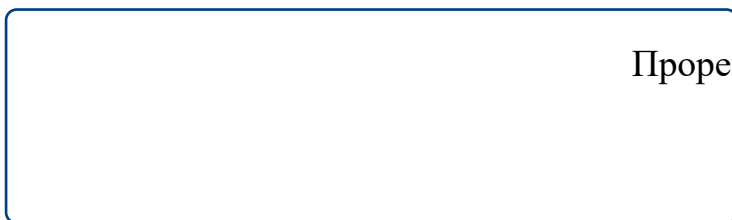


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«27» мая 2022 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.34 Педиатрия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Рабочая программа дисциплины «Педиатрия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 2 от «27» мая 2022 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.1 Применяет методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных представителей); методику осмотра и физикального обследования; клиническую картину, методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и их законных представителей; методику осмотра и физикального обследования; методы диагностики наиболее распространенных заболеваний; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Уметь: применять методы осмотра и физикального обследования детей, методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья. Владеть навыками: оценки состояния здоровья детей, а также оценки состояний, требующих оказания медицинской неотложной помощи.
ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	ИОПК-5.2 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний; интерпретирует и анализирует результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводит дифференциальную диагностику заболеваний у детей и взрослых; выявляет клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания	Знать: факторы риска и причины развития заболеваний у детей; диагностические критерии внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи. Уметь: интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей в соответствии с порядком оказания медицинской помощи,

	медицинской помощи в неотложной форме	клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: диагностики и дифференциальной диагностики наиболее распространенных заболеваний у детей.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.1 Применяет методы медикаментозного и немедикаментозного лечения для лечения патологических заболеваний и состояний	Знать: методы медикаментозного и немедикаментозного лечения при решении профессиональных задач. Уметь: разрабатывать план лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: применения медикаментозного и немедикаментозного лечения патологических заболеваний и состояний у детей.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.2 Использует современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи	Знать: медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний. Уметь: разрабатывать алгоритм лечения детей с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Владеть навыками: назначения лекарственных препаратов детям с наиболее распространенными заболеваниями в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи,

		клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины	Знать: медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении наиболее распространенных заболеваний, механизм их действия. Уметь: оценивать эффективность применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины Владеть навыками: подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий для лечения наиболее распространенных заболеваний у детей в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; оценки эффективности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей с наиболее распространенными заболеваниями.
ОПК-6 Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	ИОПК-6.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния организма	Знать: особенности морфофункционального состояния организма детей в различные возрастные периоды; механизм действия лекарственных препаратов, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; особенности оказания медицинской помощи

		в неотложных формах. Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеть навыками: профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения; оказания медицинской помощи в неотложной форме детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме.
--	--	---

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	8	заключительный

ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	8	основной
-------	---	---	----------

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Педиатрия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Содержание дисциплины Педиатрия является логическим продолжением содержания дисциплин анатомия, нормальная физиология, биохимия, микробиология, патологическая физиология, патологическая анатомия, фармакология, иммунология, пропедевтика, внутренние болезни и служит основой для освоения дисциплин детская стоматология, ортодонтия и детское протезирование, зубочелюстное протезирование у детей и подростков.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 3 / час - 108

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		8	
Контактная работа	54	54	
В том числе:	-	-	-
Лекции	18	18	
Лабораторные работы (ЛР)			
Практические занятия (ПЗ)	36	36	
Семинары (С)			
Самостоятельная работа (всего)	18	18	
В том числе:	-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	4	4	
Самостоятельное изучение тем	2	2	
Реферат	2	2	
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	зачет	зачет	
Общая трудоемкость	час.	72	72
	з.е.	2	2

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Особенности организации детской больницы. Роль	2

	стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервно-психическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	
2	Анатомо-функциональные особенности желудочно-кишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	2
3	Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	2
4	Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	2
5	Экзантемные инфекции у детей. Менингококковая инфекция.	2
6	Синдром ангины у детей. Дифтерия, скарлатина, инфекционный мононуклеоз.	2
7	ОРИ. Грипп. Дифференциальная диагностика, неотложные состояния.	2
8	Заболевания пищеварительной системы у детей.	2
9	Ревматические болезни у детей.	2
	ИТОГО	18

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.		Особенности организации детской больницы. Роль стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервнопсихическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	4	Устный опрос
2.		Анатомо-функциональные особенности желудочно-кишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	4	Устный опрос
3.		Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипервитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	4	Устный опрос
4.		Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	4	Устный опрос
5.		Анатомо-функциональные особенности дыхательной системы у детей. Острый бронхит, пневмония. Особенности бронхиальной астмы у	4	Реферат

		детей. Неотложная помощь при аллергических заболеваниях у детей		
6.		Анатомо-физиологические особенности мочевого выделительной системы у детей. Пиелонефрит. Гломерулонефрит	4	Устный опрос
7.		Кишечные инфекции: токсикоз, эксикоз, клиника, лечение.	4	Устный опрос
8.		Корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит.	4	Устный опрос Тестирование
9.		Итоговое занятие	4	Устный опрос Тестирование
10.		ИТОГО	36	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудоемкость (час)	Вид контроля
1.		Особенности организации детской больницы. Роль стоматологического кабинета в лечебной практике. Анатомо-физиологические особенности нервной системы. Нервно-психическое развитие ребенка. Физическое развитие ребенка, причины нарушения его, клинические варианты.	2	Устный опрос
2.		Анатомо-функциональные особенности желудочнокишечного тракта. Естественное, смешанное, искусственное вскармливание. Питание детей старше 1 года. Значение рационального питания ребенка в его развитии, включая зубочелюстную систему.	2	Устный опрос
3		Анатомо-функциональные особенности кожи, иммунной, костной, мышечной систем. Аномалии конституции. Рахит, спазмофилия, гипervитаминоз Д. Рахит и развитие зубочелюстной системы.	2	Устный опрос Тестирование
4		Анемии. Геморрагические диатезы у детей. Тактика стоматолога при лечении стоматологических заболеваний у детей, страдающих геморрагическим диатезом.	2	Устный опрос Тестирование
8		Корь, краснуха, ветряная оспа, эпидемический паротит.	2	Устный опрос
9		Зачет	2	Устный опрос Тестирование
		ИТОГО	18	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля

успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Типовые контрольные задания

Тема 1. Организация медицинской помощи детскому населению. Структура и организация работы ЛПУ. Основные показатели работы ЛПУ. Младенческая и детская смертность. Распространенность заболеваний

Реферат , примерные вопросы:

1. Организация детского здравоохранения в Российской Федерации. 2. Структура и организация ЛПУ детского профиля 3. Первичное звено оказания медицинской помощи. 4. Виды диспансеризации. 5. Патронажная служба в педиатрии. 6. Организация работы кабинетов здорового ребенка. 7. Специализированная и высокотехнологическая медицинская помощь. 8. Основные показатели работы педиатра. 9. Диспансеризация детей на втором и третьем году жизни. Подготовка детей к ДДУ. 10. Подготовка детей в школе. Диспансерное наблюдение детей.

Тема 2. Оценка физического и нервно - психического развития детей. Работа с центильными таблицами и сегмальными шкалами. Определение готовности ребенка к школе. Критические периоды детства.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

1. Ребенку 5 месяцев, девочка. Родился с весом 3200, рост 50 см. На данный момент вес 6700, рост 60 см. Оценить физическое развитие 2. Ребенку 8 месяцев, мальчик. Родился с весом 2500, рост 58 см. На данный момент вес 7800, рост 69 см. Оценить физическое развитие 3. Ребенку 1 месяц. Родился с весом 3000, рост 49 см. На данный момент вес 4500, рост 54 см. Оценить физическое развитие 4. Ребенку 1,5 года, мальчик. На данный момент вес 1400, рост 75 см. Оценить физическое развитие

Тема 3. Нутрициология. Питания детей раннего возраста. Обсуждения национальных программ питания детей 1 года и от 1-3 лет. Поддержка грудного вскармливания. Составления индивидуальных программы вскармливания детей (меню). Искусственное вскармливания детей.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

1. Ребёнок 9 месяцев. Вес ребенка при рождении 3200 гр, настоящий момент 7500 гр. Естественное вскармливания. Составить рацион питания на 1 день. 2. Ребёнок 5 месяцев. Вес ребенка при рождении 3000 гр, настоящий момент 7600 гр. Искусственное вскармливания. Составить рацион питания на 1 день 3. Ребенку 6 месяцев, вес при рождении 3200 гр, настоящий момент 6800 гр. Составить примерный рацион питания. Находится на искусственном вскармливании (адаптированная смесь) 4. Ребёнок 5 дней. Вес ребенка при рождении 3540 гр. Искусственное вскармливание. Составить рацион питания на 1 день.

Тема 4. Заболевания детей раннего возраста. Задержка внутриутробного развития и постнатальная гипотрофия. Причины, клиническая картина и диетотерапия. Составления индивидуальных схем питания

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом. Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсико-зом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекар-ственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 мес вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 мес - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г. В возрасте 2 мес заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен. При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы су-хие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родни-чок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные "четки". В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в преде-лах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глу-бокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий. Общий анализ крови: НЬ - 99 г/л, Эр ? $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк ? $8,1 \times 10^9$ /л п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,015, лейко-циты - 1-2 в п/з, эритроциты - нет. Бактериологическое исследование кала: дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк - не выделены. Задание 1. Клинический диагноз на момент осмотра? 2. План дополнительного обследования? 3. Какие изменения в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка? 4. Расчет питания на раннем этапе лечения. 5. План медикаментозного лечения?

Тема 5. Заболевания детей раннего возраста. Анемия у детей. Недостаточность витамина Д. Гиповитаминоз. Составления индивидуальной программы лечения.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Ребенок 6,5 месяцев, родился с массой тела 3200 г. На грудном вскармливании до 2 мес, затем переведен на кормление ацидофильной "Малюткой". С 4 мес получает манную кашу. С 2 мес потливость, беспокойный сон, пугливость, раздражительность. Объективно: масса тела 7800 г, длина 63 см. Тургор тканей и мышечной тонус снижены. Голова гидроцефальной формы. Затылок уплощен. Большой родничок 3х3 см, края размягчены. Выражены лобные бугры. Грудная клетка уплощена, нижняя апертура развернута, выражена гаррисонова борозда, пальпируются "четки". Границы сердца: правая - по правой парастеральной линии, левая - на 1 см снаружи от левой средне-ключичной линии. ЧСС - 130 уд/мин. Тоны сердца ясные, чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот распластан, мягкий, отмечается расхождение прямых мышц живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Статомоторное развитие: не поворачивается, двигательная активность снижена. Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк ? $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 3% с - 23% э - 4%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: эпителии - нет, слизи - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет. Задание 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса? 3. Какие изменения костей характерны для острого течения и какие - для подострого? 4. Какие изменения в биохимическом анализе крови должны быть у ребенка? 5. Назначьте специфическую терапию.

Тема 6. Заболевания органов дыхания у детей. Острый и рецидивирующий бронхит. Пневмония у детей. Разработка индивидуальных программ лечения. Рациональная антибактериальная терапия при пневмонии.

Тестирование , примерные вопросы:

1. Наиболее частый возбудитель внебольничной пневмонии у детей старше 6 месяцев: А) Стафилококк золотистый Б) Пневмококк В) Моракселла катаралис Г) В-гемолитический стрептококк 2. Клинические проявления пневмонии: А) Фебрильная температура тела более 3 дней, слабость, вялость, дыхательные расстройства, локальные хрипы или асимметрия хрипов, укорочение перкутанного звука. Б) Фебрильная или субфебрильная температура тела, кашель, обильные мелкопузырчатые хрипы. В) Кашель, экспираторная одышка, обильные сухие и влажные хрипы. 3. Показания для госпитализации в стационар ребенка с пневмонией, кроме: А) При подозрении или доказанной пневмонии у детей раннего возраста Б) Возраст ребенка до 6 месяцев В) Неэффективность стартовой терапии Г) Осложненная пневмония Д) Не возможность проведения адекватной терапии в условиях амбулаторного

этапа лечения. 4. Стартовая антибактериальная терапия при внебольничной нетяжелой пневмонии: А) Цефалоспорины 1 поколения Б) Пенициллины или ингибитор защищенные пневмонии В) Макролиды Г) Аминогликозиды Д) Фторхинолоны 5. Респираторная поддержка детям с пневмонией начинают при снижении сатурации крови ниже: А) ниже 98% Б) ниже 95% В) ниже 90 % Г) ниже 85% 6. Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки: А) от 3 недель до 4 недель; В) от недель до 5 недель; С) от 5 недель до 6 недель; Д) от 6 недель до 8 месяцев; Е) от 8 месяцев и более. 7. Причиной экспираторной одышки является: А) фарингит; В) ларингит; С) бронхиальная обструкция; Д) трахеит; Е) ничего из вышеперечисленного 8. При лечении пневмонии, вызванной бета-лактамазпродуцирующими штаммами пневмококка, целесообразно использовать: А) феноксиметилпенициллин; В) амоксициллин, потенцированный клавулановой кислотой; С) амоксициллин; Д) ампициллин; Е) азитромицин. 9. При лечении микоплазменной пневмонии целесообразно использовать: А) природные пенициллины; В) макролиды; С) полусинтетические пенициллины; Д) цефалоспорины 1-го поколения; Е) аминогликозиды. 10. Основные лечебные мероприятия в остром периоде обструктивного бронхита вирусной этиологии, кроме: А) бронхолитики; В) отхаркивающие; С) вибрационный массаж грудной клетки; Д) антибиотики; Е) физиопроцедуры.

Тема 7. Заболевания органов дыхания. Хроническая бронхолегочная патология у детей: хронический бронхит, бронхоэктазы, бронхолегочная дисплазия у детей. наследственные заболевания легких: муковисцидоз, цилиарная дискинезия, дефицит альфа-1 антитрипсина. Интерстициальные заболевания легких у детей: нейроэндокринная гиперплазия младенцев, гиперчувствительный пневмонит, синдром Вильсона - Микити

Контрольная работа , примерные вопросы:

Султан М., 11 лет, поступил для обследования с жалобами на рецидивирующие бронхиты, постоянный влажный кашель с мокротой. Анамнез заболевания: указанные жалобы возникли с 2х лет, когда после перенесенной острой пневмонии длительное время сохранялся стойкий влажный кашель. С 2х лет до настоящего времени несколько раз в год переносил бронхиты, отличавшиеся затяжным течением, трижды отмечалась левосторонняя пневмония. Последний раз болел бронхитом 4 месяца назад. Ранее не обследовался, лечение получал только в период обострений (антибиотики, отхаркивающие препараты). Анамнез жизни: ребенок из неблагоприятных условий (семья беженцев из района военных действий на Северном Кавказе, в семье шестеро детей). Родился от II доношенной

беременности, протекавшей с анемией, токсикозом 2 половины (повышение АД), 2 срочных родов, масса тела при рождении 3500, длина 51 см. Психомоторное развитие по возрасту, с 2х месяцев находится на искусственном вскармливании. До года дважды (в 2 и 7 месяцев) болел ОРВИ, перенес рахит (профилактика не проводилась). На втором году жизни отмечалась железодефицитная анемия, препараты железа получал нерегулярно. Наследственность: родители здоровы; по линии матери ? у бабушки гипертоническая болезнь, у дедушки ? стенокардия; по линии отца ? дедушка умер от лимфогранулематоза. Старший брат пробанда умер в возрасте 1 года от гнойного менингита, прочие сибсы считают себя здоровыми. При осмотре: состояние средней тяжести. Физическое развитие соответствует возрасту, мальчик пониженного питания, бледен, под глазами синева. Отмечается влажный кашель со слизисто-гнойной мокротой. АД 110/60 мм.рт.ст. Грудная клетка несколько уплощенная, с развернутой апертурой, деформации пальцев по типу ?барабанных палочек?. ЧД в покое 18 в минуту. Сатурация кислорода 97%. Над легкими при перкуссии звук с коробочным оттенком, слева под углом лопатки притупление. При аускультации легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, почти исчезающие после откашливания, слева под углом лопатки стойко выслушиваются мелкопузырчатые хрипы.

Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, звучные, ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Данные обследования: 1. Анализ крови:

Нв 112 г/л, эр. $3,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $6,5 \cdot 10^9/л$, п/я 2%, с/я 66%, лимф. 23%, эоз. 1%, мон. 8%. СОЭ 15 мм/ч. 2. Анализ мочи общий: отн. плотн. 1022, белок ? нет, эр. ? нет, лейкоц. 1-3 в п/зр. 3. Биохимический анализ крови: белок 75 г/л, мочевины 4,5 ммоль/л, креатинин 58 мкмоль/л, холестерин 5,1 ммоль/л, калий 4,5 ммоль/л, АСЛ-О 1: 500. 4. Иммуноглобулины сыворотки: IgA 200 МЕ (N=65-240), IgM 120 МЕ (N=44-260), IgG 1525 МЕ (N= 636-1425). 5. Рентгенография органов грудной клетки: на фоне вздутых легочных полей отмечается понижение пневматизации легочной ткани в нижнемедиальных отделах левого легкого, на фоне которой левый контур сердца не прослеживается. Корни легких недостаточно структурные, уплотнены.

1. Анализ мокроты: в микроскопическом препарате нейтрофилы до 20-25 в поле зрения. Посев на флору: *H.influenzae* 105 и *Str.viridans* 105. 7. ФВД: объемные и скоростные показатели снижены. Умеренное нарушение вентиляционной функции легких по смешанному типу (обструкция преимущественно на уровне периферических воздухоносных путей). Проба с физической нагрузкой и с беродуалом отрицательная. 8. Туберкулиновая проба: отр. Заключение фтизиатра: не инфицирован МБТ. Задание: 1.

Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. 3. Дифференциальная диагностика. 4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок? 5. Тактика ведения: методы терапии, основные группы используемых лекарственных средств, дозы, длительность курсов, контроль эффективности, немедикаментозные методы лечения.

Тема 8. Аллергические заболевания у детей. Атопический дерматит. Аллергический ринит. Бронхиальная астма. Основы оказания неотложной помощи. Индивидуальный подбор базисной терапии.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Участковый врач вызван на дом к девочке 6 лет по поводу возникших ночью приступообразного кашля, одышки, свистящего дыхания. Анамнез заболевания: в возрасте 3х лет у девочки в мае месяце (только при прогулках в лесу или парке) стали возникать кратковременные приступы затруднённого дыхания, которые купировались при возвращении домой. Настоящий приступ возник при контакте с кошкой в гостях. Состояние улучшилось только после проведённых врачом скорой помощи лечебных мероприятий. Анамнез жизни: девочка от I беременности, протекавшей без особенностей, срочных родов. Масса тела при рождении 3400 г, длина 52 см. С двух месяцев на искусственном вскармливании. С 6 месяцев ? явления атопического дерматита, обострения которого периодически отмечаются до настоящего времени после употребления в пищу соков, яиц, шоколада, клубники, карамели. Семейный анамнез: у матери ? атопический дерматит, у отца ? поллиноз. При осмотре: состояние средней тяжести, навязчивый сухой кашель, одышка, ЧД 32 в 1 минуту. Отмечаются сухость, шелушение, расчесы кожи в области щек, локтевых и коленных сгибов. Дыхание свистящее, выдох удлинён. Перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно ? множество сухих свистящих хрипов над всей поверхностью легких. Сатурация кислорода 98%. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный. Данные амбулаторного обследования: 1. Анализ крови: Нб 118 г/л, эр.

4,3*10¹²/л, лейкоц. 5,8*10⁹/л, п/я 2%, с/я 48%, лимф. 28%, эоз. 14%, мон. 8%. СОЭ 3 мм/ч. 2. Общий анализ мочи: отн. плотн. 1016, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. ? нет. 3. Рентгенограмма органов грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2.

Какова этиология данной формы заболевания. 3. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае. Нуждается ли ребёнок в

госпитализации? 4. Какие дополнительные исследования подтвердят данное заболевание и когда их нужно проводить (в какой период заболевания). 5. Назначьте лечение. Ответы: 1. Бронхиальная астма, atopическая, лёгкой степени, персистирующее течение, приступный период ? отягощенный аллергологический анамнез (мама и папа болеют аллергическими заболеваниями, atopический дерматит на первом году жизни), ухудшения состояния после контакта с аллергеном (посещение леса, контакт с кошкой), экспираторная одышка и сухие хрипы в легких, коробочный звук над легкими. 2. Atopическая бронхиальная астма, I тип аллергической реакции. В основе заболевания лежит atopия (внутренние факторы) и реакция немедленного типа, вероятно, на пыльцу деревьев (май месяц) и бытовые аллергены (эпидермис кошки) 3. Неотложные мероприятия - ингаляции с бронхолитиком, например ? фенотерол/ипоротропиума бромид 15 капель. Ингалировать через небулайзер. Через 20 минут оценить лечебные мероприятия, если нет эффекта ингаляцию повторить (3 раза в течение 1 часа) - адекватная оральная регидратация - кислородной терапии девочка не нуждается - госпитализация может быть оправдана, в связи с тем, что девочка не обучена снятию приступов, использованию ДАИ через спейсер, не проведена первичная диагностика. 4. Какие дополнительные исследования подтвердят данное заболевание и когда их нужно проводить (в какой период заболевания) - спирометрия (проба с бронхолитиком) - изучения общего IgE и специфического IgE на аллергены кошки и деревьев (береза, ива, тополь, ясень, вяз, клен, ольха) - кожно ? скарификационные пробы в осенне ? зимний период 5. Назначьте лечение - базисная терапия (с момента снятия приступа) - флутиказона пропионата (фликсотид) 50 мкг по 2 дозы (100 мкг)

* 2 раза в день чрез спейсер ? 3 месяца с контролем проходимости и эффективности - при приступах использовать сальбутамол по 1-2 дозе не более 3 ? 4 раз в день - решить вопрос на фоне ремиссии о необходимости проведения АСИТ.

Тема 9. Острые респираторные заболевания у детей. Острый ларингит. Острый риносинусит. Острый отит. Особенности отоскопии у детей. Современные схемы лечения острых респираторных заболеваний. Рациональная антибактериальная терапия при риносинусите и отите у детей.

Контрольная работа , примерные вопросы:

Вызов врача "неотложной помощи" в 4 часа утра к мальчику 4 лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5°C, насморк, "лающий" кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. До настоящего времени ребенок

рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает. При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается "лающий" кашель, осиплость голоса. Выраженное участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД - 35 в минуту. ЧСС - 126 уд/мин. АД " 85/45 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Стул не нарушен

Задание 1. Ваш диагноз? 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Неотложная помощь. 4. Неотложная помощь при эпиглотите? 5. Классификация стеноза гортани по степени тяжести?

Тема 10. Неотложные состояния в педиатрии. Базовая легочно - сердечная реанимация. Ургентные состояния у детей: шок, кома, судороги. Оказания неотложной помощи при гипертермии, при эксикозе, нарушения ритма сердца, при кровотечении, метаболических нарушениях. Работа в приемном отделении детской больницы

Тестирование , примерные вопросы:

1. Основным мероприятием при выведении из клинической смерти является: А) вдыхание паров нашатырного спирта Б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) В) проведение закрытого массажа сердца Г) одновременное проведение искусственной вентиляции легких и закрытого массажа сердца 2. Компрессии на грудину взрослого человека необходимо производить: А) всей ладонной поверхностью Б) проксимальной частью ладони В) тремя пальцами Г) одним пальцем 3. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку одним лицом: А) на 1 вдох ? 2 компрессии Б) на 2 вдоха ? 4 компрессии В) на 3 вдоха ? 6 компрессий Г) на 2 вдоха ? 12-15 компрессий 4. Противопоказанием к проведению закрытого массажа сердца является: А) отсутствие пульса на сонной артерии Б) отсутствие дыхания В) травмы, не совместимые с жизнью Г) проникающее ранение грудной клетки 5. Правильное соотношение вдохов и компрессий на грудину при проведении реанимации взрослому человеку двумя лицами: А) на 1 вдох ? 2 компрессии Б) на 1 вдох ? 4-5 компрессий В) на 1 вдох ? 10 компрессий Г) на 1 вдох ? 12 компрессий 6. Определите противопоказания к проведению искусственной

вентиляции легких: А) частичная проходимость верхних дыхательных путей Б) проникающее ранение грудной клетки В) травма, не совместимая с жизнью Г) напряженный пневмоторакс 7. Продолжительность клинической смерти при нормотермии (в минутах): А) 1-2 Б) 3-4 В) 5-7 Г) 25-30 8. При проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку необходимо сделать в 1 минуту количество вдуваний: А) 8-10 Б) 10-12 В) 12-20 Г) 20-24 9. Объем вдуваемого воздуха при проведении искусственной вентиляции легких взрослому человеку должен составлять (мл): А) 300-500 Б) 500-800 В) 800-1000 Г) 1200-1500 10. Критерий правильности проведения закрытого массажа сердца предполагает: А) появление пульсовой волны на сонной артерии во время массажа сердца Б) отсутствие пульсовой волны на сонной артерии В) отсутствие дыхания Г) появление самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии 11. Количество вдуваний воздуха в минуту при искусственной вентиляции легких: А) 5 Б) 16 В) 30 Г) 60 12. При проведении наружного массажа сердца ладони следует расположить: А) на верхней трети грудины Б) на границе верхней и средней трети грудины В) на границе средней и нижней трети грудины Г) в пятом межреберном промежутке слева 13. Необходимое условие для проведения закрытого массажа сердца: А) положение больного на жесткой поверхности Б) запрокинутое положение головы В) наличие валика под плечами Г) положение больного ниже колен реаниматоров 1 4. Закрытый массаж сердца новорожденному можно провести: А) кистями обеих рук Б) четырьмя пальцами правой руки В) проксимальной частью правой руки Г) большими пальцами обеих рук

Тема 11. Заболевания сердечно - сосудистой системы. Врожденные и приобретенные пороки сердца. Диагностический поиск, лечения, показания для хирургического лечения и реабилитация.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Больная 3., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка. При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти - "часовых стекол", деформация грудной клетки. Гра-ницы относительной сердечной тупости: правая " на

1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя

- II ребро. Аускультативно: тоны ритмич-ные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интен-сивности

систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Общий анализ крови: НЬ - 148 г/л, Эр - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,9, Лейк - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немно-го. 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 - 19 ЕД/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200). Задание 1. Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза. 2. Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стекол"? 3. Почему диффузный цианоз выявляется с рождения? 4. С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным? 5. Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?

Тема 12. Заболевания сердечно - сосудистой системы у детей. Нарушения ритма сердца. особенности ЭКГ у детей. Оказания неотложной помощи. Ревматические и неревматические кардиты у детей. Клиническая картина. Лечебная тактика.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение самообращением. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибакте-риальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения по-черка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движе-ний при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, со-хранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмеча-ется скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипото-ния, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное,

хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается не-грубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены. Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 46%, э - 2%, л - 48%, н - 2%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты

- отсутствуют, Задание 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации. 2. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений? 3. Составьте план лечения больного. 4. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент? 5. Если показана кортикостероидная терапия, то с какой целью? Ответы: 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации. Ревматический энцефалит. Малая хорея. 2. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений? мазок из зева, ЭКГ, ЭхоКС, ревматические пробы: АСЛ-О, сиаловые кислоты, острофазные белки: С-РБ, фибриноген. 3. Составьте план лечения больного. Антибиотикотерапия (пенициллиновой группы), противовоспалительная терапия (курс ГКС в дозе не более 1 мг/кг, НПВС 4. В консультации какого специалиста нуждается данный пациент? Детский невролог, детский ревматолог. 5. Если показана кортикостероидная терапия, то с какой целью? С противовоспалительной целью.

Тема 13. Диффузные болезни соединительной ткани. Ревматоидный артрит. Классификация. Составления индивидуальной схемы наблюдения за детьми. Современные схемы лечения.

Ситуационная задача, примерные вопросы:

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии, Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически по- постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной

предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет. Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$ Лейк ? $15,0 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 44% э - 2%, л - 47%, м - 3% СОЭ - 46 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,06‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: альфа! - 11%, альфа з - 10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л. Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели. Задание 1. Сформулируйте предварительный диагноз? 2. Какие еще обследования следует провести больному? 3. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется? 4. Составьте план лечения больного. 5. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии?

Тема 14. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей. Системная красная волчанка, дерматомиозит, узелковый периартериит, склеродермия, болезнь Кавасаки. Вопросы диагностического поиска.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца

несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, Стул оформленный, мочеис-пускание не нарушено. Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Тромб - $90 \times 10\%$, Лейк - $1,5 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до

0, 2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин. Задание 1. Обоснуйте предварительный диагноз. 2. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими? 3. Проведите анализ гемограммы данного больного. 4. Назовите принципы лечения данного заболевания. 5. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.

Тема 15. Гастроэнтерология детского возраста. Хронический гастрит. Язвенная болезнь.

Индивидуальные схемы лечения. Функциональные расстройства ЖКТ

Ситуационная задача, примерные вопросы: Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе в течение 2 лет, колющего характера, локализующиеся в левом подреберье и эпигастрии, возникающие через 10-15 минут после еды. Диету и режим питания не соблюдает. Ребенок доношенный, естественное вскармливание до 9 месяцев. У матери - хронический гастрит, у отца - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у бабушки (по матери) - гастрит. Осмотр: кожа чистая, бледно-розовая. Живот не увеличен, при поверхностной и глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduodenальной области отмечается напряжение мышц и болезненность, также болезненность в т. Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, по другим органам без патологии. Общий анализ крови: НЬ ? 130 г/л, Эр ? $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. ? 0,9; Лейк ? $6,0 \times 10^9/л$, п/я ? 2 %, с/я - 62%, э - 0%, л - 29%, м - 7%, СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи: цвет сол.-желтый, прозрачная; pH - кислая; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. пл. - небольшое количество; Л - 2-3 в п/з; Эр - нет. Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, альбумины - 54%, глобулины: альфа₁ - 4%, альфа₂ - 8%, бета - 12%, гамма - 15%; ЩФ - 160 Ед/л (норма 70-140), АлАТ - 26 Ед/л, АсАТ - 28 Ед/л, амилаза - 60 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, общ. билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л. Эзофагогастрoduodenоскопия: слизистая пищевода розовая, в желудке немного слизи, слизистая желудка в антральном отделе пестрая, с утолщенными складками, на стенке желудка множественные

разнокалиберные выбухания, точечные кровоизлияния различной давности. Слизистая луковицы очагово гиперемирована, отечна. УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Желчный пузырь овальной формы 50x19 мм. Поджелудочная железа: головка - 18 мм (норма 18), тело - 16 мм (норма 14), хвост - 20 мм (норма 14), паренхима гомогенная. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (+++). Задание: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Предложите дифференциально-диагностический алгоритм. 3. Как расценить увеличение хвоста поджелудочной железы на УЗИ? Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания? 4. Укажите современные принципы лечения данного заболевания. 5. Тактика диспансерного наблюдения.

Тема 16. Заболевания печени и желчевыводящих путей. ДЖВП, хронический холецистит, невирусные гепатиты. Индивидуальные схемы лечения.

Ситуационная задача, примерные вопросы:

Аня П., 6 лет, на приеме у гастроэнтеролога жалуется на эпизодические боли в околопупочной области ноющего характера длительностью 20-30 минут, не зависящие от приема и характера съеденной пищи, купирующиеся самостоятельно. Среди диспепсических жалоб периодически отмечаются отрыжка воздухом, ощущение тяжести в животе, чувство быстрого насыщения.

Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще «овечий»; в течение последних 2 месяцев ? после очистительной клизмы. Умеренно выражен астенический синдром, аппетит понижен. Жалобы отмечаются в течение 1,5 лет. Дважды обращалась к участковому педиатру, поставлен диагноз: дискинезия желчевыводящих путей. Проведенный курс желчегонной терапии не дал существенного улучшения. В течение последних 2 месяцев дважды принимала лактулозу, однако прекращала прием через 2-3 дня вследствие выраженного вздутия живота. Наследственность по патологии ЖКТ отягощена: мать (35 лет) ? хронический холецистит, у бабушки по линии матери ? желчнокаменная болезнь (оперирована в возрасте 44 лет). Ранний анамнез без особенностей. Аллергологический анамнез не отягощен. Осмотр: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые. Язык обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=70 уд/мин; АД=100/65 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. При глубокой пальпации определяется болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Ортнера, Кери, Мерфи) ? положительные. Печень выступает на 1 см из подре-

берной дуги, селезенка не увеличена, сигма умеренно спазмирована. Стул 1 раз в 3-4 дня, чаще ?овечий?, с длительным натуживанием. Периодически возникает болезненность при дефекации. За последние 2 недели трижды отмечалась примесь алой крови в стуле. При осмотре анальной области определяется эпителизирующаяся трещина наружного анального сфинктера. Пальцевое исследование безболезненно, патологических признаков не выявлено. Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9$; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты - 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: холестерин 4,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза ? 390 ед/л (норма до 360 ед/л), билирубин (общий) ? 20 мкмоль/л, АЛТ ? 19,8 ед, АСТ ? 14,6 ед. (норма до 40 ед). Копрограмма ? мышечные волокна без исчерченности (++) , жирные кислоты (++) , крах-мал внеклеточный (++) . Соскоб на энтеробиоз ? отрицательно. УЗИ органов брюшной полости ? деформация желчного пузыря (перегиб в области тела, частично устраняющийся в положении стоя), гиперэхогенные включения по стенкам желчного пузыря, скопление мутной желчи в области дна, увеличение косого вертикального размера печени. Ректороманоскопия ? при наружном осмотре обнаружена эпителизирующаяся трещина в области наружного анального сфинктера (на 3 ч по циферблату). При пальцевом исследовании изменений нет. Тубус введен на 18 см. Просвет кишки не изменен. Слизистая оболочка прямой и дистального отдела сигмовидной кишки не изменена. Задание 1. Поставьте и обоснуйте окончательный диагноз. 2. Оцените результаты обследования. 3. Назначьте лечение с указанием доз, кратности и длительности терапии. 4. Какие осложнения возможны у ребенка в случае отсутствия адекватной терапии. 5. Составьте план диспансерного наблюдения.

Тема 17. Болезни почек и мочевыводящих путей. Пиелонефрит. Цистит. Составления индивидуальных программ лечения.

Ситуационная задача , примерные вопросы: Девочка 9 лет, поступила в отделение с жалобами на боли в животе, учащенное и болезненное мочеиспускание, повышение температуры до 38°C . Больна 3-й день. Заболела впервые. Заболеванию предшествовало переохлаждение. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во 2-й половине, роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г., период новорожденности без особенностей. Болела ОРВИ, ветряной оспой, кишечной инфекцией. Генетический анамнез не отягощен. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. Тоны сердца ритмичные, ясные, тахикардия до 100 уд/мин. АД 100/60 мм

рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный над лобком и в боковых отделах. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна.

Отмечается учащенное мочеиспускание. Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк ? $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 63%, л - 25%, э ? 2 %, м - 8%, СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: количество 150 мл, мутная, желтая, белок ? 33 мг/л, лейкоциты ? 30-60 в п/зр., эритроциты ? 5-6 в п/зр. Бак. посев мочи: высеяна кишечная палочка (1 млн. бактерий в 1 мл мочи), чувствительная к амоксиклаву, цефалоспорином 2 и 3 поколения, фурагину. УЗИ почек: без патологии. Задание: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Назначьте лечение и расскажите, как нужно оценить его эффективность. 4. Какой будет Ваша тактика, если процесс примет рецидивирующий характер? 5. Длительность диспансерного наблюдения, обследование и лечение в период диспансеризации. Когда можно снять с диспансерного учета?

Тема 18. Гломерулопатия у детей. Современная классификация. Патогенетическая и посиндромная терапия. Амилоидоз почек. Хроническая болезнь почек.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

альчик 3 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, отеки, редкое мочеиспускание. Ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом первой половины и угрозой прерывания на 4-м месяце. Роды в срок, со стимуляцией. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. На грудном вскармливании до 3 месяцев. Профилактические прививки по возрасту. Страдал атопическим дерматитом до 2 лет. Перенес ветряную оспу, частые ОРВИ. Семейный анамнез: у матери - дерматит, хронический тонзиллит; у бабушки со стороны матери - бронхиальная астма. Ребенок заболел через 8 дней после перенесенной ОРВИ. Появились отеки. Отеки нарастали, уменьшился диурез. Моча желтая, пенится. При поступлении в стационар состояние тяжелое, бледный, обширные отеки всего туловища, влажный кашель, температура $37,3^{\circ}\text{C}$. Границы сердца расширены. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 105 уд/мин., АД 80/50 мм рт.ст. Дыхание жесткое, влажные хрипы с обеих сторон в нижних отделах, ЧД ? 35 в мин. Живот увеличен в объеме. Пальпаторно и перкуторно ? асцит. Печень + 4 см. Селезенка по краю реберной дуги. Выделил за сутки 300 мл желтой мочи. Общий анализ крови: Нб 160 г/л, Эр ? $5,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб. $416,0 \times 10^9$ /л, Лейк - $9,8 \times 10^9$ /л, п/я ? 3%, с ? 36%, л ? 54%, СОЭ-56 мм/ч. Общий анализ мочи: моча соломенно-желтая, мутная, относительная плотность - 1018, белок ? 8 г/л, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты 4-5 в п/з, цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр,

восковидные 2-3 в п/зр. Суточная протеинурия 5 г. Биохимический анализ крови: общий белок - 40 г/л, альбумины ? 40 %, α1-глобулины ? 5 %, α2-глобулины ? 32 %, γ-глобулины ? 16 %, у-глобулины ? 7 %, холестерин ? 16 ммоль/л, калий ? 4,8 ммоль/л, натрий ? 148 ммоль/л, мочевины ? 8,6 ммоль/л, креатинин ? 130 мкмоль/л. Клиренс по эндогенному креатинину: 60,0 мл/мин. Коагулограмма: фибриноген - 8 г/л, протромбиновый индекс ? 150%. УЗИ почек: почки расположены правильно, умеренно увеличены в размерах, контуры ровные. Эхогенность коркового слоя умеренно повышена. Задание: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Назначьте дополнительное обследование, назовите функциональные методы исследования почек. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Обозначьте механизм развития отеков при данном заболевании. Какие осложнения могут быть при этом заболевании? 5. Назначьте лечение.

Тема 19. Дисметаболическая нефропатия у детей. Методы диагностики, лечения и реабилитации. Тубулоинтерстициальные нефриты у детей. Гемолитико - уремический синдром

Ситуационная задача , примерные вопросы: Девочка 2 лет, от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре и нефропатией в третьем триместре. Роды вторые, в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на грудном вскармливании до 2 мес. Перенесла краснуху. ОРВИ - редко. Настоящее заболевание началось с появления рвоты, жидкого стула, субфебрильной тем-пературы. На вторые сутки появились боли в животе, озноб, повышение температура тела до 39°C, двукратная рвота, желтушность кожи, моча темного цвета. При поступлении в стационар состояние очень тяжелое, заторможенная, вялая. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, общая пастозность. Склеры желтушные. Над легкими перкуторный звук легочный. Аускультативно: везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичны, систолический шум мягкого тембра на верхушке. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий. Печень + 4 см из-под края ребер. Селезенка пальпируется на 1 см ниже реберной дуги. Стул жидкий, с прожилками крови. Диурез 150 мл. Моча темная. На следующий день диурез 50 мл. Общий анализ крови: Нб ? 60 г/л, Эр ? 2,2?10¹²/л, Ретик. ? 25 %, Тромб. - 70,0?10⁹/л, Лейк ? 15,7?10⁹/л, п/я - 2%, с - 72%, л - 19%, м - 9%, СОЭ - 45 мм/час. Общий анализ мочи: количество -

50,0 мл, цвет ? черный, относительная плотность - 1006, белок - 0,66 г/л, лейкоциты - 10-15 в п/з, эритроциты - до 20-40 в п/з, свободный гемоглобин +++++. Биохимический анализ крови: моче-вина - 25 ммоль/л,

креатинин - 460 мкмоль/л, калий - 6,8 ммоль/л, натрий - 145 ммоль/л, билирубин ? 40 мкмоль/л (прямой ? 12 мкмоль/л, непрямой ? 28 мкмоль/л). Клиренс по эндогенному креатинину: 15 мл/мин. Задание: 1. Поставьте диагноз. 2. Оцените функциональное состояние почек. Объясните механизм почечной недостаточности. 3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка. 4. Проведите дифференциальный диагноз. Перечислите исходы данного заболевания. 5. Ваши терапевтические мероприятия? Окажите неотложную помощь при развитии симптомов отека мозга.

Тема 20. Гематология детского возраста. Коагулопатии у детей: геморрагическая болезнь новорожденных, гемофилия, болезнь Виллебранда. Оказания неотложной помощи.

Ситуационная задача, примерные вопросы:

Мальчик 3-х лет поступил в стационар с жалобами на слабость, бледность, боль в конечностях на протяжении 2-х дней. Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой беременности, с весом 3980, ростом 52 см; роды в срок 40 недель, в конце первых суток после рождения возникла двусторонняя кефалогематома; в возрасте 6,5 мес. незначительные кровотечения из десен которые не нуждались в лечении. В возрасте 1 год 8 месяцев у мальчика начали возникать синяки и под-кожные кровоизлияния, но родители к врачам не обращались, считая, что гематомы возникали от ударов. В семейном анамнезе: в семье мальчика со стороны матери наблюдается геморрагический синдром с повышенной кровоточивостью. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Бледный, вялый, сонливый. Кожа и видимые слизистые бледные, губы влажные, но тоже очень бледные. Геморрагий не выявлено. При осмотре конечностей: правый коленный сустав с признаками тяжелого воспалительного процесса - увеличенный в объеме, горячий, активные и пассивные движения в нем очень болезненны. При динамическом обследовании кровотечение продолжается. Вес 12 кг. В анализе крови: гемоглобин 82 Г/л, Ht 30%, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты 154×10^9 /л, время свертывания крови 30 минут. Задание: 1. Ваш предварительный диагноз? 2.

К какой группе заболеваний можно отнести? 3. Необходимый объем обследования для пациента? 4. Как оказать неотложную помощь пациенту? 5. Лечебные мероприятия суставного синдрома?

Тема 21. Тромбоцитопатия, тромбоцитопения. Схемы диагностического поиска. Оказания неотложной помощи. Геморрагический васкулит. Гемобласты.

Ситуационная задача, примерные вопросы:

Девочка 6 лет заболела через 2 недели после перенесенного ОРВИ.

Поступила в стационар с проявлениями геморрагического синдрома петехиально-пятнистого типа, носовыми кровотечениями. Состояние ребенка относительно удовлетворительное, жалоб на плохое самочувствие не имеет. Физическое развитие соответствует возрасту, девочка удовлетворительного питания, бледная. На передней поверхности туловища и конечностей асимметрично расположенные геморрагии в виде петехий и экхимозов разного размера и неправильной формы, кровоизлиянием в ротовой полости. АД 110/60 мм.рт.ст. ЧД в покое 18 в минуту. При аускультации легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, звучные, ЧСС 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анализе крови гемоглобин 122 г/л, гематокрит 38%, эритроциты $4,6 \times 10^{12}$ /л, ретракция кровяного сгустка 40%, тромбоциты 46×10^9 /л, время кровотечения 10 минут. Биохимия крови: общий билирубин 11,4 мкмоль/л, Миелограмме мегакариоциты $0,06 \times 10^9$ /л. Задание: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. К какой группе заболеваний можно отнести? 3. Необходимый объем обследования для пациента? 4. Как оказать неотложную помощь пациенту? 5. Дифференциальная диагностика заболевания?

Тема 22. Перинатальные нарушения центральной нервной системы. Классификация. Абилизация детей с неврологическими заболеваниями.

Ситуационная задача, примерные вопросы:

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Дородовой патронаж не проводился, так как мать проживала по другому адресу. Мальчику 6 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты ^113 известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной во?круг шеи. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар ? 5/8 баллов. Масса тела 3690 г, длина ? 52 см. Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка O(I), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой ? 280 мкмоль/л, прямой -3,4 мкмоль/л. Проба Кумбса - отрицательная. Лечение: р-р магнeзии в/в, фототерапия, бифидумбактерин, но-шпа, оксигенотерапия. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Докорм смесью Нан-1. Выписан из роддома на 4-е сутки с потерей массы 250 г. При осмотре: мать жалуется на недостаток молока. Докармливает смесью Нан-1. Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка. Физиологические рефлексы живые, по-вышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Кожа и склеры субиктеричные. Слизистые оболочки чистые.

Пупочная ранка под геморрагической корочкой, сухая, чистая. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1x1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно ? звук легочный.

Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка ? у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3 раза в сутки с не-большой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке. Задание: 1. Предполагаемый диагноз? 2. Определите группу здоровья. Как протекает период адаптации?

3. Укажите факторы и группы риска, их направленность. 4. Какие причины приводят к нарушению метаболизма билирубина в период новорожденности? Каково происхождение желтухи в данном случае, механизмы ее развития? 5. Какую патологию позволяют исключить прямая и непрямая пробы Кумбса?

Тема 23. Поликлиническая педиатрия. Организация работы на педиатрическом участке. Показатели работы врача - педиатра. Диспансеризация здоровых и больных детей. Патронаж беременных и новорожденных детей. Работа кабинета здорового ребенка. Школа будущих мам. Поддержка грудного вскармливания.

Ситуационная задача , примерные вопросы: Первый патронаж к мальчику 13 дней. Ребенок от 2-й беременности (предыдущая закончилась рождением здорового ребенка). В 1 триместре настоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась сульфадиметоксином, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной ? 51 см. На 3-й день жизни, в связи с обнаружением грубого систолического шума, он был переведен в специализированное отделение, обследован, диагноз: ВПС, дефект межжелудочковой перегородки, НК. Выписан на педиатрический участок на 12-е сутки с рекомендациями кардиолога. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, грудь сосет активно. Кожа и слизистые оболочки чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р.мах. в IV межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление II тона над легочной артерией. ЧСС - 126 ударов в мин, при нагрузке - до 140 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые. Задание 1. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? 2. Динамическое наблюдение педиатром, кардиологом, кардиохирургом на участке. 3. Какая лечебная

тактика может быть применена к данному пациенту? 4. Укажите нормальные границы абсолютной сердечной тупости и локализацию сердечного толчка у новорожденного. 5. Чем обусловлено наличие акцента и расщепления II тона на легочной артерии при данной патологии? Ответ: 1. Группа здоровья - III группа. 2. Динамическое наблюдение педиатра и специалиста: педиатр ? 4 раза за 1й месяц + кардиолог + кардиохирург ? консультация при установлении диагноза по УЗИ сердца. При гемодинамически компенсированном дефекте ? наблюдение 1 р. в 6 мес. + УЗИ сердца в 1 мес. и в год, если не будет иных показаний. 3. Лечебная тактика: тактика ведения пациента зависит от наличия лево-правого сброса, размеров желудочков сердца в систолу и диастолу, показателя QP/QS- отношение лёгочного минутного объёма кровотока к системному, показателя ОЛСС (общее лёгочное сосудистое сопротивление). При росте ребенка, по достижению 1-1,5 лет - показано плановое оперативное вмешательство, либо ангиохирургическая операция по установке устройства закрывающего дефект (например: Amplatzer). 4. Нормальные границы относительной сердечной тупости и верхушечный толчок у новорожденного: правая парастернальная -1-2см кнаружи от левой средне-ключичной в 4м/р (тут же и верхушечный толчок), 2м/р по левой парастернальной. 5. Акцент и расщепление II тона на легочной артерии: из-за повышенного давления в МКК, легочная гипертензия.

Тема 24. Вакцинопрофилактика. Национальный календарь прививок и вакцинация по эпидпоказаниям. Работа кабинета иммунопрофилактики. Поствакцинальные осложнения. Охват населения вакцинации. Борьба с антивакцинальными движениями.

Ситуационная задача , примерные вопросы:

Задача ♦ 19 Девочке 4,5 месяцев с неотягощенным анамнезом сделана вторая профилактическая прививка вакциной АКДС + полиомиелит. Предыдущую прививку АКДС + полиомиелит (в 3 месяца) перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, беспокойство, появление гиперемии и уплотнение в месте введения вакцины. Рассказывая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в непрофессионализме. При осмотре: температура тела 37,8°C. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины ? инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см. Задания: 1. Ваш диагноз? 2. Какие лечебные мероприятия следует провести? 3. Нуждается ли ребенок в осмотре врачами-специалистами? 4. Как объяснить матери данную ситуацию? 5. Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС?

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету

1. Педиатрия как наука, основные вопросы деонтологии и медицинской этики в педиатрии.
2. Педиатрия как наука о здоровом и больном ребенке. История педиатрии.
3. Периоды детского возраста, краткая характеристика периода новорожденности и грудного возраста. Особенности патологии.
4. Периоды детского возраста. Краткая характеристика преддошкольного, дошкольного и школьного периодов. Особенности патологии.
5. Физическое развитие ребенка.
6. Нервно-психическое развитие ребенка.
7. Аномалии конституции у детей.
8. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Семиотика поражения органов дыхания.
9. Методы диагностики при патологии органов дыхания у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
10. Анатомические и функциональные особенности органов кроветворения у детей. Семиотика поражения органов кроветворения.
11. Методы диагностики при заболеваниях крови у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
12. Особенности состава периферической крови у детей разного возраста.
13. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей. Семиотика поражений.
14. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы у детей. Семиотика поражений костно-мышечной системы у детей.
15. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей. Семиотика поражения органов пищеварения.
16. Методы диагностики при заболеваниях органов пищеварения у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
17. Хронические расстройства питания у детей раннего возраста. Этиология, патогенез, классификация. Принципы терапии. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

18. Синдром мальадсорбции у детей. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
19. Муковисцидоз. Этиология, патогенез, клинко-лабораторная диагностика, принципы терапии.
20. Анатомо-физиологические особенности мочевой системы детей. Семиотика поражения органов мочеобразования и мочеотделения.
21. Методы диагностики при заболеваниях мочевыводящей системы у детей, клинические и лабораторные синдромы. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
22. Виды вскармливания детей первого года жизни. Определение понятий естественного, смешанного и искусственного вскармливания детей грудного возраста.
23. Преимущества грудного вскармливания детей первого года жизни.
24. Принципы успешного грудного вскармливания детей первого года жизни.
25. Искусственное вскармливание. Адаптированные смеси.
26. Рахит. Этиология, патогенез, классификация, клинко-лабораторная диагностика, профилактика. Принципы терапии.
27. Острые пневмонии у детей. Этиология, патогенез, клинко-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
28. ХНЗЛ у детей. Этиология, патогенез, клинко-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
29. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, клинко-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
30. Лабораторная диагностика поражений печени у детей (синдром цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительный, гепатодепрессивный). Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
31. Гастродуоденит. Этиология, патогенез, клинко-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
32. Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей в детском возрасте (дискинезия желчевыводящих путей, хронический холецистохолангит). Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.
33. Хронический холецистохолангит у детей. Этиология, патогенез, классификация, клинко-лабораторная диагностика. Принципы терапии.
34. Особенности процессов пищеварения в кишечнике у детей раннего возраста. Синдром мальабсорбции.
35. Ревматическая лихорадка у детей. Этиология, патогенез,

классификация, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

36. Неревматический кардит у детей. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

37. Системные заболевания соединительной ткани у детей (системная красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия). Этиология, патогенез, клиническая картина, принципы терапии. 38. Методы диагностики при системных заболеваниях соединительной ткани. Алгоритмы клинической и лабораторно-инструментальной диагностики.

39. Железодефицитные анемии у детей. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика, профилактика. Принципы терапии.

40. Гемолитические анемии (анемия Минковского-Шоффара). Клинико-лабораторная диагностика.

41. Классификация основных форм геморрагических диатезов. Гематологическая характеристика.

42. Иммунная тромбоцитопеническая пурпура. Этиология, патогенез, клинико-лабораторная диагностика, прогноз, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

43. Гемофилия. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика, прогноз. Принципы терапии.

44. Геморрагический васкулит. Этиология, патогенез, классификация, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

45. Клиническая и лабораторная диагностика лейкозов у детей. Особенности изменений анализов крови и миелограммы.

46. Бронхиальная астма. Этиология, патогенез, профилактика, клинико-лабораторная диагностика. Методы исследования функции внешнего дыхания у детей.

47. Аллергический ринит у детей. Этиология, патогенез, клиника, профилактика, лабораторная и инструментальная диагностика.

48. Атопический дерматит у детей. Этиология, патогенез, клиника, принципы терапии. Методы аллергологической диагностики у детей.

49. Иммунодефицитные состояния у детей. Клиническая и лабораторно-инструментальная диагностика.

50. Особенности иммунной системы в детском возрасте. Критические периоды онтогенеза.

51. Методы клинической и лабораторной диагностики при заболеваниях иммунной системы у детей.

52. Пиелонефриты у детей. Этиология, патогенез, классификация, профилактика, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

53. Гломерулонефриты у детей. Этиология, патогенез, классификация, прогноз, клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

54. Дисметаболические нефропатии у детей. Этиология, патогенез. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которую он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного

распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

Зачет

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;
 - при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;
 - при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;
 - при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;
 - на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента.
- 3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.
- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут **(I)**. Билет состоит из 2 вопросов **(II)**. Критерии сдачи зачета **(III)**:

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

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

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей

программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

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

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

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

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

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

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

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

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

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

- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65

% заданий.

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

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.

хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 96 с. - ISBN 978-5-9704-3716-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html>

2. Педиатрия. Основы ухода за больными [Электронный ресурс] :

учебник / под ред. А.С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3703-2 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437032.html>

3. Питание здорового ребенка [Электронный ресурс] : руководство / Кильдиярова Р.Р. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3509-0 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435090.html>

4. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс] : учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-2648-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html>

5. Педиатрия: сборник тестовых заданий по педиатрии для студентов лечебного факультета : учебно-методическое пособие в 2 частях / Т.Н. Углева, Н.В. Трегуб. - Ч. I. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - ISBN -- - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/06-COS-2405.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+

2. Операционная система Windows 10.

3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodont-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме

указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного

выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или

введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, оттененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже после составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа

предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);
- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного ти-па, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техническими средствами, учебно-наглядными	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 25

	пособиями, образовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности.	
2.	Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23
3.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет педиатра), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54,1 этаж ,кабинет педиатра
4.	Помещение для приобретения практических навыков (палата для выхаживания тяжелых недоношенных детей), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, палата для выхаживания тяжелых недоношенных детей,1 этаж, отделение новорожденных
5.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	367000, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Батырая, 54, учебный класс, 1 этаж
6.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет педиатра), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет педиатра, 1 этаж
7.	Помещение для приобретения практических навыков (рентген-кабинет), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью:	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, рентген-кабинет,1 этаж
8.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (лекционный кабинет), оснащённое медицинской техникой и оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А,2 этаж, лекционный зал
9.	Помещение для теоретической подготовки и приобретения практических навыков (учебный класс), оснащённое медицинской техникой и	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А,2 этаж,

оборудованием, позволяющем использовать симуляционные технологии для выполнения определённых видов работ, связанных с профессиональной деятельностью (компьютер, телевизор, аппаратно-программные средства, муляжи, манекен).	учебный класс
---	---------------

11. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляться на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.