

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет

УТВЕРЖДАЮ

29 сентябрь 2015 г.

Клиническая практика (Помощник врача стационара)

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Педиатрии**
Учебный план 31050250_15_24пд.plx
31.05.02 Педиатрия
Квалификация **специалист**
Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **9 ЗЕТ**

Часов по учебному плану **324**
в том числе:
аудиторные занятия **0**
самостоятельная работа **324**

Виды контроля в семестрах:
зачеты с оценкой 8

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес тр на курсе>)	7 (4.1)		8 (4.2)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд		
Неделя	17		19			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Сам. работа	108	108	216	216	324	324
Итого	108	108	216	216	324	324

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, зав. каф. ДХ, Мыкыев Калыбек К. Мыкыев; к.м.н., доцент кафедры ДХ, Пороцай В.Н. В.Н. Пороцай; д.м.н., проф. зав. кафедрой Педиатрия КРСУ, Боконбаева С. Дж. С. Дж. Боконбаева; к.м.н., доцент кафедры Педиатрия КРСУ, Шайдерова И.Р. И.Р. Шайдерова; преподаватель кафедры Педиатрия КРСУ, Пишинограева М.А. М.А. Пишинограева; к.м.н., зав. кафедрой, доцент, Сарымсакова Т.А. Т.А. Сарымсакова

Рецензент(ы):

к.м.н., доцент кафедры педиатрии, Афанасенко Г.П. Г.П. Афанасенко; к.м.н., доцент кафедры ДХ КГМА, Султаналиева А.С. А.С. Султаналиева; к.м.н., доцент кафедры детской хирургии КРСУ, Пороцай В.Н. В.Н. Пороцай

Рабочая программа дисциплины

Клиническая практика (Помощник врача стационара)

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 17.08.2015г. №853)

составлена на основании учебного плана:

31.05.02 Педиатрия

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Педиатрии

Протокол от 15 09 2015 г. № 3

Срок действия программы: уч.г.

Зав. кафедрой

С. Дж. Боконбаева

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

16.11 2016 г.*Заб-*

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 15.09 2016 г. № 3Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж. *(С.Дж.)*

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

14.10 2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 14.05 2017 г. № 11Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж. *(С.Дж.)*

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

12.10 2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 18.05 2018 г. № 11

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС

4.09. 2019 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Педиатрии

Протокол от 10.05. 2019 г. № 11

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Боконбаева С.Дж.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	ЦЕЛЬЮ производственной практики «Помощник врача-стационара (педиатрия, детская хирургия, акушерство)» является закрепление и совершенствование теоретических знаний и норм профессиональной этики, полученных студентами в лекционно-лабораторном курсе на основных клинических кафедрах - педиатрии, хирургии, а также практические навыки, полученные на этих кафедрах.
1.2	ЗАДАЧИ: 1)ознакомить студентов со структурой и организацией всей лечебно-профилактической работы ЦРБ, городских и областных больниц; 2)приобрести практические навыки оказания первой врачебной помощи при терапевтических заболеваниях, делая основной упор для оказания помощи при экстренных заболеваниях; 3) приобрести практические навыки оказания первой врачебной помощи при хирургических заболеваниях; 4) приобрести практические навыки в акушерстве и принятии родов, а также при различных гинекологических заболеваниях; 5) приобрести практические навыки оказания первой врачебной помощи в экстремальных условиях при массовом поступлении больных; 6) научить студентов применять полученные в вузе теоретические знания и практические умения для решения конкретных задач практической деятельности врача; 7) закрепить практические умения по осуществлению производственной деятельности в вопросах организации здравоохранения и постановки лечебного процесса; 8) ознакомить с производственными достижениями, воспитательной и профилактической работой на местах их будущей работы; 9) научить использовать полученные в университете навыки научно-исследовательской работы в условиях практического здравоохранения.
1.3	Способ проведения-Стационарная практика.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б2.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Акушерство и гинекология
2.1.2	Гигиена
2.1.3	Лучевая диагностика
2.1.4	Основы неотложной помощи
2.1.5	Патофизиология, клиническая патофизиология
2.1.6	Пропедевтика детских болезней
2.1.7	Фармакология
2.1.8	Анатомия
2.1.9	Факультетская педиатрия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Факультетская педиатрия
2.2.2	Детская хирургия
2.2.3	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия
2.2.4	Госпитальная педиатрия
2.2.5	Акушерство и гинекология

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**ОК-5: готовностью к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала****Знать:**

Уровень 1	Процессы и механизмы саморазвития и самореализации личности
Уровень 2	Некоторые характеристики процессов и механизмов саморазвития и самореализации
Уровень 3	Существенные характеристики процессов и механизмов саморазвития и самореализации

Уметь:

Уровень 1	Осуществлять выбор своих потенциальных личностных способностей и возможностей для выполнения деятельности
Уровень 2	Реализовать личностные способности в акушерско-гинекологической деятельности, демонстрируя творческий подход к разрешению ситуаций;
Уровень 3	Производить аргументированный выбор личностных способностей и возможностей при самостоятельной творческой реализации акушерско-гинекологической деятельности с учетом целей и условий их выполнения;

Владеть:

Уровень 1	Отдельными приемами саморазвития и самореализации;
Уровень 2	Отдельными приемами саморазвития и самореализации, осуществляет свободный личностный выбор приемов в стандартных ситуациях;

Уровень 3	Полной системой приемов саморазвития и самореализации, демонстрируя творческий подход при выборе приемов с учетом определенности или неопределенности ситуации в акушерско-гинекологической сфере деятельности;
ПК-8: способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
Знать:	
Уровень 1	РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Особенности течения и диагностики вариантов, редких болезней и осложнений терапевтических заболеваний, принципы их лечения РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ" Основные методы лечебных приемов РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Необходимые методы и принципы ведения больных с различными акушерскими и гинекологическими формами.
Уровень 2	РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными формами нозологий целью адекватного обследования и лечения; РАЗДЕЛ"ПЕДИАТРИЯ" Основные виды и методы лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Основные закономерности дифференцированной диагностики и тактики ведения пациентов с различными акушерскими и гинекологическими заболеваниями с целью адекватного обследования и лечения.
Уровень 3	РАЗДЕЛ"ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Закономерности развития и формирования терапевтических болезней, механизмы прогрессирования, Знание патогенетически обоснованных методов лечения и профилактики. РАЗДЕЛ"ПЕДИАТРИЯ" Специфику лечения детей и подростков РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Основные направления и принципы лечения, профилактики и реабилитации беременных и гинекологических больных, оказания помощи при неотложных состояниях.
Уметь:	
Уровень 1	РАЗДЕЛ"ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" - использовать диагностические критерии и особенности течения болезней в зависимости от различных форм, осложнений и возрастных особенностей; - применять международную классификацию болезней в тактике лечения РАЗДЕЛ" ПЕДИАТРИЯ" Раскрыть смысл определения тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Использовать диагностические критерии и особенности течения акушерских осложнений и гинекологических заболеваний и возрастных особенностей; применять международную классификацию болезней в тактике лечения.
Уровень 2	РАЗДЕЛ"ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Использовать методы с диагностической целью и уметь интерпретировать результаты; определить тактику ведения лиц с различными формами нозологий, их осложнений, а также определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий РАЗДЕЛ" ПЕДИАТРИЯ" Провести сравнение различных видов и методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Использовать различные методы диагностики и уметь интерпретировать результаты; определить тактику ведения лиц с акушерско-гинекологическими заболеваниями, их осложнениями, а также определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий
Уровень 3	РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Выбрать необходимые методы обследования, обоснованные в конкретном случае, на основании которых выставить клинический диагноз, назначить адекватное лечение в зависимости от возрастно-половых различий РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ" Отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Определить спектр лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий беременных и гинекологических больных.
Владеть:	
Уровень 1	РАЗДЕЛ"ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Навыками распознавания и диагностики различных нозологических форм и тактики ведения пациентов РАЗДЕЛ"ПЕДИАТРИЯ" Навыками определения тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Основными источниками информации специальной литературы.
Уровень 2	РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Принципами тактики врачебных действий для диагностики различных нозологических форм, осложнений; назначения лечения РАЗДЕЛ"ПЕДИАТРИЯ" Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Принципами тактики врачебных действий для дифференцированной диагностики вариантов различных видов акушерско-гинекологических заболеваний и осложнений; назначения лечения.
Уровень 3	РАЗДЕЛ"ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ" Навыками обоснованного подхода в диагностике заболеваний внутренних болезней, ведения пациентов с терапевтической патологией. РАЗДЕЛ"ПЕДИАТРИЯ" Навыками выражения и обоснования индивидуальной тактики ведения больных детей и подростков с различными нозологическими формами РАЗДЕЛ"АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ" Навыками оказания неотложной помощи беременным и гинекологическим больным при ургентной патологии.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ"

3.1.2	Законы и иные нормативные правовые акты Кыргызской Республики и Российской Федерации в сфере здравоохранения; основы трудового законодательства;
3.1.3	правила внутреннего трудового распорядка;
3.1.4	правила по охране труда и пожарной безопасности;
3.1.5	правила ведения учетно-отчетной документации структурного подразделения, основные виды медицинской документации; медицинскую этику; психологию профессионального общения.
3.1.6	устройство и организацию работы детских лечебно-профилактических учреждений, личную гигиену персонала. морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения;
3.1.7	особенности наблюдения и ухода за больными с заболеваниями различных систем организма;
3.1.8	лечения у детей с различными заболеваниями;
3.1.9	наиболее часто используемые лабораторные и инструментальные методы исследования, их диагностическую значимость; принципы оказания первой помощи при неотложных состояниях;
3.1.10	содержание работы врача неотложной и скорой помощи;
3.1.11	принципы неотложной помощи в случаях острой дыхательной недостаточности; остановке дыхания и сердца; отравлениях; ожогах пищевода; при ожогах и отморожениях; различных видах шока; острой сердечной недостаточности; острой сосудистой недостаточности; приступе пароксизмальной тахикардии; отеке мозга; судорожном синдроме; нейротоксикозе; гипертермии; менингококцемии; при стенозе гортани;
3.1.12	критерии оценки тяжести состояния больного ребенка;
3.1.13	принципы питания больных детей различных возрастов и групп здоровья.
3.1.14	РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"
3.1.15	Этические основы современного медицинского законодательства
3.1.16	Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения.
3.1.17	Обязанности, права, место врача в обществе, права пациента
3.1.18	Этиологию, патогенез и меры профилактики, современную классификацию, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее часто встречающихся акушерских осложнений и гинекологических заболеваний, протекающих в типичной форме; методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного акушерско-гинекологического профиля.
3.1.19	3.1.23 Профилактические мероприятия, направленные на укрепление здоровья населения; методы санитарнопросветительской работы 3.1.24 Современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования беременных и гинекологических больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, ультразвуковую диагностику) 3.1.25 Структурные и функциональные основы течения беременности, гинекологических болезней, причины, основные механизмы развития осложнений и исходов патологических процессов, нарушений функций органов и систем
3.1.20	Критерии диагноза различных осложнений беременности и гинекологических заболеваний;
3.1.21	основные диагностические мероприятия при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
3.1.22	Методы лечения акушерских неотложных состояний: (кровотечение, тяжелая преэклампсия и эклампсия, септический шок, анафилактический шок, кома, остановка сердца), гинекологических (острый живот).
3.1.23	Методы профилактики акушерских осложнений и гинекологических заболеваний. Показания для плановой госпитализации. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями и неотложных состояниях.
3.1.24	Методы санитарно-просветительской работы Основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения, порядок ведения типовой медицинской документации в родовспомогательных учреждениях, современные классификации болезней
3.2	Уметь:
3.2.1	РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ"
3.2.2	Провести первичный осмотр больного при поступлении в стационар ;Устанавливать речевой и психологический контакт со здоровыми и больными детьми;
3.2.3	Уметь правильно строить свои взаимоотношения с родителями здорового и больного ребенка;
3.2.4	Оформлять историю болезни в соответствии с требованиями ФОМС
3.2.5	Систематически вести записи дневников в истории болезни, в которых оценивается состояние больного, интерпретировать данные лабораторных обследований, инструментальных исследований, отражать коррекцию лечения;
3.2.6	Уметь правильно диагностировать заболевания и оформлять в истории болезни обоснование клинического диагноза; Оформлять этапные, выписные эпикризы больного
3.2.7	Проводить физикальное обследование больного ребенка: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация - сердца, легких, брюшной полости;

3.2.8	Измерять артериальное давление, проводить пульсоксиметрию, транскутанную билирубинометрию, пикфлоуметрию, соматометрию и интерпретировать полученные данные; 3.2.10 Участвовать в назначении лабораторных исследований и интерпретации полученных данных. 3.2.11 Участвовать в проведении ЭКГ, ФВД и в интерпретации полученных данных 3.2.12 Участвовать в рентгенологическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных
3.2.9	Участвовать в ультразвуковом обследовании больных и в обсуждении полученных данных
3.2.10	Участвовать в эндоскопическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных (эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия) Определить группу крови и Rh-фактор, групповую совместимость; участвовать в переливании крови и ее компонентов
3.2.11	Помогать врачу при выполнении пункции.
3.2.12	Определять степени дыхательной и сердечной недостаточности у детей;
3.2.13	Проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание у детей; Оказать помощь при:
3.2.14	Оказать помощь при: приступе бронхиальной астмы; острой аллергической реакции; при судорожном синдроме; при диабетической коме; при гипогликемической коме; при почечной колике;
3.2.15	Выполнять работу в приемном отделении: прием больных совместно с врачом; обследование; оформление листов нетрудоспособности.
3.2.16	РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"
3.2.17	Защищать гражданские права врачей и пациентов.
3.2.18	Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива
3.2.19	Защищать гражданские права врачей и пациентов.
3.2.20	Собрать анамнез, провести опрос беременной и/или гинекологической больной, родственников; провести физикальное обследование (осмотр, акушерское и гинекологическое исследование, аускультация плода, измерение АД, и т.п.); оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов, лабораторную диагностику; инструментальное исследование: КТГ, УЗИ с доплерометрией; заполнять историю родов, болезни, выписать рецепты.
3.2.21	Пропагандировать здоровый образ жизни; проводить мероприятия по профилактике осложнений беременности и гинекологических заболеваний, методах контрацепции.
3.2.22	Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом течения беременности и гинекологическим заболеванием для уточнения диагноза и получения достоверного результата.
3.2.23	Интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной, лабораторной и инструментальной диагностики акушерских состояний и осложнений и гинекологических заболеваний.
3.2.24	Поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин ее вызывающих; сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ-10 пересмотра и современных клинических классификаций; выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний Разработать тактику ведения беременности, больных с гинекологическими заболеваниями с учетом осложнений; оказывать первую врачебную помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях, проводить интенсивную терапию; осуществлять противошоковые мероприятия; проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти.
3.2.25	Сформулировать показания к избранному методу лечения акушерских осложнений и гинекологических заболеваний с учетом этиотропных и патогенетических средств; обосновывать принципы патогенетической терапии.
3.2.26	Обосновать фармакотерапию у беременной, больной при основных патологических синдромах и неотложных состояниях; определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. Определить и обосновать показания к хирургическому методу лечения.
3.2.27	Пропагандировать здоровый образ жизни; проводить мероприятия по профилактике осложнений беременности и наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний, их реабилитации.
3.2.28	Заполнять медицинскую документацию с учетом принятых стандартов и протоколов.
3.3	Владеть:
3.3.1	РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ"
3.3.2	правилами осмотра больных детей с учетом возраста, имеющейся патологии, ее тяжести;
3.3.3	методами выполнения ряда вышеуказанных медицинских манипуляций;
3.3.4	методами оказания врачебной помощи при неотложных состояниях и заболеваниях, наиболее часто встречающихся в практике врача-педиатра. 3.3.5 РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ"
3.3.5	Навыками морально-этической аргументации, навыками информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»
3.3.6	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики
3.3.7	Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики

3.3.8	Методами общеклинического обследования беременных и гинекологических больных; навыками правильного ведения медицинской документации
3.3.9	НАВЫКАМИ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ АКУШЕРСКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ И НАСЕЛЕНИЯ (ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ; ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ, метод «лактационной аменореи», ВИЧ инфекция, профилактика и др.
3.3.10	Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики (электрокардиографии, гравидограммы, КТГ, УЗИ, партограммы, термометрии, и др.).
3.3.11	Интерпретацией результатов методов функциональной диагностики и клинико-иммунологического обследования больных. Навыками постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующего, осложнений); алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту.
3.3.12	Навыками назначения лекарственных средств при акушерских осложнениях, гинекологических заболеваниях; навыками оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
3.3.13	Навыками назначения больным адекватного консервативного и оперативного лечения в соответствии с выставленным диагнозом.
3.3.14	Навыками применения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике гинекологических заболеваний и акушерских осложнениях.
3.3.15	Навыками санитарно-просветительной работы среди пациентов акушерско-гинекологических стационаров, девочек-подростков и населения
3.3.16	Правильным ведением медицинской документации

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1. Педиатрия						
1.1	Принципы работы детского стационара. Работа студента в качестве помощника врача стационара. Лечебно-охранительный и противоэпидемический режим в стационаре. Медицинская этика и деонтология в работе врача-педиатра /Ср/	7	2	ОК-5 ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э5 Э6 Э7	0	с собой иметь хирургическую форму, халат, френдоскоп, специальную обувь.
1.2	Работа врача приемного отделения детского стационара. Принципы сортировки всех поступающих детей с различными неотложными состояниями. /Ср/	7	2	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.3	Лихорадка – определение, виды, принципы дифференциальной диагностики и комплекс лечебных мероприятий. /Ср/	7	2	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.4	Дифференциальный диагноз нарушений дыхательной системы у детей. /Ср/	7	2	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.5	Дифференциальный диагноз у больного ребенка с диареей. Оценка степени тяжести обезвоживания. Диагностика, лечение. /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.6	Положение о дежурном враче стационара. Ночное дежурство /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л2.3 Э5 Э6 Э7	0	
1.7	Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов. /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л2.3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.8	Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. Методика клинического обследования ребенка. Подготовка больных к инструментально-лабораторным исследованиям. Лечебное питание. /Ср/	7	4		Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

1.9	Клиническое обследование и дифференциальная диагностика заболеваний почек у детей. Лечебное питание. /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.10	Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара. Интерпретация полученных данных. /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.3 Л2.5 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.11	Принципы оказания стационарной помощи детям с неотложными аллергическими состояниями. /Ср/	7	4	ПК-8 ОК-5	Л1.1 Л1.2 Л2.5 Л2.3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	
1.12	/КрТО/	7	72			0	
	Раздел 2. Хирургия						
2.1	Принципы работы детского хирурга стационара. Работа студента в качестве помощника палатного врача стационара. /Ср/	8	4	ПК-8 ОК-5	Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.2	Работа врача приемного отделения хирургического стационара. Оформление паспортной части истории болезни, написание первичного осмотра больного. Оформление другой документации приемного отделения. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	2 дня по 6 часов в день на базе медицинских учреждений и по 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.3	Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением «дневников» в историях болезни. /Ср/	8	4	ПК-8 ОК-5	Л2.4 Л2.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.4	Работа с основной медицинской документацией в отделениях стационара, участие на операциях, перевязках и манипуляциях. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.4 Л2.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.5	Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара. Интерпретация полученных данных. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС

2.6	Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.4 Л2.2 Л2.1 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.7	Участие в оказании неотложной помощи больным детям на приеме и в отделениях хирургического стационара. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.1 Л2.2 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.8	Принципы противоэпидемиологической работы в детском стационаре. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.5 Л2.4 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.9	Санитарно-просветительная работа в детской больнице. /Ср/	8	2	ОК-5 ПК-8	Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.10	Положение о дежурном враче стационара. Ночное дежурство. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.1 Л2.2 Л2.4 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
2.11	Основы деонтологии. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л2.4 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	6 часов в день на базе медицинских учреждений и 3 часа на ознакомление с литературой и выполнение СРС
Раздел 3. Акушерство и гинекология							
3.1	Методы обследования в акушерстве. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.2	Течение физиологической беременности. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.3	Особенности сердечно-сосудистой системы во время беременности. /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	

3.4	Состояние мочевыводящей с истемы при беременности /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.5	Графидограмма, партограмма /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.6	Многоплодная беременность /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.7	Невынашивание беременности /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.8	Переношенная беременность /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.9	Методы индукции родов /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.10	Гипертензивная гипертензия /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.11	Преэклампсия /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.12	Эклампсия /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.13	Плацентарная недостаточность /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.14	Предлежание плаценты /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.15	ПОНРП /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.16	ПРК /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.17	Родовой травматизм /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.18	Активное ведение III периода родов /Ср/	8	2	ПК-8 ОК-5	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.19	Сепсис /Ср/	8	2	ОК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.20	Септический шок /Ср/	8	2	ОК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.21	Заполнение дневников и медицинской документации /Ср/	8	4	ОК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.22	Подготовка к зачету /Ср/	8	2	ОК-5 ПК-8	Л1.3 Л2.6 Э4	0	
3.23	/КрТО/	8	144		Л1.3 Л2.6	0	
3.24	/ЗачётСОц/	8	72	ПК-8 ОК-5	Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ в п.5.3 (теоретические задания)
 2. Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (ситуационные задачи) в Приложении 1
 3. Итоговая проверка заполнения дневника практики.
- ПОСТРОЕНИЕ БИЛЕТА ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ:**
1. Теоретический вопрос по педиатрии
 2. Теоретический вопрос по детской хирургии
 3. Теоретический вопрос по акушерству
 4. Ситуационная задача по педиатрии
 5. Ситуационная задача по детской хирургии
 6. Ситуационная задача по акушерству
- ПРИМЕР БИЛЕТА ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ:**
1. Оценка тяжести обезвоживания у детей с диареей. План А и план В лечения детей с диареей.
- 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
2. Работа с основной медицинской документацией в отделениях хирургического стационара. Карта экстренного

извещения, ее предназначение.

3. Введение родов. Показания к операции кесарево сечение.

4. Ребенок 6 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. На грудном вскармливании до 6 месяцев. Из анамнеза болезни: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма 5 % манной каши. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом. При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Hb - 115 г/л, Эр. 4,0x10¹²/л, Лейк.-10x10⁹/л, п-2%, сегм.-36%, Э-16%, л-40%, м-6%, СОЭ-15мм/ч.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Укажите причины возникновения заболевания.

Ваши рекомендации.

5. Мальчик 10 лет обратился в больницу с жалобами на боль в животе, однократную рвоту. Температура тела 37,30 С.

Болеет 12 часов. При осмотре обращает на себя внимание боль в правой половине живота, напряжение мышц.

- Сформулируйте диагноз.

- Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

- Что необходимо предпринять при возникновении многократной рвоты?

- С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

- Тактика лечения при подтверждении диагноза.

6. Роженице 28 лет, поступила на повторные роды. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-28-32-20 см. Поперечное положение плода. 2я позиция. Сердцебиение плода ясное, слева на уровне пупка, 130 уд. в мин. Воды не отходили, схватки регулярные по 40-50 сек., через 5-6 мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 6 см.

Плодный пузырь цел. Чрез передний свод влагалища пальпировать предлежащую часть плода не удается. Мыс не достигается. Деформаций костей таза нет.

1) Оцените таз роженицы.

2) Каково состояние плода?

3) Чем осложнены роды?

4) Какова тактика ведения родов?

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Не предусмотрено

5.3. Фонд оценочных средств

РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ"

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО.

1. Каждый студент получает для курации пациентов (2-3), для этого подбираются больные с соматическими заболеваниями.

2. Куратор ежедневно проводит опрос и осмотр каждого больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, предлагает схему лечения. Схема курации:

1. Паспортная часть.

Фамилия, имя, отчество возраст национальность семейное положение родителей образование родителей профессия родителей место работы родителей домашний адрес время поступления диагноз при поступлении

2. Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы.

3. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины, с которыми больной связывает свое заболевание, причины госпитализации.

4. Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в прошлом. Семейный анамнез.

5. Объективные данные. Конституция. Характеристика общего состояния пациента.

6. Анализ снимков и лабораторных исследований.

7. Оценка тактики лечения

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ НОЧНОГО ДЕЖУРАНТА

Студент должен в обязательном порядке нести два ночных дежурства в качестве помощника дежурного врача.

1. Осмотр всех поступающих больных.

2. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях.

3. Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи, а также при необходимости проведении реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.).

4. Оказание первой помощи при :

- приступе бронхиальной астмы;
- острой аллергической реакции;
- при судорожном синдроме;
- при диабетической коме;
- при гипогликемической коме;
- при почечной колике;

5. Выполнять работу в приемном отделении :

- прием больных совместно с врачом;
- обследование.

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ. Перечень вопросов:

Тема №1 Принципы работы детского стационара. Работа студента в качестве помощника врача стационара.

Лечебноохранительный и противоэпидемический режим в стационаре. Медицинская этика и деонтология в работе врача-педиатра.

Вопросы к теме:

1. Основные структурные подразделения больницы.
2. Устройство и задачи детского приемного отделения.
3. Работа лечебного отделения.
4. Лечебно-охранительный режим в стационаре.
5. Понятие о санитарно-гигиеническом и противоэпидемическом режиме.
6. Этика взаимоотношений врача с родителями больного ребенка.
7. Понятие и задачи деонтологии.
8. Нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала, которые могут повлечь за собой юридические последствия.

Тема №2 Работа врача приемного отделения детского стационара.

Принципы сортировки всех поступающих детей с различными неотложными состояниями.

Вопросы к теме:

1. Организация работы врача приемного отделения стационара, оформление паспортной части истории болезни, написание первичного осмотра больного, постановка предварительного диагноза, диагностический минимум.
2. Сортировка всех поступающих детей.
3. Экстренные и приоритетные признаки опасности.
4. Методика обследования детей с неотложными состояниями :
 - нарушение проходимости дыхательных путей или тяжелое расстройство функции дыхания;
 - ребенок, поступивший в состоянии шока;
 - ребенок, поступивший в заторможенном или бессознательном состоянии или с судорогами;

Тема №3. Лихорадка – определение, виды, принципы дифференциальной диагностики и комплекс лечебных мероприятий.

Вопросы к теме:

1. Лихорадка при инфекционно-септических процессах (корь, краснуха, остеомиелит, септический артрит), менингите. Менингеальные симптомы.
2. Особенности лихорадки при инфекциях мочевыводящих путей;
3. Принципы оказания медицинской помощи лихорадящему ребенку: физические методы охлаждения;
4. Антипиретики – препараты, применяемые в педиатрии, режим дозирования в детском возрасте, пути введения, показания и противопоказания.
5. Синдром Рэя.

Тема №4.

Дифференциальный диагноз нарушений дыхательной системы у детей.

Вопросы к теме:

1. Диагностика проходимости дыхательных путей и состояния функции дыхания.
2. Оказание первой помощи при аспирации инородного тела и отсутствии аспирации инородного тела.
3. Кашель и затрудненное дыхание. Пневмония.
4. Схема восстановления легочной вентиляции.
5. Состояния, сопровождаемые астмоидным дыханием.
6. Неотложная помощь ребенку с астматическим статусом.

Тема №5

Дифференциальный диагноз у больного ребенка с диареей. Оценка степени тяжести обезвоживания. Диагностика, лечение.

Вопросы к теме:

1. Классификация тяжести обезвоживания у детей с диареей.
2. Диагностика и лечение тяжелого обезвоживания. План В лечения диареи.
3. Диагностика и лечение умеренного обезвоживания. План В лечения диареи.
4. Диагностика и лечение диареи без обезвоживания. План А лечения диареи в домашних условиях.
5. Диета при лечении диареи.

Тема №6.

Положение о дежурном враче стационара. Ночное дежурство.

Вопросы к теме:

1. Положение о дежурном враче больницы.
2. Права и обязанности дежурного врача стационара.
3. Участие помощника врача стационара в оказании неотложной помощи с обязательным отражением динамики состояния больного в результате врачебных вмешательств.
4. Отчет помощника врача стационара на утренней конференции совместно с основным дежурным врачом заместителю гл.врача или зав. отделением.

Тема №7 Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов.

Вопросы к теме:

1. Методика и правила обоснования клинического диагноза и оформление его в истории болезни.
2. Эпикриз, определение, виды, правила оформления.
3. Определение срока выписки из стационара.

Тема №8

Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей. Методика клинического обследования ребенка. Подготовка больных к инструментально-лабораторным исследованиям. Лечебное питание.

Вопросы к теме:

1. Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация, этиопатогенез,

клинические особенности.

2.Схемы тройной и четверной терапии.

3.Подготовка детей и проведение процедуры эзофагогастродуоденоскопии, особенности ее в детском возрасте.

4.Диета стол № 1, 1а, 1б – показания к назначению, общая характеристика лечебного стола.

5.Хронический холецистит, ДЖВП – этиопатогенез, клиника, принципы терапии, лечебный стол № 5, № 5а

Тема № 9

Клиническое обследование и дифференциальная диагностика заболеваний почек у детей. Лечебное питание.

Вопросы к теме:

1.Острые и хронические пиелонефриты – клинические особенности у детей разных возрастных групп.

2.Инфекции мочевыводящих путей у детей разных возрастных периодов.

3.Мочекаменная болезнь.

4.Подготовка и методика определения скорости клубочковой фильтрации, проведение процедуры экскреторной урографии – показания, использование и дозировка рентген-контрастных веществ.

5.Показания к назначению и характеристика диет: стол № 6, №7, №7а, №7б, № 14.

Тема №10Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара.

Интерпретация полученных данных.

Вопросы к теме:

1.Особенности ЭКГ у детей

2.Рентгенография органов брюшной полости.

3.УЗИ

4.Эхо-КГ

Тема№11

Принципы оказания стационарной помощи детям с неотложными аллергическими состояниями:

Вопросы к теме:

1.Анафилактический шок – этиопатогенез, клиника, комплекс неотложных лечебных мероприятий, профилактика;

2.Отек Квинке – этиопатогенез, клиника, комплекс неотложных лечебных мероприятий, профилактика;

3.Синдром Лайелла - этиопатогенез, клиника, комплекс неотложных лечебных мероприятий, профилактика;

4.Острая крапивница у детей – этиопатогенез, клиника, комплекс неотложных лечебных мероприятий, профилактика;

ДОКЛАД-ПРЕЗЕНТАЦИЯ. Примерная тематика докладов:

1.Принципы организации санитарно-противоэпидемического режима отделений стационара.

2.Взаимоотношения врача, среднего медицинского и младшего медицинского персонала, врач-больной.

3.Показания для выполнения спирографии, нормативы для детей разных возрастных групп.

4.Водно-солевой обмен. Виды эксикоза. Способы и алгоритмы его коррекции у детей.

5.Права и обязанности дежурного врача стационара, согласно нормативной документации МЗ КР и РФ.

6.Водный и солевой режим. Рацион стола № 5, показания к назначению. Правила расширения рациона в зависимости от стадии заболевания.

7.Диета стол № 1, 1а, 1б – показания к назначению, общая характеристика лечебного стола. Правила расширения рациона в зависимости от стадии заболевания.

8.Рацион стола №7. Показания к назначению. Потребность в белках, жирах, углеводах, гипонатриевая диета.

9.Правила накладывания электродов. Частота ритма сердца в зависимости от возраста. Возрастные нормы длительность интервалаPQ, зубцов P и T, а также комплексаQRS.

10 .Проводящие пути в норме. Эктопический ритм. Функциональные и органические причины атриовентрикулярной блокады.

11.Подготовка больного к проведению ЭхоКГ. Показатели ЭхоКГ в норме и патологии в зависимости от возраста ребенка.

12.Токсический эпидермальный некролиз в практике врача-педиатра. Принципы оказания неотложной помощи, принципы лечения, реабилитации. Профилактика.

НИРС С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Примерная тематика заданий:

1.Техника выполнения непрямого массажа сердца детям разных возрастных групп. Показания к выполнению.

2.Искусственная вентиляция легких у детей разных возрастных периодов. Показания и техника выполнения.

3.Оценка состояния и сознания больного. Техника проведения оксигенотерапии, ИВЛ. измерение температуры тела, АД, подсчет ЧСС,ЧД. Доврачебная помощь.

4.Синдром Рэя. Этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь и принципы лечения. Прогноз.

5.Режим больных с бронхиальной астмой. Оценить вдох и выдох. Техника проведения ингаляции. Методика отсасывания слизи из верхних дыхательных путей.

6.Правила проведения и особенности дуоденального зондирования, эзофагогастродуоденоскопии. Показания и техника выполнения процедуры.

7.Диета больных перед проведением экскреторной урографии, техника проведения очистительной клизмы. Расчет дозы лекарственных средств препятствующих, газообразованию кишечника. Техника выполнения экскреторной урографии, показания, осложнения при проведении процедуры. РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ"

КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО.

1.Каждый студент получает для курации пациентов (2-3), для этого подбираются больные с хирургическими заболеваниями.

2.Куратор ежедневно проводит опрос и осмотр каждого больного по прилагаемой схеме, знакомится с результатами имеющихся лабораторных анализов и снимков, предлагает схему лечения.

Схема курации:

1.Паспортная часть.

Фамилия, имя, отчество возраст национальность семейное положение родителей

..... образование родителей профессия родителей место работы родителей
 домашний адрес время поступления диагноз при поступлении

2. Жалобы. В первую очередь описываются жалобы, относящиеся к заболеванию, послужившему причиной госпитализации, затем - другие жалобы.

3. Анамнез заболевания. Начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом, причины, с которыми больной связывает свое заболевание, причины госпитализации.

4. Анамнез жизни. Заболевания, перенесенные в прошлом. Семейный анамнез.

5. Объективные данные. Конституция. Характеристика общего состояния пациента.

6. Анализ снимков и лабораторных исследований.

7. Оценка тактики лечения

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ НОЧНОГО ДЕЖУРАНТА

Студент должен в обязательном порядке нести два ночных дежурства в качестве помощника дежурного врача.

1. Осмотр всех поступающих больных.

2. Участие в диагностических и лечебных мероприятиях.

3. Выполнение мелких неотложных хирургических операций (обработка ран, блокады, вскрытие гнойников). 4.

Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи при острых хирургических заболеваниях при несчастных случаях, проведении реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.).

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ. Перечень вопросов:

Тема №1

Принципы работы детского стационара. Работа студента в качестве помощника врача стационара.

1. Основные структурные подразделения больницы.

2. Хирургическое приемное отделение.

3. Стационарные хирургические отделения.

4. Лечебно-охранительный режим в стационаре.

5. Понятие о санитарно-гигиеническом и противо-эпидемическом режиме.

Тема №2 Работа врача приемного отделения стационара. Оформление паспортной части истории болезни, написание первичного осмотра больного. Оформление другой документации приемного отделения

1. Подход детского хирурга к больному ребенку.

2. Взаимоотношения медицинских работников в условиях детской больницы

3. Правила и принципы поведения врача стационара.

4. Понятие о медицинской этике.

5. Обязанности врача стационара.

Тема №3 Работа с основной медицинской документацией в отделениях стационара

1. Основные виды медицинской документации в детском отделении больницы.

2. Карта экстренного извещения, ее предназначение.

3. Заполнение врачом истории болезни, правила оформления.

4. Основное назначение карты обследования больного.

5. Принципы оформления карты больного хирургического стационара

Тема №4

Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением «дневников» в историях болезни

1. Правила оформления истории болезни в соответствии с требованиями ФОМС.

2. Для чего необходимо систематически вести записи дневников в истории болезни,

3. Как оценивать состояние больного.

4. Перечислите последовательность проведения обследования больного (необходимые и второстепенные методы исследования).

5. Как правильно диагностировать заболевания и обосновывать клинический диагноз.

Тема №5

Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара.

Интерпретация полученных данных

1. Особенности обследования у детей

2. Рентгенография органов брюшной полости.

3. УЗИ

4. Как правильно проводить осмотр больного

5. Какие из методов обследования предпочтительнее для уточнения диагноза у детей

Тема №6

Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов

1. Характеристики пульса, частота пульса у детей по возрастам

2. Правила перкуссии сердца, границы относительной и абсолютной сердечной тупости у детей по возрастам

3. Правила аускультации сердца у детей, характеристика тонов 4. Методы пальпации живота.

5. Описание локального статуса

Тема №7

Участие в оказании неотложной помощи больным детям на приеме и в отделениях стационара

1. Оказание первой помощи при шоке, коллапсе, обмороке.

2. Оказание неотложной помощи больному с химическим ожогом пищевода.

3. Оказание неотложной помощи при дыхательной недостаточности

4. Последовательность действий при инородных телах пищевода

5. Оказание первой неотложной помощи при кровотечении ЖКТ

Тема №8

Принципы противоэпидемиологической работы в детском стационаре

Вопросы к теме:

1. Принципы изоляции гнойно-септических больных в стационаре.
2. Изоляция больных детей с хирургической патологией на фоне инфекционных заболеваний.
3. Назовите основные элементы эпидемического режима
4. Какие существуют основные способы дезинфекции
5. В чем заключается личная гигиена персонала детских хирургических учреждений?

Тема №9 Санитарно-просветительная работа в детской больнице

1. Обработка рук дезинфицирующим раствором.
2. Правила хранения стерильных материалов.
3. Правила подготовки перевязочного материала и белья для стерилизации.
4. Дезинфицирующие растворы и способы их приготовления.
5. Техника мытья рук (хирургический уровень обработки)

Тема №10

Положение о дежурном враче стационара. Ночное дежурство.

1. Обязанности помощника дежурного врача хирургического стационара.
2. Что необходимо выполнять во время ночного дежурства в отделениях хирургического стационара
3. Как осуществлять динамику наблюдения за больным ребёнком
4. Во время участия в мероприятиях по оказанию неотложной помощи больному, как и куда фиксировать динамику оказанной помощи
5. После окончания дежурства, что должен выполнить помощник врача стационара.

Тема №11

Основы деонтологии.

1. Этический долг медицинского работника.
2. Этика взаимоотношений врача с родителями больного ребенка.
3. Понятие о деонтологии.
4. Задачи медицинской деонтологии
5. Какие последствия могут повлечь за собой нарушение этики и деонтологии со стороны медицинского персонала.

ДОКЛАД-ПРЕЗЕНТАЦИЯ. Примерная тематика докладов:

1. Питание больного в послеоперационном периоде. Энтеральное и парентеральное питание.
2. Питание больного при заболеваниях мочевыделительной системы. Потребность в белках, жирах, углеводах, гипонатриевая диета.
3. Обследование больных с дискинезией толстого кишечника. Техника выполнения сифонных клизм. Техника выполнения ирригограммы.
4. Остеоперфорация при ОГО. Метод определения внутрикостного давления.
5. Диагностика эхинококковой болезни. Методы диагностики - УЗИ, рентген.
6. О врачебной деонтологии. Взаимоотношения врача, среднего медицинского и младшего медицинского персонала, врач-больной.
7. Новейшие успехи детской хирургии. Понятие о эндоскопических детских заболеваниях.
8. Методы диагностики врожденных хирургических заболеваний ЖКТ. Анте-интра-пост-натальные методы диагностики.
9. Наследственные хирургические болезни у детей. Классификация, критерии диагностики наследственных болезней у детей. Факторы способствующие развитию наследственных заболеваний у детей.

НИРС С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Примерная тематика заданий:

1. Оказание первой помощи при шоке, коллапсе, обмороке.
2. Оказание неотложной помощи больному с ожогом пищевода
3. Функциональные исследования при хирургических заболеваниях ЖКТ. Особенности питания больного ребенка при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
4. Особенности обследования детей с врожденными заболеваниями почек и мочевыделительной системы.
5. Функциональные методы исследования нарушений функции мочевыделительной системы у детей.
6. Диагностика хирургических заболеваний легких у детей.
7. Бронхография, показания и методика выполнения, интерпретация.
8. Принципы инфузионной терапии у детей с хирургическими заболеваниями.
9. Методы удаления инородных тел из пищевода и верхних дыхательных путей.

5.4. Перечень видов оценочных средств

РАЗДЕЛ "ПЕДИАТРИЯ"

Теоретическое задание

Доклад-презентация

НИРС с презентацией

Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в лечебно-диагностических процедурах; участие в перевязочных процедурах)

Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта

Заполнение дневника практики по разделу "Педиатрия"

РАЗДЕЛ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ"

Теоретическое задание

Доклад-презентация

НИРС с презентацией
 Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в лечебно-диагностических процедурах; участие в перевязочных процедурах)
 Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта
 Заполнение дневника практики по разделу "Детская хирургия"
РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО"
 Собеседование
 Отчет по практике
 Курация больного
 Отчет по ночному дежурству
 Дневник курации больных
 Шкалы оценивания промежуточной аттестации производственной (клинической) практики в ПРИЛОЖЕНИИ 2
 Шкалы оценивания по всем видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ ____
РАЗДЕЛ "АКУШЕРСТВО"

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Боконбаева С.Дж., Счастливая Т.Д., Сушанло Х.М. и др.	Пропедевтика детских болезней. Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов	М.: Бишкек. 2015
Л1.2	Шабалов Н.П.	Детские болезни : Учебник	С- Пб. «Питер» 2011
Л1.3	Айламазян Э.К.	Акушерство: учебник для медицинских вузов	СПб.: СпецЛит 2010

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Афуков И.В. и др.	Детская хирургия: учебное пособие	Оренбург 2012
Л2.2	Катько В.А	Детская хирургия: учебное пособие	Минск: Вышэйшая школа, 2009
Л2.3	Боконбаева С.Дж.,Василенко В.В.,Счастливая Т.Д.	Педиатрия: учебник	Бишкек 2015
Л2.4	Андреев. Д.А.,Найман Е.Л.	Уход за больными в хирургическом стационаре: учебник	Библиотека медфакультета КРСУ, 2014
Л2.5	Коллектив авторов ВОЗ	Карманный справочник. Оказание стационарной помощи детям. : Руководство по ведению наиболее распространенных заболеваний	Европейское региональное бюро ВОЗ. 2012
Л2.6	Асымбекова Г.У.	Акушерство и гинекология. Клинические лекции. Т. 1: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2013

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Хирургия	https://studfiles.net/preview
Э2	Общий уход за хирургическими больными	http://dendrit.ru/page/show/
Э3	Уход за больными в послеоперационный период	http://www.blackpantera.ru/
Э4	Электронная библиотека КРСУ	http://www.lib.krsu.edu.kg
Э5	Оказание неотложной помощи детям	http://www.kyrlibnet.kg
Э6	Работа врача педиатра	http://www.iprbookshop.ru
Э7	Практикующий врач	www.DITM.ru

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – занятия репродуктивного типа, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов.
---------	--

6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. Практика проходит в интерактивном режиме. В постоянном контакте с больными. Поэтому, готовясь к самостоятельной работе с больным, студенты должны отчетливо представлять, что интересы больного надо ставить превыше всего. Успех лечения может быть достигнут лишь при чутком, сердечном отношении врача к больному. Должны помнить об осторожном владении словом, которое может и лечить и приносить непоправимый вред, о необходимости хранить врачебную тайну, наконец, помнить, что больным далеко не безразличен внешний вид врача.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для самостоятельной работы, а также для ознакомления с интернет-источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу.
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	www.med.kg
6.3.2.2	http://www.athero.ru
6.3.2.3	www.cardiosite.ru
6.3.2.4	www.medmir.com
6.3.2.5	www.medscape.com
6.3.2.6	www.escardio.org
6.3.2.7	http://www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.8	http://www.kyrlibnet.kg
6.3.2.9	http://www.iprbookshop.ru
6.3.2.1 0	«Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)
6.3.2.1 1	www.DITM.ru

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Производственная практика "ПОМОЩНИК ВРАЧА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА" проводится на базе ГДКБ СМП и НЦОМид г.Бишкек. В ГДКБ СМП имеется 6 специализированных отделений, 200 коек. В НЦОМид имеется 9 специализированных отделений, 230 коек. Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащены специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп,
7.2	термометр, медицинские весы, ростометр, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с
7.3	детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально. У студентов имеется доступ к информационным стендам, плакатам, электронной библиотеке, базе клинического материала (УЗИ, рентгенография, ЭКГ, ФКГ).
7.4	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор). Имеется обширный набор учебно-наглядных пособий: учебные фильмы, стенды, таблицы, модели.
7.5	Производственная практика "ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА" проводится на базе
7.6	Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБСМП) и Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид), включающих в себя помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты, аппарат наркозодыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией

7.7	синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, изкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, идеогастроскоп педиатрический, видеокколоноскоп операционный, видеокколоноскоп педиатрический, видеокколоноскоп диагностический, аргоноплазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для
7.8	эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки.
7.9	Производственная практика "ПОМОЩНИК ВРАЧА АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА"
7.10	проводится на базе Городского перинатального центра, Клиника профессора Асымбековой, Родильного дома №2.
7.11	Компьютерные классы (корпус Л.Толстого, ауд.4/12, 4/15) с выходом в сеть Интернет для выполнения самостоятельной работы, ознакомления с интернет-источниками, видео-материалами.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологическая карта производственной (клинической) практики в ПРИЛОЖЕНИИ 4

МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ПРАКТИКЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: повторение учебного материала по терапии, хирургии и акушерству и гинекологии и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение рубежных контрольных заданий
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть практики (8 семестр - зачет с оценкой) – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на зачет студенты обязаны иметь при себе зачетные книжки, которые они предъявляют комиссии. Комиссии УП: 31050250_15_24пд.plx стр. 20

предоставляется право поставить зачет без опроса тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли и полностью, в соответствии с требованиями, заполнили дневник практики.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля комиссия подводит итоги по курации большого студентами в течении семестра и по заполнению дневника практики.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания и заполнения дневника практики)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ И РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЯМ (Методические рекомендации для студентов - практикантов по ПЕДИАТРИИ) в ПРИЛОЖЕНИИ 3

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ И РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЯМ (Методические рекомендации для студентов - практикантов по ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ) в ПРИЛОЖЕНИИ 3

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ И РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЯМ (Методические рекомендации для студентов - практикантов по АКУШЕРСТВУ) в ПРИЛОЖЕНИИ 3

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика проводится в 7 (2нед.) и 8 (4нед.) семестрах и имеет продолжительность 6 недель.

Распределение по специальностям: 12 дней - педиатрия, 12 дней - хирургия, 12 дней - акушерство.

Учебно-методическое, научное руководство и контроль хода за производственной практикой «Помощник врачастационара (педиатрия, хирургия, акушерство)» осуществляется преподавателями кафедр «Педиатрия», «Детская хирургия» и «Акушерство и гинекология».

Руководитель практики от университета:

-обеспечивает проведение всех подготовительных, организационных мероприятий, выдачу дневников, заданий, инструктаж о порядке прохождения практики, технике безопасности и т.д.;

-обеспечивает высокий учебно-методический уровень прохождения практики студентами в соответствии с учебным планом и настоящей программой;

-организует консультации, лекции и семинары по отдельным разделам программы, новейшим достижениям науки и техники;

-совместно с руководителем практики от производства руководит работой практикантов;

- контролирует обеспечение предприятием нормальных условий труда и быта студентов, проведения со студентами обязательных инструктажей о безопасности жизнедеятельности;

- просматривает дневник-отчет студентов по практике, дает отзывы об их работе.

На предприятии ответственность за организацию практики возлагается на руководителя, назначаемого приказом директора предприятия из числа главных специалистов.

Руководитель практики от предприятия:

- организует и проводит практику, студентов в соответствии с настоящей программой и календарным планом;
 - обеспечивает эффективность прохождения практики;
 - представляет студентам - практикантам возможность пользоваться имеющейся литературой, технической и другой документацией, необходимой для прохождения практики;
 - проводит обязательные инструктажи по безопасности жизнедеятельности (вводный и на рабочих местах) с оформлением установленной документации, обучает студентов безопасным методам работы;
 - обеспечивает и контролирует соблюдение студентами режима работы, в том числе времени её начала и окончания.
- Студенты получают программу практики, знакомятся с правилами ведения дневника и представлением итогового отчета по практике.

По окончании практики студент сдает зачет с дифференцированной оценкой комиссии, назначенной отделом по производственной практике.

Студент при прохождении практики обязан:

- полностью выполнять задания, предусмотренные программой практики;
- подчиняться действующим на предприятии, в учреждении, организации правилам внутреннего трудового распорядка;
- изучать и строго соблюдать правила охраны труда, техники безопасности и производственной санитарии;
- нести ответственность за выполняемую работу и ее результаты наравне со штатными работниками;
- активно участвовать в общественной жизни коллектива лечебного учреждения;
- регулярно вести дневник прохождения практики, внося в него краткие сведения о проделанной работе;
- составить отчет о практике в соответствии с требованиями;
- сдать зачет по практике.

БАЗЫ ПРАКТИКИ

Производственная практика проводится на базе лечебных учреждений Кыргызской Республики. С каждым из них заключен договор на прохождение практики студентами в индивидуальном порядке.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Перечень типовых заданий для проверки уровня обученности
УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ****РАЗДЕЛ «ПЕДИАТРИЯ»****Задача № 1**

Мальчик 7 месяцев, поступил в отделение в связи с внезапным приступом судорог, остановкой дыхания, цианозом.

Данные анамнеза: ребенок из многодетной семьи, родился недоношенным с массой тела 2100 г, длиной 44 см. От 7-й беременности, протекавшей с токсикозом, вскармливался искусственными смесями, прикорм вводился с нарушением графика, соки и препараты витамина Д не получал. С наступлением хорошей солнечной погоды стал подолгу гулять.

Во время осмотра участковым педиатром, активно сопротивлялся, долго кричал. Внезапно крик стих, наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания, кожа покрылась потом. Через несколько секунд ребенок пришел в сознание.

Данные объективного осмотра: ребенок в сознании, температура тела 36,6°C, кожа со следами загара, чистая, большой родничок не выбухает, края его податливы, затылок уплощен, выражены лобные и затылочные бугры. Грудная клетка – «килевидная» с выраженной «гаррисоновой» бороздой, развернутыми нижними краями, на ребрах – «четки». Мышечный тонус понижен. Определяются симптомы Труссо, Хвостека, Люста.

Менингеальных и очаговых симптомов не выявляется.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Принципы оказания первой помощи и принципы лечения.

Задача № 2

Ребенок 6 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. На грудном вскармливании до 6 месяцев. Из анамнеза болезни: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма - 5% манной каши. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом. При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы - гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Нb - 115 г/л, Эр. $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейк.- 10×10^9 /л, п-2%, сегм.-36%, Э-16%, л-40%, м-6%, СОЭ15мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины возникновения заболевания.
3. Ваши рекомендации.

Задача № 3

Ребенок 5 лет. Родился с массой 4500гр., рост 52 см. В массе прибавлял хорошо, но прибавка массы была не устойчивой при небольших погрешностях в диете или при заболеваниях - отмечалось быстрое ее снижение. Ребенок часто и тяжело болел простудными заболеваниями, бронхитами.

Объективные данные: ребенок вялый, бледный, апатичный, имеет избыточный вес. Лицо одутловатое. Тургор снижен. Пальпируются затылочные, шейные, подмышечные, паховые лимфоузлы I - II степени, плотноватые, безболезненные, подвижные. Дышит ртом, носовое дыхание затруднено из-за аденоидных разрастаний в носоглотке. Сердечные тоны приглушены, умеренная тахикардия, на верхушке - систолический шум функционального характера. Определяется увеличение печени и селезенки на 1,5 - 2,0 см.

Общий анализ крови: Эр. $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв- 128 г/л, Л.- $10,0 \times 10^9/л$, Эоз-3%, П-1%, С-34%, Лимф-51%, М-14%, СОЭ12мм/час.

Выявлено некоторое снижение продукции 17-кето и 17-оксикортикостероидов, а также адреналина.

На R-графии грудной клетки отмечается увеличение вилочковой железы II степени. Тень сердца в форме "капли", гипоплазия дуги аорты.

Вопросы:

1. О каком заболевании свидетельствует статус ребенка?
2. Дайте оценку лабораторным и инструментальным методам обследования.

Задача № 4

Ребенку 6 лет. Поступил в стационар с жалобами на боли в животе приступообразного характера, частую рвоту, жидкий стул 3 раза в день. Аналогичного характера приступы наблюдаются с 5 лет, продолжаются до 1-3 суток. На первом году рос и прибавлял в массе хорошо, в последующие годы отмечалось отставание в массе, рост соответствовал норме. В психомоторном развитии опережает сверстников, но обидчивый, капризный. Отец страдает полинозом и крапивницей, мать - мочекаменной болезнью.

Объективные данные. Состояние ребенка средней тяжести за счет явлений обезвоживания. Сознание ясное, но негативен. На расстоянии слышен запах ацетона изо рта. Кожа бледная, сухая, питание тканей, их тургор и мышечный тонус снижен. Пальпируются единичные шейные и подмышечные лимфоузлы до I размера, безболезненные, подвижные. Сердечные тоны ритмичны, несколько приглушены. Пульс -90 уд. в I мин., АД $85/45$

мм. рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпируется спазмированная сигмовидная кишка. Стул неустойчивый, периодически в виде овечьего кала со слизью. Менингеальных явлений нет. Дермографизм красный, быстро появляется и долго держится.

Анализ крови: Эр. $4,62 \times 10^{12}/л$, Нв-128 г/л, Лейк.- $7,4 \times 10^9/л$, Эоз-2%, П-4%, С-68%, Л-22%, Мон-4%, СОЭ-10 мм./час. Общий ан. мочи - реакция кислая, уд. вес 1014, белка, сахара, уробилина нет, реакция на ацетон + + +, единичные клетки плоского эпителия, кристаллы солей мочевой кислоты + + +. Биохимические анализы: содержание мочевой кислоты

0,078 г/л, холестерин -6,0 ммоль/л, сахар крови натощак 4,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании идет речь?
2. Какие анализы подтверждают диагноз?
3. Какая терапия приступов ухудшения состояния?

Задача № 5

Девочка 3., 1 год, поступила в клинику с жалобами матери на быструю утомляемость ребенка, выпадение волос, снижение аппетита, бледность кожи.

Анамнез жизни: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности и родов. Находилась с 4-х месяцев на искусственном вскармливании, давали козье молоко, в настоящее время в диете преобладают овощи и каши, отсутствует мясо, часто ест землю.

При поступлении в стационар состояние ребенка расценено как тяжелое. Девочка вялая, почти безразлична к окружающему. Сознание ясное, на осмотр реагирует вяло. Кожа и видимые слизистые оболочки очень бледные с желтоватым оттенком. Ушные раковины на просвет желтовато – зеленоватый окраски. В углах рта «заеды». В легких пуэрильное дыхание с жестковатым оттенком. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке и над областью крупных сосудов выслушивается систолический шум мягкого тембра. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +3,0 см ниже реберного края. Моча светлая, стул 1-2 раза в день. Склеры светлые.

Общ.ан.крови: Нв – 54 г/л, эр – $2,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,63, Ретик. – 2,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с-20%, э4%, л- 64%, м- 10, СОЭ – 14 мм/час.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?

Задача № 6

Мальчик Р., 1 год 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (лизжет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала).

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризен, достаточно активен. В легких пуэрильное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из – под реберного края на 2,5 см.

Общ.ан.крови: Hb – 85 г/л, эр – $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,71, Ретик. – 1,9%, Лейк – $7,2 \times 10^9/л$, п/я – 2%, с-20%, э-4%, л- 64%, м- 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микросфероцитоз.

Общ.ан.мочи: цвет – светло – желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: железо сыворотки – 7,3 мкмоль/л, железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л, свободный гемоглобин – не определяется.

Анализ кала на скрытую кровь (троекратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить ребенку?

Задача № 7

Ребенку 5 мес., от I беременности, находился на естественном вскармливании до 2-х мес., затем переведен на смешанное вскармливание, а с 3-х мес. – на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. - манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800г. и к 5 мес. масса тела составляла 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В I мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой

части головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилось покраснение щек, которое вскоре перешло в мокнущую разлитую красноту с образованием корочек, на туловище кожные высыпания. В 4 мес., все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон - поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно, дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях, прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горох». Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см., край закругленный, плотноватый, стул нормальный.

В общем анализе крови: Нв - 118 г/л, эрит - $4,0 \times 10^{12}/л$, Л - $10,6 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 28%, л - 56, э - 8%, м-6, СОЭ - 10 мм/час.

Анализ мочи: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток. Реакция Манту отрицательная. На R-графии органов грудной клетки изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Оцените поражение других органов и систем?
4. Назначьте лечение данного заболевания.

Задача № 8

Ребенку 5 мес., от I беременности, находился на естественном вскармливании до 2-х мес., затем переведен на смешанное вскармливание, а с 3-х мес. – на искусственном вскармливании (цельное коровье молоко). Соки начал получать с 2-х мес., с 4-х мес. - манную кашу. В весе прибавлял ежемесячно в среднем по 800г. и к 5 мес. масса тела составляла 8200г. Родители здоровы. Бабушка по линии матери страдает бронхиальной астмой и аллергическими проявлениями на коже. В I мес. мать заметила появление опрелостей в паховых и подмышечных областях, которые, несмотря на тщательный уход, не исчезали. В 2 мес. появились жирные корочки на волосистой части головы. С переводом на полное искусственное вскармливание появилось покраснение щек, которое вскоре перешло в мокнущую разлитую красноту с образованием корочек, на туловище кожные высыпания. В 4 мес., все эти явления приняли распространенный характер, зуд усилился, ребенок стал беспокойным, сон - поверхностным, ухудшился аппетит. При осмотре: правильного телосложения, подкожно-жировой слой развит избыточно, дряблый. Мышечный тонус снижен, кожа лица гиперемирована, инфильтрирована, покрыта корочками. На коже туловища расчесы. Язык географический. Из носа - непостоянные серозные выделения. На шее, в паховых областях, прощупываются эластичные, подвижные лимфатические узлы величиной с «горох». Со стороны органов дыхания и кровообращения патологии не выявлено. Живот умеренно вздут, безболезненный, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см., край закругленный, плотноватый, стул нормальный.

В общем анализе крови: Нв - 118 г/л, эрит - $4,0 \times 10^{12}/л$, Л - $10,6 \times 10^9/л$, п - 2%, с - 28%, л - 56, э - 8%, м-6, СОЭ - 10 мм/час.

Анализ мочи: единичные лейкоциты и обилие эпителиальных клеток. Реакция Манту отрицательная. На Р-графии органов грудной клетки изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Принципы оказания первой помощи ребенку.
4. Назначьте лечение данного заболевания.

Задача №9

Ребенку 5 месяцев. Болен в течение 3 дней, когда появились катаральные явления, подъем температуры тела до $38,2^{\circ}C$, кашель. Состояние ребенка сегодня резко ухудшилось, при осмотре врачом было выявлено: температура тела $39,4^{\circ}C$, ребенок резко возбужден, плохо спит, отмечается сухость и бледность кожи, анорексия, судороги. Большой родничок - $1,5 \times 1,5$ см, напряжен, частота дыханий - 50 в минуту, пульс - 180 в минуту. Перкуторно: над легкими легочной звук, справа - укорочение. Аускультативно: ослабленное дыхание справа, там же крепитирующие хрипы, в остальных отделах жесткое дыхание.

Рентгенограмма грудной клетки: треугольные гомогенные инфильтративные тени в 6 сегменте правого легкого.

Общий анализ крови: Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, НВ - 110 г/л; ЦП - 0,8; Лейк.- $15,0 \times 10^9/л$, П - 5%, с - 51%, э - 4%, л - 32%, м - 8%, СОЭ - 24 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие анамнестические и объективные данные подтверждают диагноз?
3. Оцените результаты дополнительного обследования.
4. Назначьте лечение.

Задача № 10

Ребенку 5,5 мес. Масса 5600 гр, находится на искусственном вскармливании. Родители ребенка накануне перенесли ОРВИ. Ребенок покашливал, но сосал хорошо, температура не повышалась. Через 3 дня температура внезапно повысилась до 38,5°C, стал беспокойным. Частый кашель вызывал рвоту, срыгивания. При осмотре: число дыханий в минуту – 52, небольшой цианоз носогубного треугольника, напряжение крыльев носа. Над легкими сзади справа укорочение перкуторного звука, там же прослушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс удовлетворительного наполнения 132 уд. в мин. Печень выступает на 3 см из под края реберной дуги. Стул нормальный.

В крови: количество лейкоцитов $16 \times 10^9 / \text{л}$, палочкоядерных 8%, сегментоядерных - 58%, лимфоцитов - 35%, СОЭ - 15 мм. в час.

При рентгенологическом исследовании грудной клетки: интенсивные очаговые тени в медиальных отделах нижней доли правого легкого, усиление легочного рисунка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз заболевания согласно классификации и представьте доводы в пользу высказанного диагноза.
2. Дайте рекомендации по лечению.

Задача № 11

Больной М. 8 лет, поступила в клинику с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, приступ удушья с затрудненным выдохом, который возник после употребления в пищу ананасов.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последнего времени беспокоит приступообразный кашель. Состояние ухудшается в начале осени и в период цветения тополя. Впервые развился приступ удушья в возрасте 7 лет, приступ купировали в стационаре.

Из анамнеза известно, что у мамы пищевая аллергия, у бабушки по линии отца бронхиальная астма. На 1 году жизни у ребенка отмечался экссудативно-катаральный диатез. После года аллергический дерматит, экзема на стиральные порошки. Мальчик не переносит цитрусовые, рыбу, яйца. (со слов мамы у ребенка начинается «свистящее» дыхание).

При осмотре состояние неудовлетворительное. Физическая активность сохранена. Ребенок возбужден. Выражена экспираторная одышка, ЧД - 40 в минуту. Разговорная речь сохранена фразами. В акте дыхания участвует вся вспомогательная мускулатура. Слышны дистанционные хрипы. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 116 в минуту. АД - 90/45 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 90 г/л, эритроциты - 3,0 млн, ЦП - 0,8, лейкоциты - 4,6, тыс. (с/я - 54%), лимфоциты - 34%, эозинофилы - 7%, моноциты - 5%, СОЭ - 9 мм/ч..

ПСВ- 80%. Показатель среднесуточной проходимости бронхов - 20%

Рентгенография органов грудной клетки: определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели. 3. Какова тактика лечения в приступный период.

Задача № 12

Больная М. 14 лет, поступила в клинику с жалобами на кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой, приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие в ночное время 1-3 раза в неделю, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последнего года беспокоит приступообразный кашель, который усиливается при изменении погоды. Состояние ухудшается весной, в период цветения деревьев. Девочка начинает задыхаться после физических нагрузок, а также на фоне эмоциональных перепадов. Впервые приступ удушья развился в 10 лет после ОРВИ, купированный в стационаре ингаляциями сальбутамолом и в/в. В последующем больная принимала антигистаминные препараты и при возникновении приступов проводила ингаляции сальбутамолом. В последнее время частота приступов резко увеличилась. Ночные приступы беспокоят практически каждую ночь. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время.

Девочка в семье единственный ребенок. До 2 лет аллергический диатез. Мать девочки страдает бронхиальной астмой.

При осмотре состояние неудовлетворительное. Физическая активность снижена. Ребенок возбужден. Выражена экспираторная одышка, ЧД - 36 в минуту. Отмечается диффузный цианоз. Разговорная речь затруднена, говорит с остановками отдельными фразами. В акте дыхания участвует вся вспомогательная мускулатура. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: гемоглобин - 122 г/л, эритроциты - 4,3 млн, ЦП - 0,9, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 60%), лимфоциты - 28%, эозинофилы - 9%, моноциты - 3%, СОЭ - 11 мм/ч..

Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно до 48%), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

ПСВ 70%. Показатель среднесуточной проходимости бронхов - 30%

Рентгенография органов грудной клетки: определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Какова тактика лечения в приступный период.

Задача № 13

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение без направления.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан, пошел в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений 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, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении: состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая — по правому краю фудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый 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.

ОАК: Но — 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%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1018, белок — abs, лейкоциты -2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Какова тактика лечения в приступный период.

Задача № 14

Больная М. 12 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой слизистой мокротой (единичные плевки), приступы удушья с затрудненным выдохом, возникающие как в дневное, так и в ночное время ежедневно, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа.

Мать девочки страдает полипозным Рино синуситом, у отца пищевая аллергия в виде крапивницы на цитрусовые. В течение последних 2 лет отмечает частые ОРЗ - 2-3 раза в год. В анамнезе отмечены аллергические реакции на прием ампициллина - заложенность носа, слезотечение; цитрусовые и клубника - крапивница.

Из анамнеза заболевания известно, что в течение последнего года беспокоит практически постоянная заложенность носа. Год назад после перенесенного ОРЗ длительно сохранялся приступообразный кашель. Состояние ухудшилось весной, впервые развился приступ удушья, купированный ингаляциями сальбутамолом и в/в введением эуфиллина. В последующем больная принимала антигистаминные препараты и при возникновении приступов проводила ингаляции сальбутамолом. Последнее ухудшение вновь после ОРЗ. Резко возросла частота приступов удушья в дневное время, появились ночные приступы. Период ремиссии - 2 мес

При осмотре состояние неудовлетворительное. Ребенок возбужден, испуган. ЧД - 32 в минуту, на коже кистей – экзематозные высыпания. Носовое дыхание резко затруднено. Отмечается диффузный «теплый» цианоз. Разговорная речь затруднена, говорит с остановками отдельными словами. При перкуссии легких - коробочный звук, при аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих и жужжащих хрипов над всей поверхностью легких. ЧСС - 96 в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. **В общем анализе крови:** гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - 4,5 млн, ЦП - 0,79, лейкоциты - 8,0 тыс. (с/я - 63%), лимфоциты - 21%, эозинофилы - 13%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч.

Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана).

Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно до 45%), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов).

ПСВ 59%. Показатель среднесуточной проходимости бронхов более 30%

Рентгенография органов грудной клетки: определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Оцените лабораторные показатели.
3. Какова тактика лечения в приступный период.

Задача № 15

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая — по правому краю грудины, верхняя — во II межреберье, левая — на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. ЧСС — 100 ударов в мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

ОАК: Нь — 115 г/л, Эр — $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк $-10,0 \times 10^9$ /л, п/я — 4%, с — 54%, э — 3%, л — 36%, м — 3%, СОЭ — 35 мм/час.

ОАМ: удельный вес — 1015, белок — следы, лейкоциты — 2-3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?
3. Составьте план лечения данного больного.
4. Какие морфологические и лабораторные изменения являются маркерами (маркером) ревматизма?

Задача № 16

Мальчик 13 лет, рос и развивался нормально, болел редко, до настоящего заболевания изменений со стороны сердца не определялось.

Настоящее заболевание началось через 4 недели после перенесенной ангины с повышением температуры до $38,7^{\circ}\text{C}$, жалоб на боли и отечность коленных суставов, боли в области сердца, усталость, в связи с чем был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое, отечность и болезненность при движении в коленных суставах. Бледен, пульсация шейных сосудов, верхушечный толчок смещен влево на 1,5-2 см влево от левой средне-ключичной линии. Границы сердца: правая - правый край грудины, верхняя – II межреберье, левая - на 2 см влево от средне-ключичной линии. Тоны сердца значительно приглушены, на верхушке продолжительный, с дующим оттенком систолический шум, проводящийся влево и усиливающийся после нагрузки, там же - короткий мезодиастолический шум, в V точке льющийся диастолический шум, тахикардия до 124 в минуту, АД - 115/50 мм рт. ст. Пальпируется печень на 2 см из-под края реберной дуги.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отчетливое нарушение процессов реполяризации левого желудочка.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля прозрачные, легочный рисунок не изменен. Сердце митральной конфигурации, расширено в поперечнике, больше влево.

ЭхоКГ – увеличение конечнодиастолического и конечносистолического диаметров левого желудочка и левого предсердия, увеличена амплитуда движения створок митрального и аортального клапана, утолщение и неровность контуров этих клапанов, митральная и аортальная регургитация 2 степени, фракция выброса 54%.

ОАК: Hb - 100 г/л, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк. - $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ – 45 мм/час.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3. Клиническая характеристика поражения сердца. Эстракардиальные проявления болезни.
4. Принципы лечения данного заболевания. Составьте план лечения данного больного.

Задача № 17

Алия У. 10 лет поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела, слабость, болезненность и припухлость обоих коленных суставов. Две недели тому назад девочка перенесла острый гнойный тонзиллофарингит. В амбулаторных условиях был назначен бактрим на 5 дней, проводились полоскания горла отварами трав. Через 10 дней самочувствие ребенка нормализовалось, девочка стала посещать школу. Последнюю неделю мама отмечала повышенную утомляемость ребенка, появились жалобы на умеренно выраженные, летучие боли в крупных и средних суставах рук и ног. Вчера вечером повысилась температура тела, и появились припухлость, боли в левом коленном суставе, утром - отечность и боли в правом коленном суставе.

При осмотре состояние девочки тяжелое. Температура тела $38,8^{\circ}\text{C}$. Положение вынужденное, кожные покровы бледные. Коленные суставы отечные, активные движения в них болезненные, над суставами отмечается местная гипертермия. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, гипертрофированные до 2 степени. Частота дыхания 25 в минуту, аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 124 ударов в минуту, границы

относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии, тоны сердца - глухие, на верхушке и в 5 стандартной точке выслушивается «дующий» систолический шум средней интенсивности. Шум лучше выслушивается в положении больной на левом боку, проводится в левую аксиллярную область и под лопатку слева. Живот мягкий, безболезненный, печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Ребенок мочится свободно, диурез - 1000 мл/сутки. Стул оформлен.

В общем анализе крови: эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, НВ - 121 г/л, лейкоциты - $15,4 \times 10^9/л$, п/я- 4%, с-72 %, л-18%, м-6%, СОЭ-32 мм/час.

В биохимическом анализе крови: СРБ 16 мг/л, общий белок 62 г/л, альбумины 35%, глобулины 65%, антистрептолизин О – 800 МЕ.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЭОС не отклонена, замедление атриовентрикулярной проводимости, нарушения процессов реполяризации.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Обозначьте основные моменты диетотерапии при данном заболевании.
3. Назначьте лечение.

Задача № 18

Девочка 8 лет, поступила с жалобами на боли в поясничной области и учащенное мочеиспускание.

Анамнез заболевания: девочку периодически беспокоят боли в животе, на этом фоне часто повышается температура тела, иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

Анамнез жизни: ребенок от 1 физиологически протекавшей беременности, срочных родов. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ.

При поступлении в стационар: состояние средней тяжести. Температура тела 38°C. Кожа бледная, чистая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС 88 уд/мин. Живот 41 мягкий, безболезненный. Область почек не изменена. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно.

ОАК: Нв 114 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. $18,5 \times 10^9/л$, п/я 10%, с/я 70%, лимф. 12%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.

ОАМ: реакция щелочная, белок 0,06‰, лейкоц. сплошь покрывают все п/зр., эр. 0-1 в п/зр., бактерии – много.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры левой почки больше нормы. Чашечно- лоханочная система значительно расширена с обеих сторон, больше слева. Заключение: Подозрение на удвоение левой почки.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие функции органов мочевой системы можно оценить с помощью цистографии? Необходимо ли проведение цистографии этому ребенку? Какие результаты можно ожидать в данном случае?
3. Назовите основные принципы лечения больных с подобной патологией, основные используемые лекарственные средства, длительность проведения и контроль эффективности проводимой терапии.

Задача № 19

Девочка 12 лет, поступила в стационар с жалобами на боли поясничной области и внизу живота, учащенные болезненные мочеиспускания.

Анамнез заболевания: заболела остро после переохлаждения (накануне долго каталась на коньках в легком спортивном костюме), когда появились боли в поясничной области и внизу живота, частые болезненные мочеиспускания. Температура тела повысилась до 40°C. Появилась выраженная слабость, была однократная рвота.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с токсикозом в I половине. Роды в срок. Масса тела при рождении 3500 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей, профилактические прививки по возрасту. Пищевая аллергия на цитрусовые. Лекарственная аллергия на препараты пенициллинового ряда в виде крапивницы. Перенесенные детские инфекции: ветряная оспа и эпидемический паротит.

При осмотре: состояние тяжелое. Высоко лихорадит до 40,2°C, отмечалась повторная рвота. Кожа бледная, синева под глазами. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 104 уд/мин. Живот болезненный при пальпации по ходу мочеточников, над лобковой областью. Область почек визуально не изменена. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Мочеиспускания частые, болезненные, малыми порциями. Стул в норме.

ОАК: Hb 110 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $23,8 \times 10^9$ /л, п/я 12%, с/я 68%, эоз. 2%, лимф. 13%, мон. 5%. СОЭ 45 мм/ч.

ОАМ: удельный вес 1014, реакция щелочная, белок 0,09%, лейкоц. 100-150 в п/зр., эр. 0-1 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – 30 000, эр. – 800.

Посев мочи: получен рост E.coli – 200'000 микробных тел/мл, чувствительной к пенициллину, оксациллину, цефамизину, гентамицину, фурагину.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие методы обследования наиболее информативны при данном заболевании?
3. Тактика лечения.

Задача № 20

Девочка 4-х лет поступила в отделение с жалобами на отеки.

Анамнез заболевания: после перенесенной 3 недели назад острой респираторной инфекции (ОРИ) у ребенка появились отеки на лице, редкие мочеиспускания. Участковым врачом был поставлен диагноз: Отек Квинке. Был назначен супрастин. Несмотря на проводимую терапию, отеки нарастали, появились слабость и выраженная бледность кожи. Девочка направлена на госпитализацию для обследования и лечения.

Анамнез жизни: ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Физическое и психомоторное развитие без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветрянную оспу. Начиная со 2-го года жизни, отмечаются частые ОРВИ – до 6-8 эпизодов в год.

Аллергологический анамнез: атопический дерматит до 3х лет, затем – период клинико-лабораторной ремиссии.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа чистая, бледная. Выраженная отечность лица, голени, стоп, передней брюшной стенки, асцит. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Мочится редко. Выделила за сутки 180 мл мочи.

ОАК: Нв 127 г/л, эр. $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $10,2 \times 10^9$ /л, п/я 1%, с/я 46%, лимф. 43%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 50 мм/ч.

ОАМ: белок 8,0‰, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Наметьте план дальнейшего обследования для уточнения и верификации диагноза.
3. Лечение: основные направления терапии, лекарственные средства.

Задача № 21

Мальчик 10 лет, поступил в отделение с жалобами на сильную головную боль, уменьшение диуреза, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: ребенок заболел через две недели после перенесенной ангины. Появились недомогание, жалобы на головную боль. Стал реже мочиться. Моча цвета «мясных помоев». В классе зарегистрированы случаи заболевания скарлатиной.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей с повышением АД и отечным синдромом в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3000 г, длина 49 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Из детских инфекций перенес ветряную оспу, краснуху. Часто болеет ОРВИ, ангины – 1-2 раза в год.

При осмотре: состояние тяжелое. Резкая бледность лица. Отеки на лице, туловище, конечностях. Пластинчатое шелушение кончиков пальцев, ладоней и стоп. Зев бледно-розовый, миндалины гипертрофированы до 2-3 ст., рыхлые, с широкими лакунками. Тонзиллярные лимфатические узлы размером 2×1 см, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, ритмичные, акцент II тона над легочной артерией, усиление II тона над аортой. ЧСС 78 уд/мин. АД 190/120 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. Моча при осмотре красно-бурого цвета, мутная.

ОАК: Нб 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $12,5 \times 10^9$ /л, п/я 10%, с/я 60%, лимф. 22%, мон. 8%. СОЭ 30 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок 62 г/л, холестерин 3,1 ммоль/л, мочевины 18,0 ммоль/л, креатинин 190 ммоль/л, СРБ ++, калий 5,8 ммоль/л, кальций 2,5 ммоль/л.

ОАМ: уд. вес 1016, белок 1,5%, лейкоц. 1-2 в п/зр., эр. – сплошь покрывают все п/зр.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, дифференцировка слоев нарушена, неравномерное повышение эхогенности паренхимы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Нуждается ли ребенок на момент осмотра в неотложной терапии? Если да, наметьте план неотложных терапевтических мероприятий.
3. Ваша тактика дальнейшего ведения данного ребенка, включая диетотерапию.

Задача № 22

Девочка 7 лет, поступила в отделение с жалобами на отеки, головную боль.

Анамнез заболевания: заболела вскоре после перенесенного ОРВИ. Появились отеки на лице, которые нарастали с каждым днем. В анализе мочи, сделанном в поликлинике, отмечались протеинурия и эритроцитурия, что явилось поводом к госпитализации.

Анамнез жизни: ребенок от 2-й нормально протекавшей беременности (1 – м/а на сроке 8 нед гестации), роды в срок. Масса тела при рождении 3100 г, длина 50 см. Раннее развитие без особенностей. Профилактические прививки по графику. Перенесенные инфекционные заболевания: ветряная оспа, эпидемический паротит. Часто болеет ОРВИ.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледная. Зев розовый, миндалины гипертрофированы, рыхлые. Выражена отечность лица, голеней, стоп, поясничной области, передней брюшной стенки. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, громкие, ритмичные. ЧСС 110 уд/мин. АД 140/90 мм. рт. ст. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. За сутки выделила 200,0 мл мочи.

ОАК: Hb 130 г/л, эр. $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $9,8 \times 10^9$ /л, п/я 8%, с/я 43%, эоз. 6%, лимф. 34%, мон. 9%. СОЭ 40 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок 42 г/л, альбумины 20 г/л, холестерин 10,9 ммоль/л, мочевины 6,1 ммоль/л, креатинин 76 ммоль/л, СРБ ++, калий 4,81 ммоль/л, натрий 137,5 ммоль/л.

ОАМ: уд. вес 1016, белок 6,0‰, лейкоц. 0-1 в п/зр., эр. 70-80 в п/зр.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план дальнейшего обследования ребенка.
3. Каков стандарт терапии при данной патологии: основные группы лекарственных средств, длительность их приема, контроль эффективности проводимого лечения.

Задача № 23

Девочка 8 лет, поступила в нефрологическое отделение с жалобами на отеки и урежение мочеиспусканий.

Анамнез заболевания: в 3 года, после перенесенной острой респираторной инфекции (ОРИ), у девочки впервые появились отеки на лице, конечностях, туловище; было отмечено снижение диуреза, в связи с чем была госпитализирована. Получала лечение преднизолоном. В течение последующих 5 лет девочка неоднократно находилась на стационарном лечении по поводу обострений заболевания на фоне отмены преднизолона. В настоящее время поступила в связи с ухудшением состояния после перенесенной ОРИ.

Анамнез жизни: девочка от молодых здоровых родителей. Раннее развитие без особенностей. На первом году жизни отмечались легкие проявления атопического дерматита. Профилактические прививки до 3-х лет по графику, затем – медицинский отвод. Часто болела респираторными заболеваниями, детскими инфекциями не болела.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледная, выражены отеки на лице, туловище, конечностях, асцит. Лицо «лунообразное», чрезмерное отложение жира на груди и животе при тонких конечностях, «климактерический бугорок», стрии на животе и бедрах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 34 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС 130 уд/мин. АД 100/60 мм рт ст. Живот резко увеличен в объеме, свободная жидкость в брюшной полости. Печень +4 см из-под края реберной дуги. Диурез 430 мл/сут.

ОАК: Нб 110 г/л, лейкоц. 13×10^9 /л, п/я 5%, с/я 53%, эоз. 2%, лимф. 38%, мон. 2%. СОЭ 40 мм/ч.

ОАМ: белок 6,5%, лейкоц. 3-5 в п/зр., цилиндры: гиалиновые 5-6 в п/зр., зернистые 3-4 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Биохимический анализ крови: белок 32 г/л, мочевины 6,5 ммоль/л, креатинин 60,2 ммоль/л, СРБ ++, калий 4,5 ммоль/л, кальций ионизированный 1,1 ммоль/л, холестерин 12,0 ммоль/л.

Вопросы:

1. Можно ли на основании приведенных данных поставить полный клинический диагноз? 2. Необходимы ли дополнительные исследования для уточнения функции почек?
3. Какие осложнения глюкокортикоидной терапии обнаружены у больного, и можно ли было их избежать?

Задача № 24

Мальчик 10 лет, госпитализирован с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи.

Анамнез заболевания: болен с 6 лет. Заболевание возникло через две недели после перенесенной скарлатины, когда появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, повышение артериального давления. Лечился в стационаре. После выписки из стационара нефрологом не наблюдался. Анализы мочи делали очень редко, хотя в них постоянно фиксировались изменения. Часто жаловался на головную боль.

Анамнез жизни: раннее развитие без особенностей. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, скарлатина, ОРВИ 3-4 раза в год. Профилактические прививки по графику до 6 лет. С 6 лет медицинский отвод.

При осмотре: состояние тяжелое. Отеки на лице, голенях, передней брюшной стенке. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 32 в минуту. Тоны сердца громкие, систолический шум на верхушке. ЧСС 90 уд/мин. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень +3 см из-под края реберной дуги. Диурез 200 мл/сут.

ОАК: Нб 96 г/л, лейкоц. $7,8 \times 10^9$ /л, п/я 5%, с/я 68%, эоз. 1%, лимф. 20%, мон. 6%. СОЭ 40 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок 50 г/л, альбумины 30,1 г/л, глобулины: α_1 6%, α_2 48%, β 14%, γ 14%, холестерин 12,8 ммоль/л, мочевины 10,4 ммоль/л, креатинин 270 ммоль/л, калий 6,23 ммоль/л, натрий 144 ммоль/л, кальций общий 1,7 ммоль/л, фосфор 2,6 ммоль/л.

ОАМ: реакция щелочная, отн. плотн. 1012, белок 3,3‰, лейкоц. 6-7 в п/зр., эр. (измененные и неизмененные) – 70-80 в п/зр.

Проба по Зимницкому: дневной диурез – 200,0 мл, ночной диурез – 300,0 мл, удельный вес мочи 10021012.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, согласно классификации. Дайте обоснование диагнозу.
2. Дополнительные исследования для уточнения функций почек.
3. Стандарт лечения: основные группы препаратов, длительность курсов, контроль эффективности терапии.

Задача № 25

Мальчик 7 лет, поступил в стационар с жалобами на головную боль, ночной энурез.

Анамнез заболевания: ребенок страдает ночным энурезом. По этому поводу не обследовался и не лечился. В последнее время мама обратила внимание на дневное недержание мочи. Мальчик стал жаловаться на головную боль, быстро уставать, снизился аппетит.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей с нефропатией в III триместре. Роды в срок. Масса тела при рождении 3600 г, длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Прививки по графику. Респираторными заболеваниями болеет редко.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожа бледно-серого цвета. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Число дыханий 30 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС 110 уд/мин. АД 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Моча светлая, прозрачная.

Биохимический анализ крови: белок 66,0 г/л, холестерин 4,4 ммоль/л, мочевины 20,1 ммоль/л, креатинин 340 ммоль/л.

ОАМ: отн. плотн. 1008, белок отсутствует, лейкоц. 0-1 в п/зр., эр. – отсутствуют.

Проба по Зимницкому: отн. плотн. 1000 – 1008, дневной диурез 550,0 мл, ночной диурез 180,0 мл.

УЗИ почек: обе почки увеличены в размерах, паренхима истончена до 2 – 3 мм. Отмечена выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План дальнейшего обследования для подтверждения диагноза и установления функции почек.
3. Лечение: основные группы лекарственных средств и их дозировка, длительность курсов, контроль эффективности терапии.

Задача № 26

Девочка 8 лет, поступила для обследования в связи с изменениями в анализах мочи.

Анамнез заболевания: месяц назад девочка перенесла скарлатину в легкой форме. Проводилось симптоматическое лечение. Через две недели после заболевания в повторных анализах мочи выявлены изменения в виде эритроцитурии и микропротеинурии.

Анамнез жизни: ребенок от I нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. С 2х месяцев на искусственном вскармливании. На первом году жизни отмечался атопический дерматит; пищевая аллергия на цитрусовые плоды, шоколад; лекарственная аллергия на пенициллин в виде сыпи.

При осмотре: жалоб нет. Самочувствие хорошее. Кожные покровы чистые. Отеков, пастозности нет. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. ОАК: Нb 132 г/л, эр. $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,3 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 49%, лимф. 38%, эоз. 2%, мон. 8%. СОЭ 5 мм/ч.

ОАМ: отн. плотн. 1018, белок 0,9‰, лейкоц. 2-3 в п/зр., эр. измененные 30-40 в п/зр., зернистые цилиндры 5-10 в п/зр.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоц. – 1500, эр. – 20'000, цилиндры – 2000.

УЗИ почек: почки расположены правильно, увеличены в размерах, отмечается отечность паренхимы, чашечно-лоханочная система в пределах нормы.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте клинический диагноз, согласно классификации.
2. План дальнейшего обследования для подтверждения диагноза.

3. Назначьте лечение: основные группы лекарственных средств, дозировка, длительность курсов, контроль эффективности.

Задача № 27

Больная, 7 месяцев, поступила в детское отделение с жалобами со слов мамы на вялость, снижение аппетита, бледность, однократную рвоту, высокую температуру тела (38-38,5°C), беспокойство при мочеиспускании в течении 3-х дней. Амбулаторно лечилась жаропонижающими препаратами и бисептолом по 120 мг 2 раза в день. Состояние не улучшилось. Направлена в стационар.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от I беременности, протекавшей на фоне гестоза I половины, анемии легкой степени, ОРВИ и угрозы прерывания в первой половине беременности. В период новорожденности ребенок перенес пневмонию, гнойный конъюнктивит. С трех месяцев находится на искусственном вскармливании адаптированными молочными смесями. Наследственностьотягощена: у мамы ребенка хронический пиелонефрит, у бабушки со стороны матери мочекаменная болезнь.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести, масса тела 8 кг, выражена бледность кожных покровов, умеренная пастозность век, снижение тургора тканей. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 160 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, ЧД 35 в минуту. Живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул кашицеобразный до 2-3 раз в сутки, моча мутная.

ОАК: эр. $4,3 \cdot 10^{12}/л$, НВ 101 г/л, ц.п-0,78, лейкоциты – $14,0 \cdot 10^9/л$, п – 4%, с – 51%, л-37%, м – 8%; СОЭ – 35 мм/ч.

ОАМ: удельный вес 1004, белок 0,165%, лейкоциты 10-15 в поле зрения, плоский эпителий 4-6 в поле зрения, бактерии +, соли оксалаты ++.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечение.

Задача № 28

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована. У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца — гастрит, у бабушки по линии матери — язвенная

болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнезы без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо — Робсона. Печень не увеличена, безболезненная. По другим органам без патологии.

ОАК: НЬ — 128 г/л, Ц.п. — 0,91, Эр $-4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк — $7,2 \times 10^9/л$; п/я — 3%, с/я — 51 %, э — 3%, л — 36%, м — 7%, СОЭ — 6 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, прозрачный; рН — 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: общий белок — 72 г/л, АлАТ — 19 Ед/л, АсАТ — 24 Ед/л, ЩФ — 138 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 15 мкмоль/л, из них связ. — 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая оболочка с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая оболочка луковицы дуоденум — очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8×0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечебное питание.
4. Назначьте лечение.

Задача № 29

Мальчик, 13 лет, поступил в гастроэнтерологическое отделение с жалобами на боли в животе, локализующиеся в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после приема пищи и длящиеся от 30 минут до нескольких часов, снижение аппетита, тошноту, горечь во рту. Болеет в течение 2 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы, однако лечение не проводилось. За 2 недели до поступления в стационар у мальчика усилился абдоминальный синдром, что послужило причиной госпитализации.

Матери 40 лет, страдает хроническим холециститом. Отцу 42 года, болен язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Бабушка (по матери) — калькулезный холецистит, ИБС.

В 8 лет ребенок перенес кишечную инфекцию. Питается нерегулярно, любит копчености, жареную, жирную пищу, торты.

Осмотр: на кожных покровах груди и спины — единичные элементы в виде сосудистых звездочек. Живот не увеличен, болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край мягкий, эластичный, слегка болезненный. Симптом Ортнера (+). По другим органам без особенностей.

ОАК: Нь — 140 г/л, Ц.п. — 0,93, Эр — $4,5 \times 10^{12}/л$; Лейк $-9,5 \times 10^9/л$; п/я-2%, с/я-64%, э- 1%, л-26%, м-7%, СОЭ- 15 мм/час.

ОАМ: цвет светло-желтый, прозрачная; pH — 5,5; плотность — 1020; белок — нет; сахар — нет; эп. пл. — небольшое количество, Л — 0-1 в п/з, Эр — 0; слизь — немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок — 80 г/л, АлАТ — 40 Ед/л, АсАТ — 40 Ед/л, ЩФ — 158 Ед/л (норма 70-140), амилаза — 93 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба — 4 ед, билирубин — 18 мкмоль/л, из них связ. — 2 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая, кардия смыкается. Слизистая оболочка желудка в антральном отделе гиперемирована, луковица средних размеров, отечна, гиперемирована. Постбульбарные отделы не изменены.

УЗИ органов брюшной полости: печень — контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность не усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь обычной формы, стенки до 5-6 мм (норма 2 мм), выражена слоистость стенок, внутренние контуры неровные. Холедох до 5,5 мм (норма 4), стенки утолщены.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз, обоснуйте его.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Назначьте лечебное питание.
4. Назначьте лечение.

Задача № 30

Мальчик 12 лет, госпитализирован с жалобами на боли в животе, отрыжку, которые появились 4 дня назад на фоне погрешностей в диете.

Из анамнеза: с рождения плохо прибавлял в весе, с раннего возраста – жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи, отрыжку, стул со склонностью к запорам.

При осмотре: язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации болезненный в пилородуоденальной зоне, параумбиликальной и правой подвздошной областях, там же определяется мышечная защита. Сигма спазмирована. Печень на 1,0 см ниже реберного края, край безболезненный, эластичный. Селезенка не пальпируется.

Данные обследования:

1. Уровень амилазы в сыворотке крови: амилаза 287 ЕД/л.
2. Показатели активности α -амилазы: 1011 – 945 – 675 – 486 ЕД/л (N до 447).
3. Амилаза панкреатическая: 135 МЕ/л (N до 65).
4. Копрология: мышечные волокна без исчерченности – единичные; жирные кислоты, растительная клетчатка перевариваемая, крахмал, иодофильная флора – мало.
5. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, структура однородная, нормоэхогенная. Сосуды и желчные протоки не изменены. Желчный пузырь в типичном месте, стенки уплотнены, в полости – осадок. Поджелудочная железа увеличена, отечна в области хвоста. Головка – 10,7 мм, тело – 6,8 мм (меньше физиологической нормы), хвост – 15,7 мм. Контуры четкие, ровные, структура неоднородная, эхогенность снижена в области хвоста.

Вопросы:

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план обследования для установления (верификации) диагноза.
3. План лечения.
4. Особенности диетотерапии при данном заболевании.

РАЗДЕЛ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Мальчик 10 лет обратился в больницу с жалобами на боль в животе, однократную рвоту. Температура тела 37,3 С. Болеет 12 часов. При осмотре обращает на себя внимание боль в правой половине живота, напряжение мышц.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. Что необходимо предпринять при возникновении многократной рвоты?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Тактика лечения при подтверждении диагноза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

В больницу обратились родители с ребёнком 3-х лет. У ребёнка резкое беспокойство, высокая температура тела - 38,5 С, многократная рвота, понос. Болеет около 8 часов.

1. Какую хирургическую патологию можно заподозрить?
2. Какая должна быть тактика врача по поводу дальнейшего обследования и наблюдения за ребёнком?
3. Какой метод осмотра является наилучшим у детей этой возрастной группы?
4. Какие лабораторные методы обследования необходимо выполнить?
5. Какими специалистами ребёнок должен быть обследован обязательно?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Мальчик 12 лет болеет 3 суток. Боль началась в эпигастрии, потом распространилась по всему животу. Температура тела – 38,9. Ребёнок адинамичен, лежит на правом боку, имеют место жидкие испражнения, многократная рвота. Объективно – по всему животу положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Сформулируйте диагноз.
2. В какое отделение должны госпитализировать ребёнка?
3. Какие методы исследования нужно выполнить?
4. Какие первостепенные манипуляции необходимо выполнить?
5. Лечение ребёнка, возможный объем.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Девочка 6 лет жалуется на высокую температуру тела до 38 С, боли в правой подвздошной области. Болеет 6 дней. Лечилась в ЦРБ, получила антибиотико терапию. При осмотре в правой подвздошной области имеет место болезненное инфильтративное образование, твёрдое, неподвижное. Синдром раздражения брюшины над ним отрицательный.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. С каких групп антибиотиков нужно начинать лечение?
5. Ваша тактика при отсутствии эффекта от начатого лечения и появления симптомов раздражения брюшины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

В стационар поступила девочка 4 лет с болями в нижних отделах живота, температура тела до 39 С, серозно-гнойные выделения из влагалища. Болеет 5 часов. В общем анализе крови – $L - 20.0 \times 10^9 / л$.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно в первую очередь провести диф. диагностику?
3. Тактика лечения.
4. Какие методы обследования необходимы в плане выбора тактики ведения больной, консультации каких специалистов необходимы?
5. Какие антибиотики наиболее подходят в такой ситуации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Девочка 3 лет болеет около 2 часов. Жалобы на беспокойство, наличие опухолевидного образования в паховой области справа, резко болезненного, не вправимого. У ребёнка ОРВИ, ринофарингит, температура тела – 37,5 С. Была однократная рвота. Испражнения час назад, оформленные.

1. Ваш диагноз.
2. Возможно ли, принимая во внимание ОРВИ, ринофарингит попробовать консервативное лечение. Если нет, то почему?
3. Какое необходимо лабораторное обследование?
4. Консультация каких специалистов необходима?
5. Какой метод оперативного лечения в данной ситуации используется?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

Ребёнок 12 лет попал в хирургическое отделение с жалобами на температуру тела до 39,5, отёк и боль в области правой ягодицы.

Объективно: имеет место гиперемия кожи, резкая болезненность при пальпации, инфильтрация мягких тканей, в центре флюктуация.

Из анамнеза – аналогичное заболевание, только в других частях тела, наблюдалось 5 раз за последний год.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Консультация каких специалистов необходима?
5. Показана ли ребёнку иммунокоррекция?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

После введения прикорма (морковное пюре), ребёнок 6 месяцев, стал беспокойным. Была дважды рвота. Не отходят газы, испражнения в виде «малинового желе». Болеет 8 часов.

1. Ваш диагноз.
2. Какое рентгенологическое исследование необходимо для уточнения диагноза?
3. Возможно ли консервативное лечение данной патологии, и какое именно?
4. В каких случаях консервативное лечение противопоказано?
5. Под каким давлением происходит расправление инвагината?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

Девочка 11 лет, 2 недели назад была прооперирована по поводу деструктивного аппендицита.

Поступила с жалобами на приступообразные боли в животе, многократную рвоту, отсутствие стула и газов, вздутие живота.

1. Ваш диагноз.
2. Ваша тактика.
3. На основании каких клинических признаков можно обосновать диагноз?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. На протяжении какого времени у этого ребёнка возможна консервативная терапия?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

В стационар поступил ребёнок с жалобами на высокую температуру тела до 38 С, слабость, боль в левой ноге, невозможность наступать на неё. Травму в анамнезе отрицает.

Объективно: гиперемия кожи и отёк мягких тканей в н/з левой голени. Резкая болезненность при пальпации и перкуссии. Имеет место нарушение функции голеностопного сустава слева. Болеет 3 суток.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Осложнения со стороны каких органов следует ожидать в первую очередь?
5. Какая хирургическая манипуляция дает возможность окончательно поставить диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

У мальчика 9 месяцев отмечается отёк в/з правого бедра, вынужденное его положение, активные движения снижены, пассивные – резко болезненные. Отмечается гипертермия (38,6 С), беспокойство, которое усиливается при смене памперса.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Преимущество каким антибиотикам следует отдать?
4. На какие сутки будут костные рентгенологические изменения?
5. Какая локализация воспалительного процесса характерна для детей раннего возраста?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

У мальчика 6 лет имеет место увеличение размеров правой половины мошонки. Пальпируется мягкоэластическое образование, безболезненное. Перкуссия дает тупой звук. Мать отмечает увеличение образования при физической нагрузке.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Какой дополнительный инструментальный метод помогает в диагностике?
4. До какого возраста детей с такой патологией не оперируют.
5. Дифференциальная диагностика.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

У ребёнка 6 месяцев после приема новой пищи внезапно появились приступообразные боли в животе, многократная рвота, задержка отхождения газов и кала. При осмотре живот на уровне рёберных дуг, мягкий. Пальпаторно справа от пупка пальпируется образование, мягкое, подвижное, умеренно болезненное. При ректальном исследовании следы крови на пальце.

1. Ваш диагноз ?
2. Ваша тактика?
3. Какое рентгенологическое исследование нужно провести для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

На 14 день после выписки из хирургического стационара у мальчика 13 лет, который оперировался по поводу деструктивного аппендицита, появились приступообразные боли, рвота, которая не приносит облегчения, отсутствие отхождения газов и кала. При осмотре отмечается асимметрия живота, видимая перистальтика кишечника, перкуторно – отмечается тимпанит.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваша тактика.
3. Какое рентгенологическое исследование необходимо провести?
4. Тактика консервативного лечения.
5. Строки консервативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

У мальчика 10 лет отмечаются жалобы на боли в животе, повышение температуры тела до 37,4 С, общую слабость, двукратную рвоту. При осмотре живот симметричный, отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференцированный диагноз.
4. Срок динамического наблюдения.
5. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

У ребёнка 5 лет на фоне полного здоровья появилось выделение темной крови из прямой кишки, боль в околопупочной области. Температура тела нормальная. При осмотре отмечается вялость ребенка, бледность кожи, живот мягкий. При ректальном обследовании на пальце темная кровь.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальный диагноз.

4. Диагностика.
5. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

У мальчика 3 лет отмечается выпячивания в паховой области при незначительной нагрузке. Болеет с рождения. При осмотре отмечается в паховой области выпячивание, мягкоэластической консистенции, безболезненное, самостоятельно исчезает, кожа не изменена.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения.
5. Сроки оперативного лечения паховых грыж.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

В поликлиническом отделении в кабинет к хирургу обратилась мать с ребёнком 3-х лет, у которого в области пупка имеет место выпячивание. Болеет от рождения. При осмотре в области пупка выпячивание, мягкоэластической консистенции, самостоятельно исчезает.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Ваша тактика?
4. Лечение.
5. Сроки оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

У мальчика 4 лет имеет место увеличение правой половины мошонки. При осмотре правая половина мошонки увеличена в объеме, кожа не изменена. Пальпаторно - мягкоэластической консистенции, в горизонтальном положении постепенно самостоятельно уменьшается в объеме.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Какой дополнительный метод обследования необходимо выполнить?
4. Лечение.
5. Срок оперативного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком 7 месячного возраста с жалобами на беспокойство ребёнка, снижение аппетита, сна, повышение температуры тела до 38 С, припухлость в области правой грудной железы. При осмотре в области правой грудной железы припухлость, покраснение кожи, пальпация резко болезненная. В центре имеет место флюктуация.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Антибиотики выбора, которые необходимо назначить.
5. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

В приёмное отделение обратился мальчик 15 лет с жалобами на опухолевидное образование в области правой ягодицы, боль, температура тела 37,8 С. Из анамнеза известно, что неделю назад получал инъекции в правую ягодицу. При осмотре образование до 3 см в диаметре, плотное, резко болезненное при пальпации, кожа гиперемирована. В центре имеет место флюктуация.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования.
4. Антибиотики выбора, которые необходимо назначить ребёнку.
5. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

В приёмное отделение обратились родители с ребёнком 7 лет. Болеет 5 дней. При осмотре состояние ребёнка тяжелое, занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми ногами. Температура тела $38,7^{\circ}\text{C}$. Живот на уровне реберных дуг, отмечается дефанс мышц, резко болезненный во всех отделах, больше в правой подвздошной области. Положительные симптомы раздражения брюшины во всех отделах.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дополнительные методы исследования.
4. Антибиотики выбора, которые необходимо назначить.
5. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

В приёмное отделение обратилась мать с ребёнком 14 дней от рождения с жалобами на беспокойство ребёнка, повышение температуры тела до 38°C . При осмотре ребёнок вялый, в области верхней трети левого бедра отмечается отёк мягких тканей, болезненность при пальпации, контрактура в тазобедренном суставе.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Антибиотик выбора, который необходимо назначить.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

У ребёнка 3 лет отмечается общая слабость, повышение температуры тела до 38°C , многократная рвота, жидкие испражнения, боли в животе. При осмотре живот на уровне реберных дуг, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Отмечается дефанс мышц. Положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Антибиотики выбора, которые необходимо назначить.
5. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

У ребёнка 5 лет – боль в животе, многократная рвота, частые жидкие испражнения, повышение температуры тела до 38°C , снижение аппетита, слабость. Болеет двое суток, состояние прогрессивно ухудшается. При осмотре выявлено напряжение мышц передней брюшной стенки, боль при пальпации по всему животу, больше в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования.
3. План лечения.
4. Что можно обнаружить при ректальном исследовании этого ребёнка?
5. Возможно ли ограничиться антибактериальной и симптоматической терапией, без оперативного вмешательства?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

У мальчика 7 лет на протяжении 10 часов – ноющая боль в животе, однократная рвота, снижение аппетита, температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$.

Дома получил анальгин, левомецетин, очистительную клизму.

При пальпации живота – боль и напряжение мышц в правой подвздошной области.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Верная ли тактика родителей на догоспитальном этапе?
3. План обследования.
4. План лечения.
5. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

У девочки 3 лет дома обнаружили припухлость в правой паховой области. Во время плача и после физической нагрузки образование увеличивается. На боль в этой области ребёнок не жалуется.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Возможно ли (и до какого возраста) наблюдение хирургом, без оперативного вмешательства?
4. Сущность лечения в стационаре.
5. Профилактика рецидива заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

В приёмное отделение врачом "скорой помощи" доставлен ребёнок 7 месяцев с диагнозом "инвагинация кишечника".

1. Какие клинические признаки инвагинации кишечника в данном возрасте?
2. Что в анамнезе болезни важно для определения вашей тактики?
3. Какие дополнительные методы обследования нужны для уточнения диагноза?
4. Этиология инвагинации кишечника у детей в этой возрастной группе.
5. Наиболее частая локализация инвагинации?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

В приемное отделение областной больницы доставлен из районной больницы ребёнок 9 лет, у которого на протяжении 3 суток отмечается боль и отёк мягких тканей в нижней трети левого бедра, невозможность стать на ногу, температура - 38,5 С, сухой кашель, снижение аппетита, слабость. Отмечается сгибательная контрактура левого бедра, гиперемия и болезненная припухлость в нижней трети бедра, ослабленное дыхание и влажные хрипы в лёгких.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования и лечения.
3. Какие рентгенологические признаки заболевания будут на момент госпитализации?
4. Верная ли тактика районного врача?
5. Основные направления послеоперационного лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

У новорождённого ребёнка температура тела 38,2 С, беспокойство во время переодевания, отказ от грудного вскармливания. При осмотре в области левой грудной железы участок гиперемированного уплотнения в центре, до 3см в диаметре. Пальпация в области левой грудной железы резко болезненная.

1. Ваш диагноз?
2. С чем нужно дифференцировать?
3. Ваша тактика?
4. Где локализуется первичный воспалительный процесс при этом заболевании – в коже, подкожной клетчатке, лимфосистеме кожи или в периферийных венах?
5. Эффективно ли консервативное лечение, без оперативного вмешательства?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31

У мальчика 6 лет на фоне кашля, острого фаринготрахеита внезапно появились боль и выпячивание в паховой области слева. Была однократная рвота. Продолжительность заболевания - 6 часов. Выпячивание в размере не изменилось. Яичко в мошонке.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. При какой давности заболевания с учетом сопутствующей патологии возможно консервативное лечение?
4. В чем состоит консервативное лечение?
5. Суть оперативного вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32

У ребёнка 14 лет через три недели после перенесенной аппендэктомии возникли приступообразные боли в животе, многократная рвота, задержка испражнений и газов. Давность заболевания – около 5 часов.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. План обследования и лечения.
4. Критерии эффективности консервативных мероприятий.
5. Профилактика данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №33

У мальчика 5 лет на протяжении двух недель отмечается опухолевидное образование вокруг левого яичка, мягкое, безболезненное, которое в размерах увеличивается к вечеру.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Ваша тактика?
4. Сроки оперативного вмешательства.
5. Дифференциальный диагноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №34

У 5-ти месячного ребёнка появились приступообразные боли в животе, многократная рвота. При осмотре живот мягкий, в правом подреберье определяется опухолевидное образование, несколько болезненное при пальпации. При осмотре через прямую кишку на пальце следы крови.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Тактика лечения.
5. Профилактика данного заболевания. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №35

У ребёнка 3-х недельного возраста внезапно ухудшилось состояние. Температура тела повысилась до 39 С, появилось беспокойство, отказ от пищи. При объективном осмотре педиатром на передней поверхности грудной клетки найдено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте немного теплее, умеренно инфильтрированная и болезненная. Через несколько часов поврежденный участок стал багрового цвета, значительно увеличился в размерах. При этом четкой границы с неповрежденными участками кожи не выявлено. Флюктуации нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Тактика лечения. 5. Интервалы (временные) между перевязками?

РАЗДЕЛ «АКУШЕРСТВО»**ЗАДАЧА № 1**

Роженице 28 лет, поступила на повторные роды. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-2832-20 см. Поперечное положение плода. 2я позиция. Сердцебиение плода ясное, слева на уровне пупка, 130 уд. в мин. Воды не отходили, схватки регулярные по 40-50 сек., через 5-6 мин. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева на 6 см. Плодный пузырь цел. Через передний свод влагалища пальпировать предлежащую часть плода не удается. Мыс не достигается. Деформаций костей таза нет.

- 1) Оцените таз роженицы.
- 2) Каково состояние плода?
- 3) Чем осложнены роды?
- 4) Какова тактика ведения родов?

ЗАДАЧА № 2

В роддом поступила первородящая 24 лет. В течение нескольких дней- головная боль, плохое самочувствие. До появления жалоб чувствовала себя здоровой. При осмотре: отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. При кипячении мочи- большой хлопьевидный осадок. Артериальное давление 180/100 мм. рт. ст. Наружное исследование: тазовое предлежание, схватки через 4-5 минут, с/б

плода слева, выше пупка, 140 уд. в минуту. Размеры таза: 25-28-31-20см. Влагалищное исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, слева и спереди прощупывается левая ножка. Задняя поверхность лона и крестцовая впадина свободны. При проведении влагалищного исследования появились судороги, продолжавшиеся 3-4 мин., с потерей сознания.

- 1) Оцените состояние роженицы при поступлении.
- 2) Определите период родов.
- 3) О чем свидетельствует наличие плодного пузыря на данный момент родов?
- 4) Причина, спровоцировавшая судороги?
- 5) Какова тактика врача?

ЗАДАЧА № 3

В родильный дом доставлена роженица, срок беременности 38-39 нед., с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч. тому назад. При поступлении: жалобы на головную боль, боли в подложечной области и пелену перед глазами. При осмотре отмечается пастозность лица, нижние конечности отечны. Температура 37*С. Пульс- 84 уд. в мин., ритмичный, напряженный. АД- 185/110 мм. рт. ст. Вскоре после поступления начались потуги. Таз: 24-27-30-18.5 см. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, 134 уд. в мин., ритмичное. Потуги по 30-35 сек., через 3-4 мин. При попытке произвести влагалищное исследование возник припадок, сопровождающийся судорогами и потерей сознания. Данные влагалищного исследования: открытие зева полное, плодный пузырь цел, головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева и спереди.

- 1) Диагноз при поступлении.
- 2) Можно ли было избежать судорог?
- 3) Оцените таз роженицы.
- 4) Есть ли условия для родоразрешения?
- 5) Метод родоразрешения?

ЗАДАЧА № 4

Первородящая 22 лет, поступила на роды в 1 час ночи. Беременность доношенная. Схватки начались накануне в 20 часов, воды излились 4 часа тому назад. Температура при поступлении- 36.5*С, схватки средней силы, через 2-3 мин. Рост роженицы - 140см., размеры таза: 20-23-26-16 см. Диагональная конъюгата 8 см., окружность живота- 98 см. Предлежит головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд. в мин. Подтекают светлые воды.

- 1) Оцените состояние роженицы.
- 2) Какова форма таза и степень его сужения?
- 3) Какова истинная конъюгата?
- 4) Каковы действия врача?

ЗАДАЧА № 5

Роженица 26 лет поступила на роды в роддом. Вторая беременность, вторые роды. Схватки начались 3 часа тому назад. Первая беременность закончилась срочными родами. Вес плода- 3200г. При осмотре: таз 25-28-30-20 см. Положение плода продольное, головка малым сегментом во входе в малый таз. С/б плода- 138 уд. в мин., слева ниже пупка, ритмичное. Через 3 часа отошли воды. Головка опустилась в

полость малого таза. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Еще через 3 часа родовая деятельность стала значительно слабее, с/б плода стало 150 уд. в мин., приглушенное, временами аритмичное. Влагалищное исследование: открытие полное, плодного пузыря нет. Головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере. Большой родничок под лоном, определяется его задний угол, малый родничок сзади. Небольшая родовая опухоль ближе к малому родничку.

- 1) Какой период родов?
- 2) Характер вставления головки?
- 3) Каково состояние плода перед влагалищным исследованием?
- 4) Какое осложнение возникло в родах?
- 5) Какова тактика врача?

ЗАДАЧА № 6

Первородящая 29 лет, поступила в родильный дом с хорошими схватками по 35-40 сек., через 3-5 мин. При осмотре: незначительные отеки голеней и брюшной стенки. АД- 135/90 мм. рт. ст. Таз: 25-28-31-20 см. Окружность живота- 112 см. Положение плода продольное, с/б- 140 уд. в мин., приглушенное, слева, ниже пупка. Предлежащая часть четко не определяется. При поступлении отошли воды в обильном количестве. Влагалищное исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет, предлежит головка, опустившаяся на дно малого таза. Стреловидный шов в прямом размере выхода таза, малый родничок спереди. Через 8 мин. родился плод, массой 2580г, длиной 47см. После рождения первого плода, обнаружен второй плод в поперечном положении. Головка расположена слева. С/б плода на уровне пупка, 138 уд. в мин., ритмичное.

- 1) Какое осложнение беременности выявляется при осмотре?
- 2) Период родов по данным влагалищного исследования.
- 3) Последовательность действий акушера при обнаружении второго плода.
- 4) Возможные осложнения 3 периода родов в данном случае.
- 5) Ведение 3 периода родов.

ЗАДАЧА № 7

Первородящая 24 лет, поступила на роды. Беременность доношенная. Схватки начались 25 часов назад. Околоплодные воды излились за 2 часа до начала родовой деятельности. При поступлении: состояние удовлетворительное, женщина утомлена, пульс 104 уд. в мин., ритмичный. АД- 110/60 мм. рт. ст. Температура- 38.5°C. Выделения из влагалища гнойные с неприятным запахом. Наружные размеры таза: 25-26-30-17 см. Схватки через 6-7 мин., по 25-30 сек., слабые. Головка малым сегментом во входе в малый таз. С/б плода не прослушивается. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие 8 см., диагональная конъюгата 10 см.

- 1) Как оценить родовую деятельность?
- 2) С какого осложнения начались роды?
- 3) Причина гнойных выделений из влагалища, повышения температуры.
- 4) Форма и степень сужения таза.
- 5) Какова тактика врача?

ЗАДАЧА № 8

Первородящая 23 лет. Беременность доношенная. Роды продолжались 14 часов. Родился плод весом 4000г. Сразу же после рождения ребенка началось кровотечение из влагалища в виде струи алой крови. Послед отделен и выделен по Крете-Лазаревичу. При осмотре: плацента цела, оболочки все. Матка хорошо сократилась, однако кровотечение не прекратилось.

- 1) Определить период родов.
- 2) Причина кровотечения.
- 3) Установите источник кровотечения.
- 4) Назовите причину выделения последа по Крете-Лазаревичу.
- 5) Как остановить кровотечение?

ЗАДАЧА № 9

Роженица 25 лет поступила в роддом. Роды третьи. Первые роды протекали без осложнений, вес ребенка- 2500г. Ребенок умер спустя полгода. При вторых родах, по поводу поперечного положения плода, был произведен поворот и извлечен мертвый плод весом 3000г. Схватки начались 8 часов тому назад, воды отошли 4 часа назад. При поступлении температура тела- 36.7*С, пульс- 84 в мин. Схватки через 4-5 мин. по 30-40 сек., средней силы. Рост роженицы- 148см. Размеры таза: 23-25-29-18 см., диагональная конъюгата- 11см. Окружность живота- 110см. Положение плода продольное, 2-я позиция. С/б плода – 140 уд. в мин. Признак Вастена положительный. Головка прижата ко входу в малый таз. Влагалищное исследование: открытие зева полное, сагиттальный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Выражена конфигурация костей черепа.

- 1) Определите период родов.
- 2) Возможны ли самопроизвольные роды? Почему?
- 3) Какова форма таза? Степень сужения.
- 4) Какова тактика врача?

ЗАДАЧА № 10

Беременная 34 лет, поступила в родильный дом с отошедшими водами и слабыми схватками, начавшимися 1 час тому назад. Из анамнеза: менструации с 17 лет, установились через полгода, по 5-7 дней, были обильными и болезненными. Беременность и роды первые. Данные роды (срочные) продолжались 24 часа. Через 25 мин. после рождения ребенка появились кровянистые выделения, достигшие 250-300мл. При осмотре: матка отклонена вправо, дно ее на уровне пупка. Имеются признаки отделения последа. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс- 88 уд. в мин. АД- 120/70 мм. рт. ст.

- 1) Какой период родов?
- 2) О каком осложнении можно думать при данной длительности родов?
- 3) Дайте оценку кровопотери.
- 4) Оцените данные анамнеза.
- 5) Действия врача.

ЗАДАЧА № 11

В роддом поступила женщина на третьи роды. У роженицы отмечаются отеки. АД - 180/100 мм рт ст. В анализе мочи – 2% белка. От начала родовой деятельности прошло 8 часов. Воды не отходили. Предлежит головка, находящаяся в широкой части полости малого таза. Открытие зева полное. Внезапно роженица побледнела, появилась рвота и сильные распирающие боли внизу живота. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий. Матка приняла асимметричную форму за счет выпячивания ее левого угла, пальпация матки болезненна. С/б плода глухое, 90 уд. в мин., аритмичное. Наружного кровотечения нет.

- 1) Какой период родов?
- 2) Оцените состояние роженицы.
- 3) Причина осложнения.
- 4) Оцените состояние плода.
- 5) Тактика акушера.

ЗАДАЧА № 12

Роженица 38 лет, поступила в роддом 25.02. в 12 часов дня. Беременность пятая. Роды пятые. Предыдущие беременности протекали без осложнений и закончились нормальными срочными родами. Последняя менструация 16.05. Первое шевеление плода 9.10. Схватки начались 25.02 в 6 часов утра. При поступлении - схватки по 25-30 сек., через 3-5мин. При осмотре: таз 26-29-31-20 см. Окружность живота- 110см. Брюшная стенка дряблая. Положение плода поперечное, головка справа, с/б плода- 134 уд. в мин., ритмичное, по средней линии на уровне пупка. В 14 часов отошли воды. Произведено влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется.

- 1) Определите срок (дату) родов.
- 2) Оцените параметры таза.
- 3) Что должен был сделать врач женской консультации?
- 4) Правильно ли расположен плод?
- 5) Тактика врача.

ЗАДАЧА № 13

Первородящая 25 лет, поступила в родильное отделение с регулярными схватками. В течение двух недель отмечаются отеки нижних конечностей. Родовая деятельность началась 6 часов тому назад, появилась головная боль. АД- 170/100- 160/90 мм.рт.ст. Беременность доношенная. Положение плода продольное. Головка малым сегментом во входе в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин., слева, ниже пупка. Схватки через 5-6 мин., по 35-40 сек., регулярные. Воды не изливались. 10 мин. назад возникли резкие боли внизу живота, матка стала асимметричной, болезненной при пальпации. В области правого угла матки определяется выпячивание, из половых органов появились кровянистые выделения. С/б плода стало приглушенным, 160 уд. в мин

- 1) Назовите осложнения данной беременности?
- 2) Какая патология возникла с началом родовой деятельности?
- 3) Что произошло в родах?
- 4) Оцените состояние плода.

5) Каковы действия врача?

ЗАДАЧА № 14

На роды поступила повторнородящая женщина. В анамнезе - 4 искусственных аборта. Последний осложнился метроэндометритом. Данная беременность закончилась рождением живого доношенного ребенка, массой 3900г. Через 10 мин. после рождения плода из влагалища появились кровянистые выделения в умеренном количестве. Признаков полного отделения плаценты нет. Общая кровопотеря - 300мл. Кровотечение продолжается.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Предполагаемая причина данного осложнения?
- 3) Оцените кровопотерю.
- 4) Тактика врача?
- 5) Какое обезболивание необходимо провести?

ЗАДАЧА № 15

В роддом поступила роженица 29 лет. Роды четвертые. Размеры таза: 26-28-31-20 см. Роды срочные, продолжаются 7 часов. Поступила с кровотечением. Пульс- 100 уд. в мин., среднего наполнения, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Схватки средней силы, по 30-40 сек., через 3-4 мин. Предлежит головка над входом в малый таз. Открытие шейки матки- 5см. Сбоку пальпируется рыхлая ткань, на остальных участках определяются плодные оболочки. Во влагалище много сгустков крови. С/б плода ясное, слева от средней линии, 132 уд. в мин.

- 1) Причины кровотечения.
- 2) Оцените состояние роженицы.
- 3) Оцените состояние плода.
- 4) Какова тактика врача?
- 5) Способ родоразрешения.

ЗАДАЧА № 16

Повторнородящая доставлена скорой помощью с сильным кровотечением. Беременность четвертая, две первые закончились искусственными выкидышами. Третья беременность закончилась срочными родами живым ребенком. В родах - ручное отделение плаценты. Настоящая беременность - 39 нед., последние два месяца отличались небольшие кровотечения из влагалища. Два часа назад появились родовая деятельность, схватки через 3-5 мин. по 30-40 сек. Общее состояние роженицы удовлетворительное. Пульс- 88 уд. в мин., АД- 110/65 мм.рт.ст. Положение плода продольное, головка над входом в малый таз. С/б плода-136 уд. в мин. Обильные кровянистые выделения из влагалища. Воды не изливались. Влагалищное исследование: шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал проходим для 2-2,5 пальцев, под пальцем повсюду определяется мягковатая ткань. После влагалищного исследования кровотечение значительно усилилось.

- 1) Поставьте диагноз.

- 2) Причина предлежания плаценты в данном случае.
- 3) Непосредственная причина возникновения кровотечения.
- 4) Тактика акушера-гинеколога.
- 5) Можно ли диагностировать данную патологию до родов?

ЗАДАЧА № 17

В родильный дом поступила первобеременная 21 года. Схватки начались за 12 часов до поступления, потуги- 3 часа тому назад. Воды отошли за 4 часа до поступления. Температура- 36.5⁰С. Пульс- 76 уд. в мин. При наружном исследовании роженицы обращает на себя внимание брахицефалическая голова и искривление нижних конечностей. Размеры таза: 27-27-32-17 см. Положение плода продольное, 2-я позиция. Головка предлежит ко входу малый таз. С/б плода- 120 уд. в мин., ритмичный. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие зева полное. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу, малый родничок справа, большой слева. Диагональная конъюгата 10см. Потуги сильные через 3-4 мин.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Все ли благополучно со стороны плода и матери?
- 3) Тактика врача?

ЗАДАЧА № 18

Повторнобеременная 39 лет поступила по поводу острых болей в животе и незначительных кровянистых выделений из влагалища, возникших час назад. Беременность пятая. Предшествующие четверо родов протекали без осложнений. Последние роды были 5 лет назад. В последние две недели беременности отмечались отеки на ногах. АД- 170/100 мм. рт. ст. Белок в моче. Данные исследования: температура- 36*С, пульс- 100 уд. в мин. Матка неправильной формы, при ощупывании напряжена, болезненна. Положение плода из-за напряжения матки определить не удастся. Сердечные тоны плода не выслушиваются, из влагалища- кровянистые выделения. Зев матки закрыт, через своды определяется головка. Больная бледная, беспокойная, мечется. Жалуется на головную боль, временами впадает в обморочное состояние. Пульс- 100 уд. в мин., мягкий, слабого наполнения.

- 1) Чем осложнилась беременность?
- 2) Каковы причина осложнения?
- 3) В чем состоит опасность для матери?
- 4) Оцените состояние плода.
- 5) Тактика врача?

ЗАДАЧА № 19

Роженица поступила в родильный дом с частыми схватками. Воды отошли 3 ч. тому назад. Роды срочные, третьи. Схватки через 5-7 мин., по 20-25 сек., средней силы. При осмотре: размер таза 25-2830-20 см. Положение плода продольное. Предлежащая часть крупная, прижата ко входу в малый таз. С/б плода- 138 в мин., ясное, слева на уровне пупка. Подтекают воды с примесью мекония. Через 4 часа с/б плода- 100-110 уд. в мин., глуховатое, временами аритмичное. Влагалищное исследование: открытие зева полное, ягодицы на дне таза, межвертельная линия в прямом размере, выделяется меконий.

- 1) Поставьте диагноз при поступлении роженицы.
- 2) Оцените состояние плода через 4 часа.

- 3) Оцените размеры таза женщины.
- 4) Есть ли условия для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути?
- 5) Какой метод родоразрешения?

ЗАДАЧА № 20

В родильный дом доставлена беременная 38 лет в тяжелом состоянии. Пульс- 100 уд. в мин., ритмичный, слабый. Кожные покровы бледные. Женщина жалуется на сильную слабость. Которые появились после подъема тяжести. Почувствовала резкие боли в животе, на короткое время потеряла сознание, вследствие чего была вызвана машина скорой помощи. Беременность пятая, 38 недель. Три беременности закончились нормальными срочными родами. Четвертые роды закончились операцией кесарева сечения 2 года тому назад, по поводу сильного кровотечения при сроке беременности 37-38 нед. Послеоперационный период протекал с лихорадкой, нагноением послеоперационной раны передней брюшной стенки. Выписана на 21-й день после операции с живым ребенком. При поступлении: с/б плода выслушать не удалось. Схватки отсутствуют. Предлежащая часть не определяется. Контуры матки не определяются. Хорошо прощупываются по передней брюшной стенке мелкие части плода.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз.
- 2) Какова степень тяжести возникшего осложнения?
- 3) Оцените состояние плода.
- 4) Какие осложнения были после предыдущего кесарева сечения?
- 5) В чем ошибка врача женской консультации?

ЗАДАЧА № 21

Первородящая 23 лет поступила в родильное отделение. Беременность I, протекала без осложнений. Во время течения беременности чувствовала себя хорошо. В последнюю неделю появились отеки на ногах. За всю беременность прибавила в весе 14 кг. При осмотре: самочувствие удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Срок беременности- 36 нед. С/б плода- 140 уд. в мин., ясное, ритмичное. Имеются отеки голеней. АД- 160/90 мм. рт. ст. В моче- 1.65% белка

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какова тактика врача?
- 3) Как расценить прибавку в весе, равную 14кг?
- 4) Каково состояние плода?
- 5) Что нужно дополнительно знать, чтобы достоверно оценить степень тяжести гестоза?

ЗАДАЧА № 22

Беременная 29 лет поступила в роддом с жалобами на кровотечение из половых путей. Беременность четвертая. Срок беременности 39-40 нед. Роды вторые. Первые роды срочные, без осложнений. После первых родов было 2 аборта. При осмотре с/б плода ясное, 132 уд. в мин., выслушивается слева ниже пупка. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Схватки редкие, слабые. Влагалищное исследование: наружные половые органы без особенностей. Шейка матки укорочена, зев пропускает 2 пальца, за внутренним зевом определяются край плаценты и плодный пузырь цел. Мыс не достигается. После исследования кровотечение усилилось.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какова причина кровотечения?
- 3) Вероятная причина данной патологии.
- 4) Какова тактика врача?
- 5) Какие возможные варианты исхода родов?

ЗАДАЧА № 23

В роддом на роды поступила роженица. Беременность четвертая, роды третьи. Последние три месяца консультацию не посещала. Схватки начались 12 часов тому назад интенсивные. Околоплодные воды отошли 6 часов назад. При осмотре: размеры таза 25-28-30-20 см. Схватки частые, болезненные. Положение плода поперечное, матка напряжена, при пальпации чувствительна в области нижнего сегмента. С/б плода не выслушивается. Влагалищное исследование: определяется отечная ручка, находящаяся во влагалище. Открытие шейки матки полное, во входе в малый таз вклинился плечевой пояс плода.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие ошибки допущены врачом женской консультации?
- 3) Какова тактика врача?
- 4) Оцените размеры таза роженицы с анатомической точки зрения.
- 5) В чем опасность исхода родов для женщины?

ЗАДАЧА № 24

В роддом поступила женщина 34 лет. Из анамнеза: данная беременность шестая. Первая закончилась срочными родами живым ребенком. Четыре последующие - выкидышами. Последний выкидыш (внебольничный) был осложнен кровотечением и воспалением придатков матки. После рождения ребенка прошло 2 часа. Отмечаются незначительные кровянистые выделения из влагалища. Признаков отделения плаценты нет.

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какова тактика врача?
- 3) Каковы причины осложнения?
- 4) Возможные варианты исхода родов?

ЗАДАЧА № 25

Женской консультацией на стационарное лечение направлена первобеременная 20 лет с жалобами на рвоту до 16 раз в сутки (ночью 3 раза), повышение температуры до 37,5⁰ С. Из анамнеза выяснено: росла здоровым ребенком. Менструальные с 14 лет, по 3 дня, через 28 дней, без болей, в умеренном количестве. Под наблюдением женской консультации находится около 2 недель по поводу рвоты беременной. За это время потеряла в весе 4 кг. В моче повторно обнаруживается ацетон. Пульс- 110 уд. в мин.

- 1) Установите срок беременности.
- 2) Какое возникло осложнение? Оцените степень его тяжести.
- 3) Какой симптом отражает тяжесть состояния?

4) Какова акушерская тактика?

ЗАДАЧА № 26

Женщине 20 лет около 3-х часов назад, с целью прерывания беременности в сроке 5-6 нед., в домашних условиях произведено какое-то внутриматочное вмешательство, во время которого появились резкие сильные боли в нижних отделах живота. В момент осмотра появилось головокружение. Объективно: кожа, слизистые бледные. Пульс- 120 уд. в мин. АД-90/70мм.рт.ст. В анализе крови: Нб- 80г/л, лейкоц.- 9×10^9 г/л. Живот резко болезненный при пальпации, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании: слизистая влагалища и шейки матки без особенностей, выделения кровянистые, умеренные, движение за шейку болезненное. Тело матки увеличено до 5-6 нед. беременности, болезненное. Придатки не пальпируются, их область безболезненна. Своды влагалища уплощены, безболезненны.

- 1) Чем обусловлено состояние больной?
- 2) Оцените показатели крови.
- 3) Как расценить данные вагинального исследования?
- 4) Необходимы ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?
- 5) Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА № 27

Больная 24 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, со сгустками кровянистые выделения из половых путей, слабость. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 90 в 1 мин, температура тела 37*С. Последняя нормальная менструация 2 мес. назад. При влагалищном исследовании: шейка матки не эрозирована, цианотична, симптом «зрачка» отрицательный, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена до 6 нед. беременности, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

- 1) Какой диагноз наиболее вероятен?
- 2) Оптимальный объем неотложной медицинской помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО РАЗДЕЛУ «ПЕДИАТРИЯ»,
«ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ», «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ».**

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ - (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ**(рубежный контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Ежедневное присутствие на пятиминутках	0-5
2.	Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением раздела «Дневник»	0-25
3.	Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара. Интерпретация полученных данных. Написание схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов.	0-40
4.	Правильность ведения дневника практики и качество заполнения отчетной таблицы	0-15
5.	Характеристика непосредственного руководителя лечебного учреждения	0-15
Всего баллов		сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ - (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета:

- «85-100%»
- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.
- «75-84%»
- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;

- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
 - четкое изложение учебного материала.
- «60-74%»
- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
 - демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
 - не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
- « менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
 - при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА и НИРС С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (текущий и рубежный контроли)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМ А		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕР ЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкреплённых фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕ НТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛ АД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ И ОБЯЗАННОСТЕЙ НОЧНОГО ДЕЖУРАНТА - (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Осмотр всех поступающих больных	0-30
2.	Участие в диагностических и лечебных мероприятиях	0-20
3.	Оказание первой и неотложной помощи	0-50
Всего баллов		сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО**(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	Заполнение паспортной части	0-2
2.	Жалобы (краткое описание)	0-6
3.	Анамнез заболевания (краткое описание)	0-6
4.	Анамнез жизни (краткое описание)	0-6
5.	Описание характеристики общего состояния пациента	0-8
6.	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков, компьютерной томограммы (МРТ и КТ), ультразвукового исследования	0-20
7.	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам.	0-20
8.	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	
9.	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-20
10.	Оценка тактики лечения	0-12
Всего баллов		сумма баллов

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СТУДЕНТУ - ПРАКТИКАНТУ
ПО ТЕКУЩЕМУ И РУБЕЖНОМУ КОНТРОЛЯМ
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ ПО РАЗДЕЛУ «ПЕДИАТРИЯ», «ДЕТСКАЯ
ХИРУРГИЯ», «АКУШЕРСТВО».**

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ "ПЕДИАТРИЯ":

Производственная практика студентов 4 курса педиатрического дела проводится в 7 или в 8 семестре по разделу помощник палатного врача детского терапевтического стационара.

В стационаре студенты работают под контролем заведующего отделением и ответственного преподавателя кафедры педиатрии. Они ведут 5-6 больных, участвуют в ежедневных обходах, работают в приемном отделении, знакомятся с необходимой документацией и оформляют истории болезни, ежедневно заполняют дневники в историях болезни курируемых больных. По согласованию с лечащим врачом, делают назначения, проводят обследования больных, выполняют диагностические и лечебные манипуляции.

Во время производственной практики студенты проводят санитарно-просветительную работу по плану отделения, участвуют в ночном дежурстве в качестве помощника дежурного врача. Проводят осмотр поступающих и тяжелых больных, обязательно участвуют в выполнении всех лечебных и диагностических мероприятиях.

За время практики по педиатрии, каждый студент выполняет перечень практических навыков, с которыми следует ознакомиться в самом начале цикла. Студенты должны быть четко ориентированы в предъявляемых к ним требованиях и могли правильно планировать свою работу.

Студенты должны приучить себя к самостоятельности мышления, умению ставить диагноз, проведению дифференциальной диагностики, определению плана лечения, предусмотрев при этом все виды помощи и назначив их в определенной последовательности.

За время прохождения цикла педиатрии студент должен закрепить и освоить основные функциональные методы диагностики, участвовать в производстве цистоскопии, ректороманоскопии, ЭКГ, ФВД. Особенно важно научить студента пользоваться в своей работе специальной справочной литературой.

Сведения о выполнении программы по производственной практике отражаются студентами в дневнике и оцениваются руководителем при проведении итогового зачета.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика "ПОМОЩНИК ВРАЧА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА" проводится на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБСМП) и Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид), включающих в себя помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам с соматическими заболеваниями.

**СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЕКУЩЕМУ
КОНТРОЛЮ**

Продолжительность рабочего дня - 6 часов в стационаре (в поликлинике).

1. Принципы лечебной работы студента (помощника врача) в детских терапевтических стационарах.

Студент (помощник врача) должен ознакомиться с общими требованиями, предъявляемыми к врачу детского стационара, графиком работы врача, обязанностями и правами лечащего врача, обязанностями врача параклинического лечебно-диагностического отделения. Студент должен ознакомиться с санитарным состоянием больницы, порядком приема и выписки больных, внутренним распорядком больницы.

**2. Работа врача в приемном отделении детского терапевтического стационара.
Написание первичного осмотра больного.**

Работа врача в приемном отделении ответственна, требует умения быстрой ориентации в диагностике и оказании экстренной помощи. Согласно инструкции Минздрава от 16.06. 01 г. № 213, врач приемного отделения осматривает всех поступивших больных. При этом он оформляет лицевую часть истории болезни, отражает сведения по истории жизни и заболевания ребенка, описывает его статус, отражает данные обследования на амбулаторном этапе, обосновывает предварительный диагноз, составляет план обследования и план лечения больного. Госпитализирует больного по профилю и тяжести состояния с учетом вопросов деонтологии. При необходимости, врач совместно с медицинской сестрой оказывает экстренную помощь больному.

3. Работа с основной медицинской документацией стационара.

Студент (помощник врача) уделяет пристальное внимание ведению медицинской документации: форма 003/У – медицинская карта стационарного больного и КИФ к ней; форма 027/У – выписка из медицинской карты; форма № 347 – врачебное свидетельство о смерти; форма № 249 – рекомендуемые определения, стандарты и требования к регистрации, относящейся к внутриутробной, перинатальной, неонатальной и детской смертности; форма № 0.1.6/У – сводная ведомость учета движения больных по стационару; форма № 007/У – листок учета движения больных и коечного фонда каждого отделения и дневник к ней; формы № 12,14,17 – годовые отчетные формы ЛПУ. Непосредственная работа с медицинской документацией у студента-практиканта – истории болезни, в которой он ежедневно производит записи в разделе «Дневник», четко соблюдает сроки обоснования клинического диагноза, делает грамотные выписки из истории болезни.

4. Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением раздела «Дневник»

Ежедневные обходы курируемых больных студентами, осуществляемые совместно с врачами отделения, призваны воспитывать у них навыки будущей профессии, инициативность, трудолюбие. Работа начинается с утренней пятиминутки. Помощник врача участвует при обходах зав. отделением, профессоров и доцентов кафедры, присутствует на консилиумах. Интерпретирует данные лабораторных анализов и инструментальных методов исследования. Формулирует и обосновывает клинический диагноз согласно современным классификациям. Предлагает свой план лечения с учетом выставленного диагноза. Основной целью раздела «Дневник» является отражение динамики течения данного заболевания. Отрабатывает умение общения с больными детьми и их родственниками.

5. Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара. Интерпретация полученных данных.

В период производственной практики помощник врача сопровождает курируемого больного в лаборатории, кабинеты функциональной диагностики, отделение физиотерапии, кабинеты стоматолога, ЛОР врача и окулиста, невролога. Это способствует лучшему усвоению практических навыков и умений.

6. Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов.

Клинический диагноз должен быть обоснован в течение первых трех дней пребывания в стационаре. Он должен логически вытекать из тех жалоб, анамнестических и объективных данных, результатов лабораторно-функциональных методов исследований, которые характерны для данной патологии. Клинический диагноз должен быть выставлен по принятой современной классификации заболеваний и вынесен на титульный лист истории болезни в день его обоснования с выставлением даты и росписи лечащего врача. Сопутствующие диагнозы обосновываются отдельно от основного заключительного диагноза.

Этапный эпикриз, как правило, должен быть написан через каждые 9-10 дней пребывания больного ребенка в стационаре. Он должен содержать информацию о динамике состояния больного за данный временной период, отражать состояние лабораторно-функциональных исследований, включать оценку проводимой терапии с указанием разовых, суточных доз лекарств и курсов лечения больного. В этапном эпикризе указывается цель и результаты консультаций специалистов, консилиумов. В завершении описания намечается план дальнейшего ведения больного.

В выписном эпикризе указываются сроки пребывания больного в стационаре, заключительный клинический диагноз (основной, осложнение основного, сопутствующие) с его обоснованием, с указанием объема обследования, лечения. Завершается выписной эпикриз рекомендациями о дальнейшей медицинской реабилитации ребенка.

7. Участие в оказании неотложной помощи на приеме и курируемым больным.

Помощник врача должен уметь оказывать неотложную помощь ребенку в экстренных состояниях на приеме, а также в отделении курируемому больному при следующих состояниях: остановка сердца, дыхания, анафилактический шок, судорожный синдром, почечная колика, гипертермический синдром, диабетическая кома, гипогликемическая кома. Эти навыки студент отрабатывает и на ночном дежурстве.

8. Принципы противоэпидемической работы в детском стационаре.

Во время работы помощник врача должен соблюдать эпидемиологическую настороженность. При подозрении на инфекционное заболевание следует изолировать больного до его перевода в специализированные отделения. Дежурный врач осуществляет контроль над приготовлением пищи на пищеблоке, снимает пробу с отметкой в специальном журнале. В каждодневной работе помощник врача должен придерживаться следующих инструктивных приказов: приказ № 76 – о санитарно-эпидемиологическом режиме в отделениях; приказ № 320 – об усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом; приказ № 87 – правила медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в КР, приказ № 488 – о мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в республике, санитарные правила и нормы (Сан ПиН 01.07.2009).

9. Санитарно-просветительная работа в детском стационаре.

Наряду с лечебной работой помощник врача принимает участие в санпросвет работе, проводимой в отделениях больницы. Санпросвет работа заключается в проведении бесед с детьми и их родителями на основные темы, характеризующие профиль отделения; проведение лекций, выпуск санитарных бюллетеней.

10. Положение о дежурном враче детского стационара. Ночное дежурство.

Студент должен в обязательном порядке нести два ночных дежурства в качестве помощника дежурного врача. Помощник врача должен знакомиться с положением о дежурном враче больницы. Во время работы он осматривает всех поступающих больных, участвует в диагностических и лечебных мероприятиях. Также во время ночного дежурства практикант неоднократно должен делать обход в отделениях, осматривать тяжело больных детей, оставленных под наблюдением. Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи при осложнении соматических заболеваний, проведении реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.). Весьма важно студенту знать основные признаки опасности согласно Карманному справочнику ВОЗ.

Результаты обхода фиксируются в дневнике и журнале дежурного врача. На утренней конференции помощник врача отчитывается, совместно с основным дежурным врачом, заместителю главного врача и заведующему отделением.

11. Основы деонтологии.

При работе в отделениях помощник врача должен соблюдать основы этики и деонтологии. Работа в палате с больными должна проводиться с максимальным щажением психики больного. В начале необходимо тщательно изучить анамнез жизни и заболевания. Осмотр больного должен проводиться методично в зависимости от характера заболевания. Для этого необходимо знать основные симптомы заболевания и уметь правильно проводить дифференциальную диагностику.

Следует выработать чуткое и внимательное отношение к больным и их родственникам, уметь внушать больным уверенность в выздоровлении и благоприятном исходе заболевания, строго выполнять принципы профессиональной этики и соблюдать правильное взаимоотношение с персоналом медицинского учреждения. Помощник врача готовит материал для доклада, посвященной вопросам этики и деонтологии.

РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ

Итогом работы помощника врача является завершающая аттестация, с участием заведующего кафедрой, заведующим отделением и ответственного за практику сотрудника кафедры. На зачет студент предоставляет дневник с отражением в нем объема проведенной работы, а также характеристику, в которой преподавателям должны быть отражены: уровень теоретической подготовки студента-помощника врача стационара; владение практическими навыками; знание рецептуры; выполнение врачебной деонтологии. Итоговые баллы рубежного контроля по разделу «Педиатрия» выставляются в электронную ведомость. **Рекомендации для студентов по составлению отчета практики**

Каждый день производственной практики должен быть оформлен в дневнике.

Студент ежедневно ведет дневник своей работы, который является официальным документом для представления в деканат по производственной практике. Без дневника производственная практика не может быть зачтена. Дневник является документом, фиксирующим выполнение программы производственной практики «Помощник врача-стационара (педиатрия, хирургия, акушерство)».

Дневник должен отразить ежедневную работу студента, все, что студент делал сам лично, в чем принимал участие, что наблюдал. Дневник обязательно должен дать представление о степени самостоятельности студента при выполнении той или иной работы. В дневнике отражаются следующие моменты:

- клинические наблюдения больных, которых курировал практикант;
- степень участия в выполнении лечебно-диагностических манипуляций, проводимых в отделениях;
- участие в работе врачебных конференций;
- проведение профилактической и санитарно-просветительной работы; □ работа по организации здравоохранения.

Дневник ведется по установленному образцу, должен ежедневно заполняться и заверяться врачом-руководителем практики. По окончании практики руководитель дает характеристику практиканту, его теоретической подготовке, степени овладения им необходимыми практическими навыками, умению работать с больными и персоналом, вносятся замечания и пожелания в отношении отмеченных недостатков, выставляются итоговые баллы. **Порядок защиты отчета по практике.**

По окончании производственной практики студент сдает отчет о проделанной работе. В отчет должны входить следующие материалы:

- дневник производственной практики;
- характеристика студента, подписанная старшей медсестрой и руководителем практики.
- реферат по учебно-исследовательской работе с презентацией материала;

В конце дневника студентом дается оценка условий прохождения производственной практики и свои предложения по ее совершенствованию.

На последнем листе дневника должны быть подписи:

- исполнителя;
- руководителя практики от кафедры;
- руководителя учреждения базы практики по педиатрии.

По итогам производственной практики студенту на основании письменного и устного отчета выставляется дифференцированный зачет. Оценка вносится в зачетную книжку студента.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Методические рекомендации по заполнению дневника практики

Студент должен ежедневно вести дневник практики, в котором необходимо фиксировать всю выполненную работу и подписывать его ежедневно у руководителя.

Раздел дневника «Перечень практических навыков по педиатрии» каждый пункт и подпункт таблицы необходимо заполнять следующим образом:

Столбец «Уровень освоения» из разделов УМЕНИЯ и НАВЫКИ

I – видел

II – участвовал в выполнении

III – самостоятельно выполнял

Столбец «Освоил (количество)»

По максимальному уровню освоения, указанному в данной строке, записываем количество проделанных мероприятий.

УМЕНИЯ:

- сбор анамнеза, умение провести исследование соматического больного и оценить полученные результаты - выявление характерных симптомов и анализ данных специальных исследований при: □ почечной колике
- судорожном состоянии
- диабетической коме
- гипогликемической коме □ острой аллергической реакции
- выполнение пункции суставов, плевральной и брюшной полостей, артерий, мягких тканей и др.
- выполнение местной анестезии и новокаиновых блокад (паранефральной, круглой связки печени, вагосимпатической, межреберных нервов и др.)
- промывание желудка, выполнение очистительной и сифонной клизм, катетеризация мочевого пузыря

НАВЫКИ:

1. Провести первичный осмотр больного при поступлении в стационар
2. Устанавливать речевой и психологический контакт со здоровыми и больными детьми
3. Уметь правильно строить свои взаимоотношения с родителями здорового и больного ребенка
4. Оформлять историю болезни в соответствии с требованиями ФОМС:
 - оформлять лицевую часть истории болезни;
 - отражать сведения по истории жизни и заболевания ребенка;
 - описать статус обследованного ребенка;
 - отражать и интерпретировать данные обследования на догоспитальном этапе;
 - обосновать предварительный диагноз;

- составить план обследования;
 - составить план лечения больного ребенка;
 - рассчитывать дозы лекарственных препаратов, физиопроцедур.
5. Систематически вести записи дневников в истории болезни, в которых оценивать состояние больного, интерпретировать данные лабораторных обследований, инструментальных исследований, отражать коррекцию лечения
 6. Уметь правильно диагностировать заболевания и оформлять в истории болезни обоснование клинического диагноза
 7. Правильно оформлять этапные, выписные эпикризы, выписки на курируемого больного
 8. Проводить клиническое обследование: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация - сердца, легких, брюшной полости.
 9. Интерпретировать и расшифровывать УЗИ, рентгенограммы.
 10. Участвовать в рентгенологическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных
 11. Участвовать в ультразвуковом обследовании больных и в обсуждении полученных данных
 12. Участвовать в эндоскопическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных (эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия)
 13. Определить группу крови и Rh-фактор, групповую совместимость; участвовать в переливании крови и ее компонентов
 14. Помогать врачу при выполнении пункции:
 - плевральной
 - суставов
 - грудины
 15. Проводить промывание желудка
 16. Определять степень тяжести шока
 17. Определять степени дыхательной недостаточности у детей
 18. Проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание у детей
 19. Оказать помощь при:
 - ожогах пищевода
 - травматическом шоке
 20. Работа в поликлинике:
 - прием больных совместно с врачом;
 - обследование, лечение;
 - оформление листов нетрудоспособности.

По окончании практики необходимо полностью заполнить все отчетные разделы дневника и получить итоговую подпись руководителя практики.

В конце практики необходимо получить характеристику, написанную непосредственным руководителем за подписью главного врача или заместителя главного врача по лечебной работе, и заверить ее печатью лечебного учреждения.

Структура научно-исследовательской работы 1.

Актуальность темы.

2. Литературный обзор по теме.

3. Пример из практики (описание конкретной ситуации, раздела работы, пациента с той или иной патологией, оценка положительных и отрицательных сторон описываемой ситуации). 7. Использованная литература и интернет-ресурсы.

Методические рекомендации при подготовке презентации к докладу и НИРС

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот

вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласована с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации;

- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;

- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

Пример решения ситуационной задачи. Условие:

Ребенок 6 месяцев, поступил с жалобами на кожные высыпания на лице, зуд кожи, общее беспокойство. Анамнез жизни: ребенок от 1-й нормально протекавшей беременности. Роды в срок. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. На грудном вскармливании до 6 месяцев. Из анамнеза болезни: заболел впервые, сыпь появилась после введения прикорма - 5% манной каши. Мать ребенка страдает респираторным аллергозом. При осмотре: вес 7900 г, пастозный, кожа лица гиперемирована, в области щек отмечается инфильтрация, папулезно-везикулезная сыпь. На волосистой части головы - гнейс. Пальпируются шейные лимфатические узлы, около 1 см в диаметре, безболезненные, эластичные.

В общем анализе крови: Hb - 115 г/л, Эр. $4,0 \times 10^{12}/л$, Лейк.- $10 \times 10^9/л$, п-2%, сегм.-36%, Э-16%, л-40%, м-6%, СОЭ-15мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины возникновения заболевания.
3. Ваши рекомендации. Эталон ответа:
 1. Экссудативно-катаральный диатез.
 2. Наследственная предрасположенность: у мамы респираторный аллергоз и нерациональное введение прикорма – манная каша.
 3. Рациональное введение прикорма: прикорм лучше начинать с безглютеновых каш таких как гречневая, рисовая, а также ограничить продукты аллергены – сладкое, красное и т.д.

Перечень требований и обязанностей ночного дежуранта

1. Осматривать всех поступающих больных.
2. Участвовать в диагностических и лечебных мероприятиях
3. Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи и проведению реанимационных мероприятий.

Например:

4.1. Оказание первой помощи при судорожном состоянии.

Провести оценку состояния и сознания больного по шкале АГБО. Уложить ребенка на бок, обеспечить доступ кислорода, ввести диазепам ректально с помощью туберкулинового шприца.

4.2. Оказание неотложной помощи больному при гипогликемической коме.

Если ребенок в сознании: напоить его сладким чаем с 1-2 кусочками сахара или 1-2 чайными ложками меда (варенья), 25-100 г белого хлеба или 50 г печенья. При внезапной потере сознания в/в струйно ввести 25-50 мл 20-40% раствора глюкозы из расчета 2 мл/кг; если ребенок пришел в сознание, его необходимо накормить (каша, картофельное пюре, кисель и др.);

4.3. Подготовка больных к проведению специальных исследований (рентгеноскопии желудка и 12перстной кишки, толстого кишечника, желчных путей, почек и мочевых путей, ректороманоскопии, пункции плевры, брюшной полости).

Проверить соблюдение больным диеты перед исследованием, правильно использовать технику проведения очистительной клизмы. Проследить за расчетом доз лекарственных средств, препятствующих газообразованию кишечника.

Курация больного.

Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п 5.3 рабочей программы практики.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ "ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ":

Производственная практика студентов 4 курса педиатрического дела проводится в 7 или в 8 семестре по разделу помощник палатного врача детского хирургического стационара.

В стационаре студенты работают под контролем заведующего отделением и ответственного преподавателя кафедры детской хирургии. Они ведут 5-6 больных, участвуют в ежедневных обходах, работают в приемном отделении, знакомятся с необходимой документацией и оформляют истории болезни, ежедневно заполняют дневники в историях болезни курируемых больных. По согласованию с лечащим врачом, делают назначения, проводят обследования больных, выполняют диагностические и лечебные манипуляции. В операционной работают только совместно с врачом.

Во время производственной практики студенты проводят санитарно-просветительную работу по плану отделения, участвуют в ночном дежурстве в качестве помощника дежурного врача. Проводят осмотр поступающих и тяжелых больных, обязательно участвуют в выполнении всех лечебных и диагностических мероприятиях.

За время практики по хирургии, каждый студент выполняет перечень практических навыков, с которыми следует ознакомиться в самом начале цикла. Студенты должны быть четко ориентированы в предъявляемых к ним требованиях и могли правильно планировать свою работу.

Студенты должны приучить себя к самостоятельности мышления, умению ставить диагноз, проведению дифференциальной диагностики, определению плана лечения, предусмотрев при этом все виды помощи и назначив их в определенной последовательности.

За время прохождения цикла хирургии студент должен закрепить и освоить основные функциональные методы диагностики, участвовать в производстве цистоскопии, ректороманоскопии, ознакомиться с работой перевязочной, операционного блока. Особенно важно научить студента пользоваться в своей работе специальной справочной литературой.

Сведения о выполнении программы по производственной практике отражаются студентами в дневнике и оцениваются руководителем при проведении итогового зачета.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИКИ

Производственная практика "ПОМОЩНИК ВРАЧА ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА" проводится на базе Городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБСМП) и Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид), включающих в себя помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам с хирургическими заболеваниями.

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ

Продолжительность рабочего дня - 6 часов в стационаре (в поликлинике).

1. Принципы лечебной работы студента (помощника врача) в детских хирургических стационарах.

Студент (помощник врача) должен ознакомиться с общими требованиями, предъявляемыми к врачу детского стационара, графиком работы врача, обязанностями и правами лечащего врача, обязанностями врача параклинического лечебно-диагностического отделения. Студент должен ознакомиться с санитарным состоянием больницы, порядком приема и выписки больных, внутренним распорядком больницы.

2. Работа врача в приемном отделении детского хирургического стационара. Написание первичного осмотра больного.

Работа врача в приемном отделении ответственна, требует умения быстрой ориентации в диагностике и оказании экстренной помощи. Согласно инструкции Минздрава от 16.06. 01 г. № 213, врач приемного отделения осматривает всех поступивших больных. При этом он оформляет лицевую часть истории болезни, отражает сведения по истории жизни и заболевания ребенка, описывает его статус (особое значение уделяется разделу **Status localis**), отражает данные обследования на амбулаторном этапе, обосновывает предварительный диагноз, составляет план обследования и план лечения больного. Госпитализирует больного по профилю и тяжести состояния с учетом вопросов деонтологии. При необходимости, врач совместно с медицинской сестрой оказывает экстренную помощь больному.

3. Работа с основной медицинской документацией стационара.

Студент (помощник врача) уделяет пристальное внимание ведению медицинской документации: форма 003/У – медицинская карта стационарного больного и КИФ к ней; форма 027/У – выписка из медицинской карты; форма № 347 – врачебное свидетельство о смерти; форма № 249 - рекомендуемые определения, стандарты и требования к регистрации, относящейся к внутриутробной, перинатальной, неонатальной и детской смертности; форма № 0.1.6/У – сводная ведомость учета движения больных по стационару; форма № 007/У – листок учета

движения больных и коечного фонда каждого отделения и дневник к ней; формы № 12,14,17 – годовые отчетные формы ЛПУ. Непосредственная работа с медицинской документацией у студента-практиканта - истории болезни, в которой он ежедневно производит записи в разделе «Дневник», четко соблюдает сроки обоснования клинического диагноза, делает грамотные выписки из истории болезни.

4. Ежедневный обход курируемых больных с последующим оформлением раздела «Дневник»

Ежедневные обходы курируемых больных студентами, осуществляемые совместно с врачами отделения, призваны воспитывать у них навыки будущей профессии, инициативность, трудолюбие. Работа начинается с утренней пятиминутки. Помощник врача участвует при обходах зав. отделением, профессоров и доцентов кафедры, присутствует на консилиумах. Интерпретирует данные лабораторных анализов и инструментальных методов исследования. Формулирует и обосновывает клинический диагноз согласно современным классификациям. Предлагает свой план лечения с учетом выставленного диагноза. Основной целью раздела «Дневник» является отражение динамики течения данного заболевания. Отрабатывает умение общения с больными детьми и их родственниками.

5. Участие в обследовании курируемых больных в функциональных подразделениях детского стационара. Интерпретация полученных данных.

В период производственной практики помощник врача сопровождает курируемого больного в лаборатории, кабинеты функциональной диагностики, отделение физиотерапии, кабинеты стоматолога, ЛОР врача и окулиста, невролога. Это способствует лучшему усвоению практических навыков и умений.

6. Схемы обоснования клинического диагноза, этапного и выписного эпикризов.

Клинический диагноз должен быть обоснован в течение первых трех дней пребывания в стационаре. Он должен логически вытекать из тех жалоб, анамнестических и объективных данных, результатов лабораторно-функциональных методов исследований, которые характерны для данной патологии. Клинический диагноз должен быть выставлен по принятой современной классификации заболеваний и вынесен на титульный лист истории болезни в день его обоснования с выставлением даты и росписи лечащего врача. Сопутствующие диагнозы обосновываются отдельно от основного заключительного диагноза.

Этапный эпикриз, как правило, должен быть написан через каждые 9-10 дней пребывания больного ребенка в стационаре. Он должен содержать информацию о динамике состояния больного за данный временной период, отражать состояние лабораторно-функциональных исследований, включать оценку проводимой терапии с указанием разовых, суточных доз лекарств и курсов лечения больного. В этапном эпикризе указывается цель и результаты консультаций специалистов, консилиумов. В завершении описания намечается план дальнейшего ведения больного.

В выписном эпикризе указываются сроки пребывания больного в стационаре, заключительный клинический диагноз (основной, осложнение основного, сопутствующие) с его обоснованием, с указанием объема обследования, лечения. Завершается выписной эпикриз рекомендациями о дальнейшей медицинской реабилитации ребенка.

7. Участие в оказании неотложной помощи на приеме и курируемым больным.

Помощник врача должен уметь оказывать неотложную помощь ребенку в экстренных состояниях на приеме, а также в отделении курируемому больному при следующих состояниях: остановка сердца, дыхания, анафилактический шок, судорожный синдром, кровотечение, гипертермический синдром, артериальная гипертензия, острое отравление, отек легкого. Эти навыки студент отрабатывает и на ночном дежурстве.

8. Принципы противоэпидемической работы в детском стационаре.

Во время работы помощник врача должен соблюдать эпидемиологическую настороженность. При подозрении на инфекционное заболевание следует изолировать больного до его перевода в специализированные отделения. Дежурный врач осуществляет контроль над приготовлением пищи на пищеблоке, снимает пробу с отметкой в специальном журнале. В каждодневной работе помощник врача должен придерживаться следующих инструктивных приказов: приказ № 76 – о санитарно-эпидемиологическом режиме в отделениях; приказ № 320 – об усилении и совершенствовании мероприятий по профилактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом; приказ № 87 – правила медицинского освидетельствования на выявление ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в КР, приказ № 488 – о мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в республике, санитарные правила и нормы (Сан ПиН 01.07.2009).

9. Санитарно-просветительная работа в детском стационаре.

Наряду с лечебной работой помощник врача принимает участие в санпросвет работе, проводимой в отделениях больницы. Санпросвет работа заключается в проведении бесед с детьми и их родителями на основные темы, характеризующие профиль отделения; проведение лекций, выпуск санитарных бюллетеней.

10. Положение о дежурном враче детского стационара. Ночное дежурство.

Студент должен в обязательном порядке нести два ночных дежурства в качестве помощника дежурного врача. Помощник врача должен знакомиться с положением о дежурном враче больницы. Во время работы он осматривает всех поступающих больных, участвует в диагностических и лечебных мероприятиях, выполняет мелкие неотложные хирургические операции (обработка ран, блокады, вскрытие гнойников), а также участвует в полостных операциях в качестве второго ассистента. Также во время ночного дежурства практикант неоднократно должен делать обход в отделениях, осматривать тяжело больных детей, оставленных под наблюдением. Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи при острых хирургических заболеваниях и при несчастных случаях, проведении реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, закрытый массаж сердца и др.). Весьма важно студенту знать основные симптомы острых хирургических заболеваний брюшной полости.

Результаты обхода фиксируются в дневнике и журнале дежурного врача. Участвует в оказании помощи на операциях с обязательным отражением динамики состояния больного в результате врачебных вмешательств. На утренней конференции помощник врача отчитывается, совместно с основным дежурным врачом, заместителю главного врача и заведующему отделением.

11. Основы деонтологии.

При работе в отделениях помощник врача должен соблюдать основы этики и деонтологии. Работа в палате с больными должна проводиться в максимально щажении психики больного. В начале необходимо тщательно изучить анамнез жизни и заболевания. Осмотр больного должен проводиться методично в зависимости от характера заболевания. Для этого необходимо знать основные симптомы заболевания и уметь правильно проводить дифференциальную диагностику.

Следует выработать чуткое и внимательное отношение к больным и их родственникам, уметь внушать больным уверенность в выздоровлении и благоприятном исходе заболевания, строго выполнять принципы профессиональной этики и соблюдать правильное взаимоотношение с персоналом медицинского учреждения.

Помощник врача готовит материал для доклада, посвященной вопросам этики и деонтологии.

12. Работа в перевязочной.

Студент под контролем врача самостоятельно выполняет перевязки, снимает швы, дает оценку состояния ран, зондирует и дренирует их, проводит новокаиновые блокады, пунктирует гнойники, делает плевральные пункции, saniрует раны и полости. Необходимо, чтобы студент участвовал в проведении лапароцентеза при асците, венесекции, накладывал гипсовые повязки, шины, производил скелетное вытяжение.

13. Работа в операционной.

Студент в операционной работает совместно с врачом. Он должен в обязательном порядке ассистировать при плановых и экстренных хирургических вмешательствах (аппендэктомии, ушивании прободной язвы, острой кишечной непроходимости, внематочной беременности и др.). Наиболее активным студентам, неоднократно ассистировавшим на этих операциях, можно доверить выполнение отдельных этапов или всей операции при обязательной ассистенции заведующего отделением.

Студент должен освоить методику местной инфильтрационной, а также региональной анестезии, знать основные положения о проведении общего обезболивания (масочный и эндотрахеальный наркоз).

РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ

Итогом работы помощника врача является завершающая аттестация, с участием заведующего кафедрой, заведующим отделением и ответственного за практику сотрудника кафедры. На зачет студент предоставляет дневник с отражением в нем объема проведенной работы, а также характеристику, в которой преподавателям должны быть отражены: уровень теоретической подготовки студента-помощника детского хирурга; владение практическими навыками; знание рецептуры; выполнение врачебной деонтологии. Итоговые баллы рубежного контроля по разделу «Детская хирургия» выставляются в электронную ведомость.

Рекомендации для студентов по составлению отчета практики

Каждый день производственной практики должен быть оформлен в дневнике.

Студент ежедневно ведет дневник своей работы, которым является официальным документом для представления в деканат по производственной практике. Без дневника производственная практика не может быть зачтена. Дневник является документом, фиксирующим выполнение программы производственной практики «Помощник врача-стационара (педиатрия, хирургия, акушерство)».

Дневник должен отразить ежедневную работу студента, все, что студент делал сам лично, в чем принимал участие, что наблюдал. Дневник обязательно должен дать представление о степени самостоятельности студента при выполнении той или иной работы. В дневнике отражаются следующие моменты:

- клинические наблюдения больных, которых курировал практикант;
- степень участия в выполнении хирургических и лечебно-диагностических манипуляций, проводимых в отделениях;
- участие в работе врачебных конференций;
- проведение профилактической и санитарно-просветительной работы; □ работа по организации здравоохранения.

Дневник ведется по установленному образцу, должен ежедневно заполняться и заверяться врачом-руководителем практики. По окончании практики руководитель дает характеристику практиканту, его теоретической подготовке, степени овладения им необходимыми практическими навыками, умению работать с больными и персоналом, вносятся замечания и пожелания в отношении отмеченных недостатков, выставляются итоговые баллы. **Порядок защиты отчета по практике.**

По окончании производственной практики студент сдает отчет [о проделанной работе](#). В отчет должны входить следующие материалы:

- дневник производственной практики;
- характеристика студента, подписанная старшей медсестрой и руководителем практики.
- реферат по учебно-исследовательской работе с презентацией материала;

В конце дневника студентом дается оценка условий прохождения производственной практики и свои предложения по ее совершенствованию.

На последнем листе дневника должны быть подписи:

- исполнителя;
- руководителя практики от кафедры;
- руководителя учреждения базы практики по хирургии.

По итогам производственной практики студенту на основании письменного и устного отчета выставляется дифференцированный зачет. Оценка вносится в зачетную книжку студента.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Методические рекомендации по заполнению дневника практики

Студент должен ежедневно вести дневник практики, в котором необходимо фиксировать всю выполненную работу и подписывать его ежедневно у руководителя.

Раздел дневника «Перечень практических навыков по хирургии» каждый пункт и подпункт таблицы необходимо заполнять следующим образом:

Столбец «Уровень освоения» из разделов УМЕНИЯ и НАВЫКИ

I – видел

II – участвовал в выполнении

III – самостоятельно выполнял

Столбец «Освоил (количество)»

По максимальному уровню освоения, указанному в данной строке, записываем количество проделанных мероприятий.

УМЕНИЯ:

- сбор анамнеза, умение провести исследование хирургического больного и оценить полученные результаты - выявление характерных симптомов и анализ данных специальных исследований при: □ остром аппендиците
- перитоните
- остром холецистите
- прободной язве и стенозе привратника
- кишечной непроходимости
- желудочно-кишечном кровотечении
- наружных грыжах живота
- заболеваниях легких

- заболеваниях ободочной и прямой кишки
- заболеваниях периферических сосудов
- выполнение пальцевого ректального исследования
- подготовка рук перед операцией
- подготовка операционного поля
- ассистирование на операциях
- ассистирование при введении наркоза, участие в оказании реанимационных пособий
- взятие гистологического и бактериологического материалов для исследований
- подготовка и использование системы для переливания крови, кровезаменителей и солевых растворов - выполнение пункции суставов, плевральной и брюшной полостей, артерий, мягких тканей и др.
- выполнение местной анестезии и новокаиновых блокад (паранефральной, круглой связки печени, вагосимпатической, межреберных нервов и др.)
- промывание желудка, выполнение очистительной и сифонной клизм, катетеризация мочевого пузыря
- вправление вывихов, проведение репозиции переломов, шинирование, наложение гипсовых повязок
- выполнение венесекции, вскрытие поверхностного гнояника, проведение хирургической обработки ран
- наложение швов, снятие швов

НАВЫКИ:

1. Провести первичный осмотр больного при поступлении в стационар
2. Устанавливать речевой и психологический контакт со здоровыми и больными детьми
3. Уметь правильно строить свои взаимоотношения с родителями здорового и больного ребенка
4. Оформлять историю болезни в соответствии с требованиями ФОМС:
 - оформлять лицевую часть истории болезни;
 - отражать сведения по истории жизни и заболевания ребенка;
 - описать статус обследованного ребенка;
 - отражать и интерпретировать данные обследования на догоспитальном этапе;
 - обосновать предварительный диагноз;
 - составить план обследования;
 - составить план лечения больного ребенка;
 - рассчитывать дозы лекарственных препаратов, физиопроцедур.
5. Систематически вести записи дневников в истории болезни, в которых оценивать состояние больного, интерпретировать данные лабораторных обследований, инструментальных исследований, отражать коррекцию лечения
6. Уметь правильно диагностировать заболевания и оформлять в истории болезни обоснование клинического диагноза
7. Правильно оформлять этапные, выписные эпикризы, выписки на курируемого больного
8. Проводить клиническое обследование: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация - сердца, легких, брюшной полости.
9. Интерпретировать и расшифровывать УЗИ, рентгенограммы.
10. Участвовать в рентгенологическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных
11. Участвовать в ультразвуковом обследовании больных и в обсуждении полученных данных
12. Участвовать в эндоскопическом обследовании больных, и в обсуждении полученных данных (эзофагогастродуоденоскопия, ректороманоскопия, бронхоскопия)
13. Определить группу крови и Rh-фактор, групповую совместимость; участвовать в переливании крови и ее компонентов
14. Помогать врачу при выполнении пункции:
 - плевральной
 - суставов
 - грудины
15. Проводить промывание желудка
16. Определять степень тяжести шока
17. Определять степени дыхательной недостаточности у детей

18. Проводить закрытый массаж сердца и искусственное дыхание у детей 19. Оказать помощь при:

- ожогах пищевода
- травматическом шоке 20. Работа в поликлинике:
- прием больных совместно с врачом;
- обследование, лечение;
- оформление листов нетрудоспособности.

По окончании практики необходимо полностью заполнить все отчетные разделы дневника и получить итоговую подпись руководителя практики.

В конце практики необходимо получить характеристику, написанную непосредственным руководителем за подписью главного врача или заместителя главного врача по лечебной работе, и заверить ее печатью лечебного учреждения.

Структура научно-исследовательской работы 1.

Актуальность темы.

2. Литературный обзор по теме.

3. Пример из практики (описание конкретной ситуации, раздела работы, пациента с той или иной патологией, оценка положительных и отрицательных сторон описываемой ситуации). 7. Исползованная литература и интернет-ресурсы.

Методические рекомендации при подготовке презентации к докладу и НИРС

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint. Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации? - что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.

- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
 - Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1–2 минуты.
 - Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
 - При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
 - Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
 - В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
 - Любая фраза должна говориться за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
 - Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
 - Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.
4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: - название презентации;

- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

Пример решения ситуационной задачи. Условие:

В больницу обратились родители с ребёнком 3-х лет. У ребёнка резкое беспокойство, высокая температура тела - 38,5 С, многократная рвота, понос. Болеет около 8 часов.

Вопросы:

1. Какую хирургическую патологию можно заподозрить?
2. Какая должна быть тактика врача по поводу дальнейшего обследования и наблюдения за ребёнком?
3. Какой метод осмотра является наилучшим у детей этой возрастной группы?
4. Какие лабораторные методы обследования необходимо выполнить?
5. Какими специалистами ребёнок должен быть обследован обязательно? Эталон ответа:
 1. Это острый аппендицит.
 2. Успокоить больного, провести осмотр брюшной полости.
 3. Для этой возрастной группы наилучшим является метод осмотра больного в состоянии естественного или медикаментозного сна.
 4. Необходимо выполнить следующие лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кал на копрологию.

5. Ребенка необходимо показать педиатру и ЛОР-врачу.

Перечень требований и обязанностей ночного дежуранта

1. Осматривать всех поступающих больных.

2. Участвовать в диагностических и лечебных мероприятиях.

3. Выполнять мелкие неотложных хирургических операций (обработка ран, блокады, вскрытие гнойников).

4. Во время дежурства студент должен быть готовым к оказанию первой и неотложной помощи при острых

хирургических заболеваниях при несчастных случаях, проведении реанимационных мероприятий Например:

4.1. Оказание первой помощи при шоке, коллапсе, обмороке.

Провести оценку состояния и сознания больного. Использовать правильную технику проведения оксигенотерапии, искусственной вентиляции легких, измерение температуры тела, артериального давления, отсчет частоты сердечных сокращений, частоты дыхания. Оказать доврачебную помощь.

4.2. Оказание неотложной помощи больному с химическим ожогом пищевода.

Правильно провести промывание ротовой полости и желудка. Прodelать обработку полости рта антисептическим раствором и назначить лечение.

4.3. Подготовка больных к проведению специальных исследований (рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки, толстого кишечника, желчных путей, почек и мочевых путей, ректороманоскопии, пункции плевры, брюшной полости).

Проверить соблюдение больным диеты перед исследованием, правильно использовать технику проведения очистительной клизмы. Проследить за расчетом доз лекарственных средств, препятствующих газообразованию кишечника.

Курация больного.

Курацию больного необходимо проводить по схеме, указанной в п 5.3 рабочей программы практики.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО РАЗДЕЛУ "АКУШЕРСТВО":

Производственная практика студентов IV курса, обучающихся по специальности «Лечебное дело» (31.05.01), проводится после и VIII семестра в качестве помощника врача акушера в отделениях указанных баз 2 недели при ежедневной 6-часовой работе.

Студент допускается к прохождению производственной практики при наличии санитарной книжки с разрешением «допуска к работе в лечебно-профилактическом учреждении», при наличии халата, шапочки, маски, фонендоскопа, рабочего дневника. Во время прохождения практики студенты должны выполнять правила медицинской этики и деонтологии при общении с больными и медицинским персоналом стационара, строго выполнять правила внутреннего трудового распорядка ЛПУ, техники безопасности и охраны труда,

Рабочий день студента начинается с утренней врачебной конференции, после которой он проводит обход курируемых больных (5 – 8 больных) с заполнением дневников в медицинских картах стационарных больных, по согласованию с лечащим врачом, листов назначений. Проводит первичное описание поступивших больных, оформляет этапные и выписные эпикризы. Наблюдает беременных в отделении интенсивной терапии. Знакомится с порядком оформления медицинской документации с учетом принятых стандартов, порядком оформления и выдачи больничных листов, выпиской и хранением медикаментов. Принимает участие в инструментальных и функциональных исследованиях курируемых рожениц, выполнении лечебных и физиотерапевтических процедур. Заведующим акушерским отделением (базовый руководитель практики) ежедневно проводится клинический разбор рожениц, курируемых студентами, в форме практического занятия согласно плану практики и с учетом принятых порядков и стандартов оказания медицинской помощи населению.

Совместно с заведующим отделением студент участвует в отборе больных для стационарного лечения, в консультациях и консилиумах больных в других отделениях больницы. Сопровождает больного при проведении обследований или консультаций в других лечебных учреждениях. Посещает врачебные научно-практические и патологоанатомические конференции, присутствует на патологоанатомических исследованиях умерших больных. Проводит санитарно-просветительную работу, направленную на профилактику акушерских осложнений и

формирование здорового образа жизни (беседы в палатах с курируемыми больными, выпуск санитарного бюллетеня и др.). Получает представление о порядке оказания акушерской помощи в стационаре, с порядком приема и выписки больных (санитарная обработка, заполнение медицинской карты, оформление больничного листа и др.).

В процессе производственной практики студенты закрепляют полученные во время учебы знания, практические умения и навыки. Самостоятельная работа студентов по обследованию и лечению беременных под руководством руководителей практики способствует формированию клинического мышления, принципов врачебной деонтологии и медицинской этики.

Выполнение всех указанных видов врачебной деятельности ежедневно отражается в дневнике производственной практики. Базовый и вузовский руководители практики осуществляют систематический контроль над оформлением дневников и регистрацией объема выполненных манипуляций в книжках учета практических навыков. Рабочие дни практики, пропущенные студентом по уважительным причинам, обрабатываются в сроки, назначенные базовым и вузовским руководителями практики.

По окончании практики базовый руководитель практики по акушерству и гинекологии дает студенту производственную характеристику, где указывает объем и качество проделанной работы, количество усвоенных практических навыков, характеризует дисциплинированность, аккуратность в работе, прилежание, соблюдение принципов деонтологии. О студентах, нарушающих правила внутреннего распорядка ЛПУ, администрация лечебного учреждения сообщает ректору университета.

ТРЕБОВАНИЯ К ЗАПОЛНЕНИЮ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ.

Заполнение дневника начинается с характеристики базы практики: название больницы, ее профиль, коечный фонд, Ф.И.О. главного врача, его заместителей. Характеристика отделения: штат, % укомплектованности, Ф.И.О. зав. отделением, стаж, категория, профиль отделения, соблюдение санитарных норм и противоэпидемических мероприятий. Оснащение отделения или больницы лечебной и диагностической аппаратурой, санитарно-гигиеническое состояние отделения.

После этого производится ежедневное описание проделанной работы за день (содержание рабочего дня) в четкой лаконичной форме по пунктам, каждый пункт с новой строки. Например:

1. Присутствовал на утренней конференции (указать наиболее интересные клинические случаи, осложнения очень коротко).
2. Получил больных для курации: перечислить их фамилии, указать полный диагноз и возраст.
3. Сделал обход в палате с лечащим врачом (Ф.И.О., стаж врача).
4. Заполнил историю болезни на вновь поступившего больного.
5. Участвовал в качестве ассистента или присутствовал на следующих операциях и манипуляциях (название, диагноз пациента).
6. Сделал следующие инъекции: п/к, в/м, в/в, катетеризировал мочевой пузырь, сделал клизму, перевязку операционной раны, обработку швов промежности, у пациентки с диагнозом и т.д.
7. Участвовал или присутствовал при даче наркоза, при процедуре МВА, бимануальном исследовании беременной, при проведении родов, при операции кесарева сечения, лапароскопической, гистероскопической операции, кольпоскопии и др. исследованиях и манипуляциях.....
8. Провел беседу, прочитал лекцию (где, кол-во слушателей).
9. Выписал больного: написал эпикриз.

Подпись студента:

Подпись руководителя практики или заведующего отделением:

(Дневник подписывается ежедневно перед уходом с работы, 2-й день ведутся записи, подобные этой).

Цифровой отчет составляется на основании ежедневных записей о проделанной работе, согласно положению, но может быть расширен, если он окажется неполным. Заканчивается дневник характеристикой, подписанной врачом, зав. отделением и главным врачом больницы. Заверяется печатью лечебного учреждения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ
"ПОМОЩНИК ВРАЧА – СТАЦИОНАРА"**

Курс 4, семестры 7,8, 3Э – 9, Отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
Педиатрия	Текущий	Курация больного (прием больных, физикальное обследование, чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в лечебнодиагностических процедурах) Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта; Доклад – презентация. Посещаемость: <i>за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.</i>	9	14	19/44/46 недели
	Рубежный	Теоретическое задание; Представление НИРС (презентация); Представление дневника практики с заполненной отчетной таблицей.	3	8	
Модуль 2					
Детская хирургия	Текущий	Курация больного (чтение снимков, анализ лабораторных исследований, участие в лечебно-диагностических процедурах; участие в перевязочных процедурах) Выполнение требований и обязанностей ночного дежуранта; Доклад – презентация. Посещаемость: <i>за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.</i>	11	16	19/44/46 недели
	Рубежный	Теоретическое задание; Представление НИРС (презентация); Представление дневника практики с заполненной отчетной таблицей.	3	8	
Модуль 3					

Акушерство и гинекология	Текущий	Курация беременных (сбор анамнеза; оценка состояния по органам и системам; наружное акушерское исследование; аускультация плода; определение срока беременности и даты родов; оценка дополнительных методов исследования: КТГ, УЗИ, доплерометрия и др.; участие в родах; ведение I,II,III периодов	11	16	19/44/46 недели
--------------------------	---------	---	----	----	-----------------

2

		<p>родов, послеродового периода; участие в акушерских манипуляциях и операциях; присутствие, ассистенция при кесаревом сечении; оценка лабораторных и функциональных методов исследования; заполнение медицинской документации). Ведение ночных дежурств, выполнение обязанностей ночного дежуранта. Доклад с презентацией. Санпросвет работа. Посещаемость .</p> <p><i>за каждый пропущенный и не отработанный день снимается 3 балла.</i></p>			
	Рубежный	Теоретическое задание; Представление НИРС (презентация); Представление дневника практики с заполненной отчетной таблицей	3	8	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет с оценкой)	Теоретическое задание; Ситуационная задача; Итоговая проверка дневника по практике		20	30	47 неделя
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

