е. Агранович, Н. А. Аклаева, В. А. Аксенова и др.]. / подгот. под эгидой Союза педиатров России и Ассоц. мед. о-в по качеству. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1023 с. : [23] л. ил., ил. + CD. - На обл. : Национальный проект "Здоровье". Союз педиатров России.

12. Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 1 / под ред. А. А. Баранова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1017 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

13. Педиатрия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 2 т. Т. 2 / под ред. А. А. Баранова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1024 с. : ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

14. Григорьев, К. И. Педиатрия : справ. практ. врача / К.И. Григорьев. - М. : МЕДпрессинформ, 2008.

4.2 Дополнительная литература

1. Капитан, Т. В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми : учеб. для вузов. - 5-е изд., доп. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009. - 655 с. : [6] л. ил.

2. Учебник-практикум по детским болезням : для проведения практ. занятий на лечеб. фак. / [Р. Г. Артамонов, С. С. Паунова, В. В. Смирнов и др.] ; под ред. Р. Г. Артамонова. – Москва : Видар-М, 2013. – 310 с. : [36] л. ил.
3. Детские болезни [Электронный ресурс] : [учеб. для мед вузов] / [Л. Н. Баженова, Г. Н. Баяндина, Н. А. Белоусова и др.] ; под ред. А. А. Баранова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1006 с. ил. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>
4. Неонатология : нац. руководство / гл. ред. Н. Н. Володин ; науч. ред. : Е. Н. Байбарина и др. ; Рос. ассоц. специалистов по перинат. медицине. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 849 с. : [9] л. ил., ил. + CD. - (Национальные руководства). 2
5. Болезни детей грудного возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, П. Д. Ваганов. В. В. Смирнов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011. - 318 с.
6. Болезни детей старшего возраста : [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / [сост. : Р. Г. Артамонов, О. Ф. Выхристюк, П. Д. Ваганов и др.] ; под ред. С. С. Пауновой ; Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. болезней лечеб. фак. - М. : РГМУ, 2011.
7. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. – Т. 3 : Кардиология и ревматология детского возраста: (избр. главы) / [И. В. Абдулатипова, Е. И. Алексеева, Ю. М. Белозеров и др.]. - М : Медпрактика-М, 2009.
8. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 9 : Заболевания органов дыхания у детей / под ред. Б. М. Блохина / В. Ф. Баликин и др. - М : Медпрактика-М, 2007.
9. Практическое руководство по детским болезням : [учеб. пособие для системы постдиплом. образования] / Под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 10 : Восстановительное лечение в педиатрии / под ред. Б. А. Поляева, О. А. Лайшевой. - М : Медпрактика-М, 2008.
10. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 11: Детская вегетология / под ред. Р. Р. Шиляева, Е. В. Неудахина / [Антонова Л. К. и др.]. - М : Медпрактика-М, 2008.
11. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 12 : Детская дерматовенерология / под ред. Н. Г. Короткого, Н. М. Шаровой. - М : Медпрактика-М, 2009.
12. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 13 : Основы детской хирургии : пособие для практикующих врачей / под ред. А. В. Гераськина. – М : Медпрактика-М, 2009.
13. Практическое руководство по детским болезням / под общ. ред. В. Ф. Коколиной, А. Г. Румянцева. - Т. 14 : Современные рекомендации по питанию детей / под ред. Ю. Г. Мухиной, И. Я. Коня / [Ю. Г. Мухина, И. Я. Конь, С. В. Бельмер и др.]. – М : Медпрактика-М, 2010.
14. Лекции по педиатрии : [учеб. пособие для мед. вузов] / Рос. гос. мед. ун-т ; под ред. В. Ф. Демина [и др.]. - Т. 9 : Иммунология. - Москва : РГМУ, 2010.
15. Синдром объемного образования брюшной полости и забрюшинного

пространства у новорожденных : методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, Российский государственный медицинский университет ; разраб. : Т. Н. Кобзева, Н. В. Голоденко. - Москва : РГМУ, 2008. - 30 с.

16. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных : методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет ; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.

17. Миалл, Л. Наглядная педиатрия : учебное пособие для вузов / пер. с англ. под ред. Г. Н. Буслаевой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 174 с. : ил. - Пер. изд. : Paediatrics at a Glance / L. Miall, M. Rudolf, M. Levene. 2nd. ed. Blackwell Publ.

18. Захарова, Л. И. Амбулаторная неонатология [Электронный ресурс] : формирование здоровья ребенка первого года жизни : практ. рук. для врачей-педиатров первич. звена здравоохранения, врачей общ. практики, семейн. врачей / Л. И. Захарова, Д. В. Печкуров, Н. С. Кольцова. - Москва : Медпрактика-М, 2014. - 296 с. - URL : <http://books-up.ru>

19. Кардиология детского возраста [Электронный ресурс] / [Ю. М. Белозеров и др.] ; под ред. А. Д. Царегородцева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

20. Клайнман Ч. Гемодинамика и кардиология [Электронный ресурс] / Чарльз С. Клайнман, И. Сери ; пер. с англ. - М.: Логосфера, 2015. - 512 с. (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>

21. Олс, Р. Гематология, иммунология и инфекционные болезни [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / Р. Олс, М. Едер ; ред.-консультант Р. А. Полин. - Москва : Логосфера, 2013. - XX, 388 с. : ил. - (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru> 22. Нью Д. Гастроэнтерология и питание [Электронный ресурс] / под ред. Р. Полина ; пер. с англ. - Москва : Логосфера, 2014. - 512 с. - (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>

23. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных [Электронный ресурс] : острый период и поздние осложнения. - 5-е изд. (эл.). - Москва: БИНОМ. Лаб. знаний, 2012. - URL : <http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp>

24. Власюк В. В. Патология головного мозга у новорожденных и детей раннего возраста [Электронный ресурс]. - Москва : Логосфера, 2014. - 288 с. - URL : <http://books-up.ru>

25. Банкалари Э. Легкие новорожденных [Электронный ресурс] / под ред. Р. Полина ; пер. с англ. - Москва : Логосфера, 2015. - 672 с. - (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://books-up.ru>

26. Оу В. Нефрология и водно-электролитный обмен [Электронный ресурс] : пер. с англ. / В. Оу, Ж.-П. Гиняр, Ш. Баумгарт ; под ред. Р. Полина. - Москва : Логосфера, 2015. - 344 с. - (Проблемы и противоречия в неонатологии). - URL : <http://booksup.ru>

4.3 Источники в сети Интернет

1. <https://www.minobrnauki.gov.ru/> Официальный сайт Министерства науки и высшего образования Российской Федерации;

2. <https://www.rosminzdrav.ru/> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации;
3. <http://www.obrnadzor.gov.ru/ru/> Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки;
4. <http://www.nica.ru/> Официальный сайт Национального аккредитационного агентства в сфере образования;
5. <http://www.medprofedu.ru/> Официальный сайт организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
6. <http://window.edu.ru/window/library> Федеральный портал. Российское образование);
7. www.cir.ru/index.jsp (Университетская информационная система России;
8. <http://diss.rsl.ru> Российская государственная библиотека. Электронная библиотека диссертаций;
9. www.scsml.rssi.ru информационные ресурсы центральной научной медицинской библиотеки;
10. <http://www.1.fips.ru> информационные ресурсы Роспатента;
11. <http://www.studmedlib.ru> электронная библиотека медицинского ВУЗа;
12. <http://elibrary.ru> Электронные версии журналов, полнотекстовые статьи по медицине и биологии электронной научной библиотеки;
13. <http://www.studentlibrary.ru/pages/catalogue.html>. Электронная библиотека медицинского вуза КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА;
14. <http://www.iprbookshop.ru/78574.html> Электронно-библиотечная система IPR-BOOKS;
15. <http://www.femb.ru> Федеральная электронная медицинская библиотека Министерства здравоохранения Российской Федерации;
16. <http://window.edu.ru> Единое окно доступа к образовательным ресурсам;
17. <http://med-lib.ru/> Медицинская on-line библиотека Medlib: справочники, энциклопедии, монографии по всем отраслям медицины на русском и английском языках;
18. <http://www.booksmed.com/> Медицинская литература: книги, справочники, учебники.

5. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения

5.1 Перечень информационно-коммуникационных технологий

На лекционных и практических занятиях используются следующие информационные и образовательные технологии:

1. чтение лекций с использованием слайд-презентаций;
2. разбор ситуационных задач;
3. тестирование.

5.2 Перечень лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения

Лицензионное программное обеспечение:

1. Microsoft Windows Professional 7;
2. Microsoft Office 2010 Russian;
3. Microsoft Office 2007 Russian;
4. Kaspersky Endpoint Security для бизнеса.

Свободно распространяемое программное обеспечение:

1. PAINT.NET (<http://paintnet.ru>);
2. ADOBE ACROBAT READER DC (<http://acrobat.adobe.com>);
3. IRFANVIEW (<http://www.irfanview.com>);
4. VLCMEDIA PLAYER (<http://www.vidioplan.org>);
5. K-lite Codec Pack (<http://codecguide.com>).

5.3 Перечень профессиональных баз данных и информационно-справочных систем

1. PubMed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
2. MedScape. <http://www.medscape.com/>
3. Handbooks. <http://www.handbooks.ru>
4. Научная электронная библиотека <https://elibrary.ru>
5. EuropePubMedCentral. <https://europepmc.org/>

6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Вид учебных занятий	Организация деятельности обучающегося
Лекции	В ходе лекционных занятий необходимо вести конспектирование учебного материала. Обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие содержание тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации. Желательно оставить в рабочих конспектах поля, на которых делать пометки из рекомендованной литературы, дополняющие материал прослушанной лекции, а также подчеркивающие особую важность тех или иных теоретических положений. Задавать преподавателю уточняющие вопросы с целью уяснения теоретических положений, разрешения спорных ситуаций.
Практические занятия	Проработка рабочей программы, уделяя особое внимание целям и задачам структуре и содержанию дисциплины. Конспектирование источников. Работа с конспектом лекций, подготовка ответов к контрольным вопросам, просмотр рекомендуемой литературы, работа с текстом (из основной и дополнительной литературы и электронных ресурсов). Решение ситуационных задач по заданной теме.
Самостоятельная работа	Знакомство с основной и дополнительной литературой, включая справочные издания, зарубежные источники, конспект основных положений, терминов, сведений, требующих для запоминания и являющихся основополагающими в этой теме. Работа с конспектом лекций, подготовка ответов к контрольным вопросам и решение ситуационных задач.

Собеседование	На занятии каждый обучающийся должен быть готовым к выступлению по всем поставленным в плане занятия вопросам, проявлять максимальную активность при их рассмотрении. Выступление должно строиться свободно, убедительно и аргументированно. Ответ на вопрос не должен сводиться только к репродуктивному уровню (простому воспроизведению текста), не допускается и простое чтение конспекта. Необходимо, чтобы выступающий проявлял собственное отношение к тому, о чем он говорит, высказывал свое личное мнение, понимание, обосновывал его и мог сделать правильные выводы из сказанного.
Решение ситуационных задач	При решении ситуационной задачи следует проанализировать описанную в задаче ситуацию и ответить на все имеющиеся вопросы. Ответы должны быть развернутыми и обоснованными. Обычно в задаче поставлено несколько вопросов. Поэтому целесообразно на каждый вопрос отвечать отдельно. При решении задачи необходимо выбрать оптимальный вариант ее решения (подобрать известные или предложить свой алгоритмы действия).
Подготовка к промежуточной аттестации	При подготовке к промежуточной аттестации необходимо ориентироваться на конспекты лекций, рекомендуемую литературу и др.

7. Материально-техническое обеспечение по дисциплине (модулю)

Лекции и практические занятия, групповые и индивидуальные консультации, текущий контроль и промежуточная аттестация проводятся в аудиториях, укомплектованных специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории, а также демонстрационным оборудованием и учебно-наглядными пособиями в соответствии со справкой материально-технического обеспечения. Для самостоятельной работы используются помещения для самостоятельной работы, оснащенные компьютерной техникой с подключением к сети «Интернет» и обеспеченные доступом в электронную информационно-образовательную среду.

№	Вид работ	Наименование учебной аудитории, ее оснащенность оборудованием и техническими средствами обучения
1	Лекции	Аудитория, оборудованная мультимедийными и иными средствами обучения: Конференц-зал Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России по адресу: 125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91 Мультимедиа-комплекс, состоящий из следующих аудиовизуальных систем: система звукоусиления, проектор Projectiondesign F32 sx+HB, мультимедийный проектор Digital Projection Vision Laser 6500 WUXGA, экран Lumien Master Picture 274*366 MW FG, экран моторизованный MW ScreenMaxx, 400*300, 2

		плазменные панели LG. Трибуна – 1 шт., стол президиума – 1 шт., кресла с пюпитрами – 160 шт.
2	Практические занятия	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами: ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр детей и подростков ФМБА России», адрес: 115409, г. Москва, ул.Москворечье, д.20. Специализированное оборудование и (или) медицинские изделия (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, негатоскоп, фонарик, персональный компьютер с программой ЕВМИАС) и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально.
3	Самостоятельная работа	Помещения для самостоятельной работы обучающихся: Компьютерные классы (каб. № 218, 323) Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России по адресу: 125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91 Учебные столы – 12 шт., стулья – 12 шт., персональные компьютеры – 12 шт., подключение к сети «Интернет», доступ к электронно-библиотечным ресурсам (ЭБС «Консультант студента», «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»), электронной информационно-образовательной среде организации.

8. Критерии оценивания компетенций

Шкалы оценивания результатов обучения, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках дисциплины (модуля).

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Зачтено	- освоение материала программы дисциплины; - последовательное, четкое и логически стройное использование материалов программы дисциплины при ответе на вопросы; - способность тесно увязывать теорию с практикой; - свободное применение полученных знаний, умений и навыков; - использование при ответе на вопросы опыта практической деятельности;	Компетенция в рамках программы дисциплины сформирована. Индикаторы достижения компетенции проявлены. Демонстрирует понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования/составляющие индикаторов достижения компетенции в соответствии с Разделом 1 рабочей программы выполнены. Проявляет

	- правильное обоснование решений, выводов; - целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач	высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.
Не зачтено	- материал рабочей программы дисциплины не освоен; - обучающийся допускает грубые неточности в терминологии, неправильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах на вопросы; - значительные затруднения в обосновании решений, выводов.	Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования/составляющие индикаторов достижения компетенции в соответствии с Разделом 1 рабочей программы не выполнены.

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Отлично	Глубокое и прочное освоение материала дисциплины, - исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное изложение материалов программы дисциплины, - способность тесно увязывать теорию с практикой, - свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении, - использование при ответе материал монографической литературы, - правильное обоснование принятого решения, - исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач.	Компетенции сформированы. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемых компетенций. Требования, предъявляемые к освоению компетенций, выполнены. Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков
Хорошо	- твердое знание материала программы дисциплины, грамотное,	Компетенции сформированы. Демонстрирует

	без существенных неточностей в ответах его применение; - правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении практических задач; - владение необходимыми навыками и приемами их выполнения	значительное понимание круга вопросов оцениваемых компетенций. Основные требования, предъявляемые к освоению компетенций, выполнены. Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.
Удовлетворительно	- освоение только основного материал без детализации; - неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах; - затруднения при выполнении практических задач	Компетенции сформированы. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемых компетенций. Большинство требований, предъявляемых к освоению компетенций, выполнены. Несамостоятелен при использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности
Неудовлетворительно	Выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задачи.	Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемых компетенций. Ни одно или многие требования, предъявляемые к освоению компетенций, не выполнены.

9. Особенности организации образовательного процесса по программам ординатуры для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Содержание высшего образования по программам ординатуры и условия организации обучения обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной программой ординатуры, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Обучение обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется на основе программ ординатуры, адаптированных для обучения указанных обучающихся.

Обучение по программам ординатуры инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся созданы специальные условия для получения высшего образования по программам ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. Под специальными условиями для получения высшего образования по программам ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения таких обучающихся, включающие в себя:

- использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания,
- специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального использования,
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь,
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий,
- обеспечение доступа в здания организаций и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение программ ординатуры обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности получения высшего образования по программам ординатуры инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информация выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне);

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

- обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации.

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной;

- обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации.

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения.

При получении высшего образования по программам ординатуры обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно услуги сурдопереводчиков.

При получении высшего образования по программам ординатуры обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно учебные пособия, иная учебная литература.