

51.5.54

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом

«31» августа 2021 г.,

протокол № 10

Проректор по учебной работе,
председатель учебно-методического совета
профессор

Орел В.И.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

Педиатрия 31.05.02

(наименование и код специальности)

Факультет

Педиатрический

(наименование факультета)

Кафедра

Госпитальной педиатрии

(наименование кафедры)

Объем дисциплины и виды учебной работы

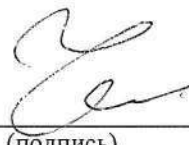
№№ п/п	Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
			11 с.	12 с.
1	Общая трудоемкость дисциплины в часах	396	198	198
1.1	Общая трудоемкость дисциплины в зачетных единицах	11	5,5	5,5
2	Контактная работа, в том числе:	240	132	108
2.1	Лекции	72	36	36
2.2	Лабораторные занятия	-	-	-
2.3	Практические занятия	168	96	72
2.4	Семинары	-	-	-
3	Самостоятельная работа	120	66	54
4	Контроль	36	-	36
5	Вид итогового контроля	экзамен	-	экзамен

Рабочая программа учебной дисциплины «Госпитальная педиатрия» по специальности 31.05.02 «Педиатрия» составлена на основании ФГОС ВО – специалитет по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «12» августа 2020 г. № 965, и учебного плана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Разработчики рабочей программы:

Профессор, д.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Часнык В.Г.

(расшифровка)

Доцент, к.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Чикова И.А.

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
госпитальной педиатрии

название кафедры

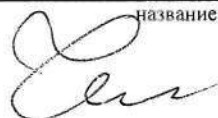
« 30 » августа 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующий (ая) кафедрой

госпитальной педиатрии

профессор, д.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



название кафедры

Часнык В.Г.

(расшифровка)

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	<u>«Госпитальная педиатрия»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

ОГЛАВЛЕНИЕ:

1.	Раздел «РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ПО ДИСЦИПЛИНЕ».....	4
	1.1.Рабочая программа.....	4
	1.2.Листы дополнений и изменений в рабочей программе	23
2.	Раздел «КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ДИСЦИПЛИНЫ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ».....	24
	2.1. Карта обеспеченности учебно-методической литературой на 2021 - 2022 уч. год	24
	2.2. Перечень лицензионного программного обеспечения на 2021 – 2022 уч. год	26
3.	Раздел «ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ»	27
	3.1. Банк контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в це- лом по дисциплине	27
4.	Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЭКЗАМЕН».....	131
5.	Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ».....	138
6.	Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЮЩИМСЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ»	161
7.	Раздел «МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ»	192
8.	Раздел «ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ»	193
9.	Раздел «ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ, ИЗДАННЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ».....	194
10.	Раздел «ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА»	196
11.	Раздел «ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID- 19.....	198

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель дисциплины - подготовка студента к самостоятельной врачебной деятельности в системе первичной медицинской помощи детям. Эта подготовка основана на знаниях, полученных при изучении предыдущих дисциплин педиатрического модуля и направлена на обеспечение понимания:

1. основных особенностей роста и развития здоровых детей, методов мониторинга развития, питания, режима и принципов воспитания здоровых детей;
2. основных симптомов, синдромов и нозологических форм заболеваний с возможными при них неотложными состояниями, цепями патогенеза, методами лекарственного и нелекарственного лечения, реабилитации и профилактики.

При этом задачами дисциплины являются:

- максимально широкое ознакомление студента с разными формами и вариантами течения тех заболеваний, с которыми он уже был ознакомлен в курсе факультетской педиатрии;
- освоение ряда новых нозологических форм педиатрии, но уже в полном объеме представлений о заболеваниях – начиная от этиологии, компонентов патогенеза и конституции риска до индивидуальных особенностей по варианту течения и терапии, сопутствующих заболеваний, пищевых и лекарственных непереносимостей.

Изучение каждой нозологической формы заболевания направлено на рассмотрение и усвоение следующих вопросов:

- Информация об истории вопроса.
- Общая характеристика (определение болезни), классификация. Место в структуре заболеваемости и смертности.
- Этиология.
- Патогенез заболевания и основных симптомокомплексов болезни.
- Клиническая симптоматика. Возрастные особенности заболевания.
- Течение. Исходы. Осложнения.
- Основные и вспомогательные лабораторные и инструментальные исследования, их диагностическая и дифференциально-диагностическая ценность.
- Лечение в зависимости от тяжести, стадии процесса, возраста больного.
- Профилактика.

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

ЗНАТЬ:

- основы законодательства РФ по охране здоровья населения, структуру современной системы здравоохранения РФ; основные нормативно-технические документы;
- основы законодательства о здравоохранении и санитарно-эпидемиологическом благополучии населения; основные официальные документы, регламентирующие охрану здоровья матери и ребенка; нормативные документы по профилактике заболеваний среди женского населения; правовые основы государственной политики в области охраны здоровья матери и ребенка;
- этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний среди детского населения;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков.
- современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков, терапевтического профиля; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий;

- организацию врачебного контроля состояния здоровья женского населения, вопросы экспертизы нетрудоспособности и медико-юридической помощи населению;
- строение, топографию и развитие клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
- основы развития и физиологию эмбриона, плода в отдельные периоды внутриутробного развития; основы физиологии и патологии новорожденного;
- основные характеристики лекарственных препаратов, используемых в лечебной деятельности.

УМЕТЬ:

- проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать здоровый образ жизни;
- анализировать и оценивать влияние факторов образа жизни, окружающей среды, состояние здоровья новорожденных;
- собрать анамнез; провести опрос ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
- интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз;
- разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия;
- вести медицинскую документацию различного характера в детских стационарных учреждениях;
- собрать анамнез, оценить его;
- диагностировать;
- определить состояние новорожденного;
- распознать патологию послеродового периода;
- сформулировать диагноз;
- определить показания для госпитализации, порядок ее осуществления (плановая, экстренная) и профильное учреждение.
- вести медицинскую документацию;

ВЛАДЕТЬ:

- методами обследования здоровых и больных детей;
- методами неотложной помощи (кровотечение, эклампсия);
- методикой первичного туалета новорожденного и оценкой его состояния по шкале Апгар.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП СПЕЦИАЛИТЕТА КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Учебная дисциплина «Госпитальная педиатрия» относится к базовой части: Б.1 учебного плана; ее объем составляет 11 зачетных единицы (396 часов). Базируется на знаниях и умениях, ранее полученных обучающимися в результате изучения предшествующих дисциплин образовательной программы (философия, биоэтика; психология, педагогика; правоведения, история медицины; латинский язык; физика и математика; биохимия; анатомия человека; гистология, эмбриология, цитология; нормальная физиология; патологическая анатомия; патофизиология; микробиология, вирусология; иммунология, клиническая иммунология; фармакология;

медицинская реабилитация; гигиена; общественное здоровье, здравоохранение, экономика здравоохранения; внутренние болезни, хирургические болезни).

Обеспечивает освоение широкого спектра клинических дисциплин профессионального цикла (Блок №1).

Входные требования для дисциплины (модуля)

№	Наименование дисциплины (модуля), практики	Необходимый объём знаний, умений, владение
1.	Анатомия	ЗНАТЬ: • основные этапы развития анатомической науки, ее значение для медицины и биологии; • основные направления анатомии человека, традиционные и современные методы анатомических исследований; • основы анатомической терминологии в русском и латинском эквивалентах; • общие закономерности строения тела человека, структурно-функциональные взаимоотношения частей организма взрослого человека, детей и подростков; • общий план строения систем органов организма человека, их функциональное значение у взрослого человека, детей и подростков; • анатомо-топографические взаимоотношения органов и частей организма у взрослого человека, детей и подростков; • основные детали строения и топографии органов, их систем, их основные функции в различные возрастные периоды; • основные источники и закономерности развития органов и систем в пре- и постнатальном онтогенезе; • возможные варианты строения, основные аномалии и пороки развития органов и их систем; • прикладное значение полученных знаний по анатомии взрослого человека, детей и подростков для последующего обучения и в дальнейшем – для профессиональной деятельности. УМЕТЬ: • правильно использовать основные анатомические инструменты (пинцет, скальпель, зажим); • ориентироваться в топографии и деталях строения органов на анатомических препаратах; показывать, правильно называть на русском и латинском языках органы и их части; • находить, используя метод препарирования мышцы, фасции, органы, крупные сосуды и нервы и их ветви на натуральных фиксированных анатомических препаратах; • находить и прощупывать на теле живого человека основные костные и мышечные ориентиры, проекцию основных сосудисто-нервных пучков областей тела человека; правильно называть и демонстрировать движения в суставах тела человека - без отклонения от этических норм поведения обучающегося - медика; • показывать на изображениях, полученных различными методами (рентгеновские снимки, компьютерные и магнитно-резонансные томограммы и др.) органы, их части и детали строения. ВЛАДЕТЬ: • базовыми технологиями преобразования информации: самостоятельной работой с учебной литературой на бумажных и электронных носителях, Интернет-ресурсах по анатомии человека; • медико-анатомическим понятийным аппаратом; простейшими медицинскими инструментами – скальпелем и пинцетом.
2.	Нормальная физиология	ЗНАТЬ: • уровни организации живого, строение клеток как универсальной единицы живой материи, типов тканей и их основные функции, основы анатомии человеческого тела, основы медицинской терминологии;

		УМЕТЬ: • зарисовать гистологические и эмбриологические препараты и обозначить структурные элементы в них; • «прочитать» под микроскопом гистологические, некоторые гистохимические и эмбриологические препараты; • анализировать гистологические и эмбриологические препараты; • «прочитать» электронные микрофотографии клеток и неклеточных структур; • составить устное и письменное описание препаратов; • применять знание гистологии на практике для решения стандартных задач в профессиональной деятельности врача (решение ситуационных задач); ВЛАДЕТЬ навыками микроскопического изучения гистологических препаратов
3.	Пропедевтика детских болезней	ЗНАТЬ: • основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях; • структуру, организацию и режим работы детских лечебно-профилактических учреждений; • вопросы деонтологии и медицинской этики; • возрастные анатомо-физиологические особенности органов и систем детей и подростков; • современные методы оценки физического, нервно-психического и полового развития детей и подростков; • основы воспитания и организации здорового образа жизни; • современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, применяемые в педиатрической практике для оценки состояния органов и систем у детей и подростков, • особенности методик клинического исследования различных органов и систем у детей в зависимости от возраста; • семиотику и основные синдромы поражения органов и систем у детей и подростков; • особенности лабораторных показателей и данных инструментальных методов исследований у детей различного возраста, их диагностическую значимость; • критерии оценки тяжести состояния детей и подростков; • принципы рационального питания и основы диететики здоровых детей раннего возраста. УМЕТЬ: • анализировать и оценивать состояние здоровья детского населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды, социальных и биологических; • участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической помощи детям и подросткам, с учетом социально-профессиональной и возрастно-половой структуры; • устанавливать психологический и речевой контакт со здоровыми и больными детьми и их родителями; • собрать анамнез жизни и заболевания ребенка, провести опрос его, его родителей или родственников, сделать заключение по анамнезу; • оценить физическое, нервно-психическое и половое развитие ребенка и их соответствие возрастным нормам, сделать заключение по полученным результатам; • провести физикальное (клиническое) обследование пациента различного возраста (жалобы, сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение артериального давления, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.д.), сделать заключение по результатам обследования; • выделить основные симптомы и синдромы поражения органов и систем больного ребенка и оценить тяжесть его состояния; • направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследо-

		ние, на консультацию к специалистам; - оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, сделать заключение; - составить меню для здорового ребенка раннего возраста и дать рекомендации по рациональному вскармливанию; - пропагандировать здоровый образ жизни; ВЛАДЕТЬ: - методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях педиатрического профиля; - методами оценки состояния здоровья детского населения различных возраст-но-половых групп; - методами установления психологического и речевого контакта со здоровыми и больными детьми и их родителями; - методами измерения антропометрических показателей (массы, роста, окружности груди, головы и др.) и способами оценки физического развития детей и подростков; - методами оценки нервно-психического развития ребенка и способами составления заключения; - методами клинического обследования детей и подростков (сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация органов и систем); - умением на основании выявленных симптомов и синдромов выставить предварительный диагноз поражения системы или органов и предложить план обследования ребенка, а также назначить дополнительные консультации специалистов; - интерпретацией результатов современных лабораторных, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; - методами назначения рационального питания здоровому ребенку раннего возраста и принципами диететики; - медицинской этикой и деонтологией.
4.	Факультетская педиатрия	ЗНАТЬ: - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детей и подростков; - основы организации и основные направления диагностической, лечебной деятельности врача педиатра на догоспитальном этапе, на госпитальном этапе при поступлении больного в приемное отделение и стационар ГУЗ педиатрического профиля; основы организации диспансерного наблюдения больных детей и подростков в поликлиническом звене государственных учреждений здравоохранения; - методы проведения неотложных мероприятий при госпитализации больных детей и подростков в приемное отделение и стационар; - особенности организации работы стационара и приемного покоя педиатрического профиля ГУЗ; - правила ведения медицинской карты стационарного больного- истории болезни; - определение, этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, прогноз и исход, профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста; - клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения основного заболевания и проводимой терапии заболеваний у детей, подростков; - современные методы клинко-иммунологической, лабораторной и инструментальной диагностики больных детей и подростков; общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий; - программу лечения (режима, диеты, этиопатогенетической терапии); - клинко-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств для лечения основных патологических синдромов и заболеваний, неотложных состояний у больных детей; УМЕТЬ:

		• анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения, влияние на него факторов образа жизни, окружающей среды и производственной среды; • собрать жалобы, анамнез жизни и заболевания у ребенка и подростка, его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; • интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз (основной, сопутствующий, осложнения); • разработать больному ребенку или подростку программу лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать современные стандартизированные методы лечения, провести реабилитационные мероприятия, план диспансерного наблюдения; • выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь детям подросткам и взрослым, пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях; • вести медицинскую документацию различного характера в детских стационарных учреждениях здравоохранения (приёмное отделение, стационар круглосуточный, дневной); ВЛАДЕТЬ: • методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения (приемное отделение и стационар педиатрического профиля); • оценками состояния здоровья детского населения различных возрастно-половых групп; • методами общего клинического обследования детей и подростков; • интерпретацией результатов лабораторных, иммунологических, инструментальных методов диагностики у детей и подростков; • алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза (основного, сопутствующих, осложнений) больным детям и подросткам; • алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях; • алгоритмом выполнения адекватных диагностических и лечебных мероприятий при оказании педиатрической помощи больным на госпитальном этапе (стационар круглосуточный, дневной); • методами диспансерного наблюдения больных детей и подростков; • алгоритмом выполнения профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний детского населения.
--	--	---

3. ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование (и развитие) у обучающихся следующих общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

общепрофессиональных:

- способен пользоваться медицинской аппаратурой, которая, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, входит в перечень оснащения медицинской организации и ее отдельных структурных подразделений (ОПК-6);
- способен выявлять естественнонаучную и медико-биологическую природу заболеваний и состояний у человека (ОПК-7);

- способен реализовать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность (ОПК-10).

профессиональных:

- способен и готов осуществлять обследование детей с целью установления диагноза (ПК-1);
- способен и готов назначать лечение детям и проводить контроль его эффективности и безопасности (ПК-2);
- способен и готов проводить реализацию и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей (ПК-3);
- способен и готов проводить профилактические мероприятия, в том числе санитарно-просветительную работу, среди детей и их родителей (ПК-4);
- способен и готов осуществлять организацию деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации (ПК-5).

3.2. Перечень планируемых результатов обучения:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1.	ОПК-6	Способен пользоваться медицинской аппаратурой, которая, в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, входит в перечень оснащения медицинской организации и ее отдельных структурных подразделений	Организацию работы дневного стационара	План обследования и лечения детей и подростков в условиях дневного стационара	Владеть правильным ведением медицинской документации и контролировать ее ведение средним медицинским персоналом	Рефераты
2.	ОПК-7	Способен выявлять естественнонаучную и медико-биологическую природу заболеваний и состояний у человека	Физико-химическую сущность процессов, происходящих в живом организме на молекулярном, клеточном, тканевом и органном уровнях, правила техники безопасности и работы в физических, химических, биологических лабораториях	Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности, проводить статистическую обработку экспериментальных данных	Базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет, понятием ограничения в достоверности и специфику наиболее часто встречающихся лабораторных тестов, основами техники	Тесты

					безопасности при работе с аппаратурой	
3.	ОПК-10	Способен реализовать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с соматическими заболеваниями	Вести учет лечебной работы, своевременно принимать решение о сроках и видах профессиональной переподготовки и повышения квалификации	Анализом научной литературы и официальных статистических обзоров	Рефераты
4.	ПК-1	Способен и готов осуществлять обследование детей с целью установления диагноза	Симптомологию и синдромологию основных заболеваний у детей и подростков	Сформулировать основной диагноз заболевания	Основами формирования у детей, подростков и семьи позитивного поведения, направленного на повышение уровня здоровья	Рефераты
5.	ПК-2	Способен и готов назначать лечение детям и проводить контроль его эффективности и безопасности	Знать тактику и принципы проведения лечения в условиях клинического протокола	Проводить расчет дозы лекарственных препаратов детям и подросткам	Владеть выполнением основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий	Рефераты, клинические задачи
6.	ПК-3	Способен и готов проводить реализацию и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей	Принципы организации оказания реабилитационной помощи детям и подросткам	Проводить осмотр ребенка, оформлять первичную и текущую документацию	Проведением мероприятий, направленных на повышение эффективности реабилитационной помощи детям и подросткам	Рефераты, клинические задачи, тесты
7.	ПК-4	Способен и готов проводить профилактические мероприятия, в том числе санитарно-просветительную работу, среди детей и их родителей	Понятие о здоровом образе жизни	Составить индивидуальный план оздоровления ребенка и подростка	Разработкой паспорта здоровья ребенка и подростка	Рефераты, клинические задачи

8.	ПК-5	Способен и готов осуществлять организацию деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации	Основы законодательства РФ, основные нормативно – технические документы по охране здоровья детского, женского и взрослого населения	Дать ребенку, подростку и родителям рекомендации по первичной профилактике заболеваний, по предупреждению вредных привычек	Владеет основами формирования позитивного поведения у ребенка и подростка	рефераты
----	------	--	---	--	---	----------

4. ОБЪЕМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы		Всего часов/ зачетных единиц	Семестры	
			11	12
			часов	часов
1		2	3	4
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		240	132	108
Лекции (Л)		72	36	36
Практические занятия (ПЗ),		168	96	72
Семинары (С)		-	-	-
Лабораторные работы (ЛР)		-	-	-
Самостоятельная работа (СР), в том числе:		120	66	54
<i>История болезни (ИБ)</i>		20	12	8
<i>Курсовая работа (КР)</i>				-
<i>Тестовые и ситуационные задачи</i>		19	10	9
<i>Расчетно-графические работы (РГР)</i>				-
<i>Подготовка к занятиям (ПЗ)</i>		81	44	37
Подготовка к текущему контролю (ПТК)) Подготовка к промежуточному контролю (ППК)) Вид промежуточной аттестации	-	-	-	-
		-	-	-
ИТОГО: Общая трудоемкость	зачет (З)	-	-	-
	экзамен (Э)	36	-	36
	час.	396	198	198
	ЗЕТ	11	5,5	5,5

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

5.1. Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Неонатология	Недоношенные дети. Частота преждевременных родов, показатель неонатальной смертности недоношенных, причина невынашивания, тепловой режим, выхаживание недоношенных в родильном доме и на 2 этапе, вскармливание недоношенных детей, ретинопатия недоношенных. Недоношенные с ЭНМТ. Респираторная патология новорожденных. Структура причин ее развития. Синдром дыхательных расстройств. СДР 1 типа: этиология, патогенез, шкала Сильвермана, осложнения, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, прогноз, профилактика. Общее представление о других видах патологии альвеол и паренхимы легких: СДР 2 типа, синдром аспирации мекония, ателектазы, СДР взрослого типа, синдром утечки воздуха. Хронические заболевания легких у новорожденных: синдром Вилсона-Микити, хроническая легочная недостаточность недоношенных, пороки развития легких. Бронхолегочная дисплазия: этиология, патогенез, стадии, клиника, диагноз, лечение, прогноз. Перинатальная патология нервной системы. Неврологический осмотр новорожденного. Частота. Классификация перинатальных поражений нервной системы (2000 г.). Травматические поражения НС. Внутрочерепные кровоизлияния: частота, этиология, патогенез, клиническая картина. Течение. Особенности родовой травмы НС у недоношенных детей. Профилактика. Гипоксические поражения ЦНС с церебральной ишемией и внутрочерепными кровоизлияниями гипоксического генеза. Этиопатогенез, клиническая картина, варианты патоморфологической локализации повреждения а зависимости от гестационного возраста. Диагноз, лечение, прогноз. Дисметаболические и токсикометаболические нарушения функции ЦНС. Поражения ЦНС, связанные с преходящими нарушениями обмена веществ: ядерная желтуха, гипогликемия, гипо- гипермагниезмия, гипокальциемия, гипогипернатриемия, (классификация ППНСН, комментарии). Токсикометаболические нарушения функции ЦНС. Состояния, обусловленные приемом матерью алкоголя, наркотиков, препаратов, вызывающих зависимость, табакокурение. Родовая травма спинного мозга, периферической нервной системы. Факторы поражения, патоморфология, принципы неврологического осмотра и симптоматика, топическое значение безусловных рефлексов новорожденных. Патогенез, клиническая картина в зависимости от уровня поражения, акушерские параличи. Лечение, профилактика родового травматизма. Представление о поздних осложнениях перинатальных повреждений НС и, в частности, спинного мозга (спинальные инсульты, ранний шейный остеохондроз, сколиозы, нейрогенные вывихи бедра и т.д.). Внутриутробные инфекции. Распространенность, этиология, патогенез, клиническая картина отдельных ВУИ (токсоплазмоз, цитомегаловирус, краснуха, герпес, микоплазмоз и т.д.). Неспецифическая и специфическая терапия, диагностика. Анте- и интранатальные факторы риска развития ВУИ. Профилактика. Сепсис. Определение, варианты начала заболевания. Этиология, нозокомальные инфекции, смешанное инфицирование, предрасполагающие факторы. Патогенез: входные ворота, свойства возбудителя, иммунитет больного, особенности реактивности больных. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Современное представление о вариантах септи-

№ п/п	Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
			ческого процесса в зависимости от реактивности организма новорожденного. Пневмонии новорожденных. Частота, этиология – врожденные трансплацентарные, внутриутробные (анте- интранатальные), госпитальные инфекции, домашние, вторичные пневмонии. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Особенности клинической картины в зависимости от времени инфицирования. Клиника отдельных этиологических вариантов пневмонии. Особенности течения пневмоний у недоношенных детей, пневмоцистная пневмония. Течение, диагноз, дифференциальный диагноз. План обследования больного. Лечение. Заболевания желез внутренней секреции. Врожденный гипотиреоз (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Транзиторный неонатальный гипотиреоз – ТНГ. Неонатальный тиреотоксикоз – ТНГ. Сахарный диабет (этиология, патогенез, клиника, лечение). Острая недостаточность коры надпочечников (синдром Уотерхауса – Фридериксена). Врожденная гиперплазия коры надпочечников – адреногенитальный синдром (этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение). Врожденная гипоплазия коры надпочечников (этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз). Лечение острой недостаточности надпочечников. Гермафродитизм. Желтухи новорожденных. Распространенность. Классификация по патогенезу и по виду билирубина. Клинико-лабораторная дифференциальная диагностика желтух. Желтухи вследствие гиперпродукции билирубина: полицитемии, ГБН, ВУИ, кровоизлияния, наследственные гемолитические анемии. Желтухи вследствие нарушения функции гепатоцитов – наследственные синдромы; нарушение обмена, желтуха от материнского молока, токсический гепатит. Обструктивные (механические) желтухи. Этиология, клинические варианты: атрезии и гипоплазии ЖВП, муковисцедоз, дефицит альфа 1- антитрапсина, синдром сгущения желчи. Лечение.
2	ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Кардиология	Неревматические кардиты. Этиология. Патогенез. Предрасполагающие факторы. Классификация по Н.А. Белоконь (с учетом возбудителя, сроков возникновения, преимущественного поражения миокарда или проводящей системы, течения процесса, исхода, степени сердечной недостаточности). Клиника. Диагностика. Выявление признаков сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Показания к назначению стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов. Лечение сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Исходы. Прогноз. Сердечная недостаточность. Синдром сердечной недостаточности как часть понятия «недостаточность кровообращения». Причины (кардиальные и экстракардиальные). Первичные механизмы адаптации. Вторичные механизмы адаптации. Клинические проявления декомпенсации по лево- и правожелудочковому типу. Инструментальное обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография сердца в трех проекциях). Осложнения сердечной недостаточности. Дифференциальный диагноз. Лечение. Кардиомиопатии. Классификация. Дилатационная кардиомиопатия. Клинические проявления. Диагностика. Значение эхокардиографического метода, основные параметры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Формы. Диагностика. Эхокардиография как определяющий метод диагностики. Идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз как отдельная форма гипертрофической кардиомиопатии. Лечение. Прогноз. Редкие формы кардиомиопатии. Особенности клиники и диагностики. Инфекционный эндокардит. Первичный, вторичный. Этиология. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями

№ п/п	Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
			заболевания. Клиника. Причины жалоб экстракардиального характера. Клинические критерии постановки диагноза. Диагностика. Причины отсутствия роста флоры. Дифференциальный диагноз. Лечение. Принципы антибактериальной терапии. Показания к применению кортикостероидных препаратов. Болезни перикарда. Частота. Поражения перикарда невоспалительного характера: паразитарные поражения, кисты, опухоли, инородные тела, ранения. Перикардиты. Классификация. Клиника. Условия возникновения тампонады сердца. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы. Синдром вегетативной дисфункции. Причины. Возрастные проявления. Особенности течения в подростковом возрасте. Обследование: анамнез, в том числе, генеалогический; исследование исходного вегетативного тонуса; кардиоинтервалография; клиноортостатическая проба и другие исследования. Нейроциркуляторная дистония. Варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Терапия. Синкопальные состояния. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Стратификация степени риска и профилактика. Артериальная гипертензия. Классификация. Первичные артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Вторичные артериальные гипертензии (нефрогенные, церебральные, сосудистые, эндокринные и другие). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий у детей. Артериальные гипотензии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Нарушения сердечного ритма. Механизмы возникновения аритмий. Возможные причины, разрешающие факторы: <i>Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла.</i> Синусовые тахи – и брадиаритмии. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз. <i>Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса.</i> Блокады (синоатриальная и атриовентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз. Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Причины формирования синдрома. Терапевтическая тактика. <i>Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости.</i> Экстрасистолия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии. Пароксизмальная тахикардия. Причины. Клинические проявления. Лечебные мероприятия. Купирование приступа. Показания к кардиохирургическим вмешательствам при нарушениях сердечного ритма.
3	ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Ревматология	Ювенильные артриты. Методика исследования суставов. Понятие ювенильного артрита. Заболеваемость и распространенность ЮРА. Критерии ЮРА, ЮХА, ЮИА. Этиопатогенез ЮРА. Клиническая картина различных вариантов дебюта: суставной синдром, признаки системного воспаления, экстраартикулярные вовлечения. Дифференциальная диагностика: инфекции, неопластический процесс, реактивный артрит. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями соединительной ткани. Формулировка диагноза. Анатомические стадии. Функциональные классы. Рентгенологические признаки. Критерии ремиссии. Лабораторные тесты. Лечение. Прогноз. Диффузные заболевания соединительной ткани. Системная красная волчанка. Этиология. Значение генетических и триггерных факторов. Патогенез. Патоморфология. Основные патологические

№ п/п	Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
			проявления: общие проявления, поражение кожи и ее придатков, поражение слизистых, суставов, костные изменения, поражение мышц, серозных оболочек, сердца, легких, почек, ЖКТ, ЦНС. Понятие антифосфолипидного синдрома. Лабораторная диагностика. Классификация и диагностические критерии АРА 1997 г. Лечение. Прогноз. <i>Дерматомиозит</i>: Классификация. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Специфические лабораторные тесты, электрофизиологические, морфологические методы диагностики. Лечение. Прогноз. <i>Системная склеродермия</i>: Патогенез: роль патологического коллагена и фиброобразования, нарушение микроциркуляции. Вирусно-генетические и иммунные механизмы. Клинические проявления. Диагностические критерии. Лечение. Течение. Прогноз. Системные васкулиты. Педиатрические аспекты васкулитов. Формы, встречающиеся только в детском возрасте. Формы, не характерные для детей. <i>УП</i>: Определение. Классификация. Полиморфизм клинических проявлений. Выделение основных синдромов. Артериальная гипертензия. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Геморрагический васкулит. Аортоартериит. Болезнь Kawasaki. Гранулематоз Вегенера. Диагностические критерии. Клиническая картина. Лечение. Прогноз.
4	ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Патология детей раннего возраста	Наследственные нарушения обмена веществ. <i>Нарушение обмена аминокислот – аминокислородопатии</i> (гиперфенилаланинемия, тирозинемия I, II типа, нарушение обмена триптофана, алкаптонурия). Патогенез. Клинические проявления в зависимости от сроков установления диагноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении. Течение. Исходы. <i>Нарушения обмена липидов – дислипидемии</i>. Дислипидопroteinемии (гиперхолестеринемии, гиперглицидемии). Этиология. Дифференциальный диагноз. Современные возможности терапии. Течение. Исходы. Прогноз. Липидозы (болезнь Нимана-Пика, болезнь Тея-Сакса, болезнь Гоше, болезнь Фабри). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Возможности пренатальной диагностики. Современные методы терапии. Течение. Исходы. <i>Нарушения обмена углеводов</i> (галактоземия, фруктоземия, гликогенозы). Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Возможности пренатальной диагностики. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз. Иммунодефицитные состояния (ИДС). <i>Первичные ИДС</i>. Классификация. <i>ИДС с преимущественной недостаточностью антител</i> (гуморальные ИДС): агаммоглобулинемия (болезнь Брутона), аутосомно-рецессивная агаммоглобулинемия (швейцарский тип), гипогаммоглобулинемия, общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН), избирательный дефицит IgA. <i>ИДС с преимущественной недостаточностью клеточного звена иммунитета</i> (синдром Незелофа). <i>Тяжелая комбинированная иммунологическая недостаточность – ТКИИ</i> (с низким содержанием Т- и В-клеток). <i>ИДС, связанные с дефицитом комплемента и нарушением фагоцитоза</i>. <i>ИДС, связанные с другими значительными дефектами</i> (синдром Вискота-Олдрича, синдром Ди-Джорджи, синдром Луи-Бар, синдром гипериммуноглобулемии Е). Патогенез. Клиника. Диагностика. Современные направления в лечении первичных ИДС. Прогноз. <i>Вторичные ИДС</i>. Этиология. Патогенез, Клинические проявления.

№ п/п	Компе- тенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
			Диагностика. Лечение. Современные представления на иммунозаместительную терапию. Прогноз. Синдром нарушенного кишечного всасывания (муковисцидоз, целиакия, экссудативная энтеропатия, дисахаридазная недостаточность, пищевая аллергия). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы. <i>Гипертермический синдром.</i> Этиология. Патогенез. Роль противовоспалительных цитокинов в развитии гипертермии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Выбор современных антипиретических лекарственных средств. Неотложная помощь.
5	ОПК-6 ОПК-7 ОПК-10 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5	Гематология	Дефицитные анемии у детей старшего возраста. Железодефицитные анемии. Этиология, Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к парентеральному назначению препаратов железа. Профилактика. Прогноз. Витаминодефицитные анемии (дефицит В12,-фолиевой кислоты/. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности эритропоэза в зависимости от дефицита витамина. Лечение. Профилактика. Прогноз Гемолитические анемии Наследственные гемолитические анемии. Ферментопатии (дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы, каталазы, пируваткиназы). Тип наследования. Этиология. Провоцирующие факторы. Патогенез (тип гемолиза). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Прогноз. Гемоглобинопатии. Талассемия. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез (неэффективный эритропоэз). Клиника в зависимости от формы талассемии (фенотип и гематологические нарушения). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к ТКМ. Пренатальная диагностика. Прогноз. Серповидноклеточная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника (ишемические и гематологические проявления). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Приобретенные гемолитические анемии. Определение. Классификация. Имунные гемолитические анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению глюкокортикоидов, цитостатических препаратов, спленэктомии. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Осложнения. Прогноз. Депрессии кроветворения. Классификация. Конституциональные апластические анемии (анемия Фанкони, анемия Блэкфана-Даймонда). Тип наследования. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение (показания к ТКМ, заместительная терапия). Течение. Осложнения. Прогноз. Приобретенные апластические анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии тяжести. Диагностика. Лечение (показания к ТКМ, иммуносупрессивная терапия). Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Прогноз. Лимфаденопатии (ЛАП) и лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина, НД):Понятие ЛАП. Классификация лимфаденопатий по причинам возникновения, распространенности, течению. Прогностические критерии увеличения лимфатических узлов у детей. Этиология. Патогенез. Диагностические критерии (клинические, гематологические, морфологические, иммунологические). Алгоритм диагностики. Показания к биопсии лимфатических узлов у детей. Лечение и оценка эффективности. Дифференциальный диагноз

№ п/п	Компетенции	Название раздела дисциплины	Содержание раздела
			ЛАП и лимфогранулематоза. Течение и прогноз, осложнения, длительность диспансерного наблюдения. Классификация НД. Алгоритм диагностики. Этиология. Патогенез. Диагностические критерии (клинические, гематологические, морфологические, иммунологические). Эффективность терапии в зависимости от стадии и прогноз. Тромбоцитопатии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация (морфологические и патогенетические формы). Клиника. Диагностика. Лечение. Неотложная помощь при кровотечениях. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС). Этиология. Патогенез. ДВС-синдром как проявление микроангиопатических гемолитических анемий. Клиника. Стадии. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Клиника. Диагностика. Диагностические тесты при болезни Мошковица. Лечение. Показания к гемодиализу. Осложнения. Прогноз. Лечение.

5.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ		СР	Всего часов
			в т.ч. ТП	в т.ч. ПП		
1	Неонатология	16	24	24	52	116
2	Кардиология	22	18	18	42	100
3	Ревматология	6	6	6	10	28
4	Патология детей раннего возраста	14	18	18	8	58
5	Гематология	14	18	18	8	58
	Итого	72	84	84	120	360

ТП – теоретическая подготовка

ПП – практическая подготовка

При изучении дисциплины предусматривается применение инновационных форм учебных занятий, развивающих у обучающихся навыки работы в команде, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерские качества: интерактивные лекции, дискуссии, диспуты, имитационные игры, кейс-метод, работа в малых группах.

5.2.1 Интерактивные формы проведения учебных занятий

№ п/п	Тема занятия	Вид занятия	Используемые интерактивные формы проведения занятий
1.	См. табл. 5.3	Лекция	Интерактивная лекция, диспут
2.	См. табл. 5.4	Практические занятия	Работа в малых группах, имитационные игры, дискуссия, кейс-метод

5.3. Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Название тем лекций	Объем по семестрам	
		11	12
1.	Оценка физического и психомоторного развития новорожденных	2	-

	и детей раннего возраста		
2.	Физиологические и психологические аспекты взаимодействия "мать-новорожденный"	2	-
3.	Актуальные проблемы неонатологии	2	-
4.	Современные подходы к вскармливанию новорожденных	2	-
5.	Патология гемостаза новорожденных	2	-
6.	Внутриутробные инфекции	2	-
7.	Эндокринопатии новорожденных	2	-
8.	Качество жизни недоношенных новорожденных	2	-
9.	Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей	2	-
10.	Неревматические кардиты	2	-
11.	Нарушения ритма сердца у детей	2	-
12.	Инфекционные эндокардиты у детей	2	-
13.	Сердечная недостаточность	2	-
14.	Кардиомиопатии	2	
15.	Болезни перикарда	2	-
16.	Артериальные гипертензии у детей	2	-
17.	Артериальные гипотензии у детей	2	-
18.	Синдром вегетативной дисфункции	2	-
19.	Синкопальные состояния в детской кардиологии	-	2
20.	Современная ревматология (состояние проблемы)	-	2
21.	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	-	2
22.	Системные васкулиты у детей		2
23.	Подходы к диагностике и лечению наследственных нарушений обмена веществ	-	2
24.	Наследственные нарушения обмена аминокислот	-	2
25.	Наследственные нарушения обменов липидов	-	2
26.	Наследственные нарушения обмена углеводов	-	2
27.	Иммунодефицитные состояния у детей		2
28.	Лихорадка неясного генеза у детей раннего возраста	-	2
29.	Синдром нарушенного кишечного всасывания у детей раннего возраста	-	2
30.	Геморрагические васкулопатии	-	2
31.	Лимфаденопатии у детей	-	2
32.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	-	2
33.	Лейкоцитопении	-	2
34.	Апластические анемии	-	2
35.	Гипохромные анемии	-	2
36.	Заместительная и стимулирующая терапия в гематологии	-	2
ИТОГО:		36	36

5.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Тематика практических занятий (семинаров)	Объем по семестрам	
		11	12
1.	Организация перинатальной службы. Перинатальный период и перинатальная патология	-	4
2.	Перинатальная патология нервной системы (1)	-	4
3.	Перинатальная патология нервной системы (2)	-	4
4.	Сепсис новорожденных	-	4
5.	Внутриутробные инфекции	-	4
6.	Инфекционные заболевания кожи и подкожно жировой клетчатки	-	4
7.	Пневмонии новорожденных	-	4
8.	Дифференциальный диагноз желтух новорожденных	-	4
9.	Геморрагическая болезнь новорожденных	-	4
10.	Заболевания желёз внутренней секреции	-	4
11.	Недоношенные новорожденные. Современные подходы к выхаживанию (1)	-	4
12.	Недоношенные новорожденные. Современные подходы к выхаживанию (2)	-	4
13.	Неревматические кардиты, кардиомиопатии	4	-
14.	Инфекционный эндокардит	4	-
15.	Болезни перикарда	4	-
16.	Артериальная гипертензия и гипотензия у детей	4	-
17.	Синдром вегетативной дисфункции	4	-
18.	Сердечная недостаточность	4	-
19.	Нарушения ритма сердца у детей	4	-
20.	Врожденные пороки сердца с увеличенным легочным кровотоком (1)	4	-
21.	Врожденные пороки сердца с увеличенным легочным кровотоком (2)	4	-
22.	Ювенильные артриты	4	-
23.	Диффузные заболевания соединительной ткани	4	-
24.	Системные васкулиты	4	-
25.	Наследственные нарушения обмена веществ. Общие подходы к диагностике	4	-
26.	Наследственные нарушения обменов липидов	4	-
27.	Наследственные нарушения обмена углеводов	4	-
28.	Иммунодефицитные состояния (1)	-	4
29.	Иммунодефицитные состояния (2)	-	4
30.	Синдром нарушенного кишечного всасывания	-	4
31.	Бронхообструктивный синдром (1)		4
31.	Бронхообструктивный синдром (2)		4
33.	Гипертермический синдром.	-	4
34.	Железодефицитные синдромы у детей	4	-
35.	Мегалобластные анемии у детей наследственные и приобретенные	4	-
36.	Наследственные гемолитические анемии	4	-
37.	Приобретенные гемолитические анемии	4	-
38.	Депрессии кроветворения	4	-

39.	Синдром лимфаденопатии. Синдром спленомегалии	4	-
40.	Геморрагический васкулит	4	-
41.	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром)	4	-
42.	Тромбоцитопатии	4	-
ИТОГО:		96	72

5.5. Распределение лабораторных практикумов по семестрам:

НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.6. Распределение тем семинарских занятий по семестрам:

НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.7. Распределение тем клинических практических занятий по семестрам:

НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.8. Распределение самостоятельной работы обучающихся (СРО) по видам и семестрам

№	Наименование вида СРО	Объем в АЧ	
		Семестры	
		11	12
1.	Написание курсовой работы или истории болезни	12	8
2.	Подготовка мультимедийных презентаций	18	15
3.	Подготовка к участию в занятиях в интерактивной форме (дискуссии, ролевые игры, игровое проектирование)		
4.	Самостоятельное решение ситуационных задач	10	9
5.	Работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на сайте http://www.historymed.ru	26	22
ИТОГО:		66	54

6 . ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Лекции, практические занятия, самостоятельная работа, интерактивная работа обучающихся.

7. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА

Использование мультимедийного комплекса в сочетании с лекциями и практическими занятиями, решение ситуационных задач, обсуждение рефератов, сбор «портфолио». Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 30 % от аудиторных занятий.

Информационные технологии, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю) включают программное обеспечение и информационные справочные системы.

Информационные технологии, используемые в учебном процессе:

http://www.historymed.ru/training_aids/presentations/

Визуализированные лекции

Конспекты лекций в сети Интернет

Ролевые игры

Кейс – ситуации

Дискуссии

Видеофильмы

Программное обеспечение

Для повышения качества подготовки и оценки полученных компетенций часть занятий проводится с использованием программного обеспечения:

Операционная система Microsoft Windows

Пакет прикладных программ Microsoft Office: PowerPoint, Word

8. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Тестовый контроль, дискуссия, рефераты, ситуационные задачи, портфолио, диагностическая сводка

9. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Экзамен

10. РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ С ДИСЦИПЛИНАМИ

№ п/п	Название обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин				
		1	2	3	4	5
1	Детская хирургия	+	+	+	+	+
2	Инфекционные болезни у детей	+	+	+	+	+
3	Клиническая фармакология	+	+	+	+	+
4	Поликлиническая и неотложная педиатрия	+	+	+	+	+
5	Судебная медицина	+	+	+	+	+

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ
на 2022 /2023 учебный год

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
на 2021-2022 учебный год

По дисциплине «Госпитальная педиатрия»
(наименование дисциплины)

Для специальности Педиатрия, 31.05.02
(наименование и код специальности)

Код направления подготовки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося
31.05.02	6	11, 12	461	Основная литература: 1. Неонатология : учеб. пособие : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т. 1. - 704 с. 2. Неонатология : учеб. пособие : в 2 т. / Н.П. Шабалов. - 6-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Т. 2. - 736 с. 3. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил. 4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонов Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 2. - 752 с : ил. 5. Кардиология детского возраста / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозёрова, Л. В. Брегель. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 784 с	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	
	Всего студентов		461	Всего экземпляров		

		Дополнительная литература: 1. Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований : руководство / А. А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. 2. Педиатрия. История болезни : учеб. пособие / Р. Р. Кильдиярова, В. И. Макарова, Р. М. Файзуллина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 96 с. – I 3. Справочник врача-педиатра. / Р Р. Кильдиярова, М. Б. Колесникова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с. 4. Кардиология детского возраста / под ред. А. Д. Царегородцева, Ю. М. Белозёрова, Л. В. Брегель. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 784 с. 5. Лабораторные методы диагностики в ревматологии / Е.Н. Александрова, М.М. Захарова -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. 6. Инструментальные методы диагностики в ревматологии / А.В. Смирнов, Э.С. Мач, С.Г. Раденска-Лоповок, Р.Т. Алекперов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.. 7. Аккредитация по педиатрии. Типовые ситуационные задачи /под ред.Р.Р. Кильдияровой- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 8. Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник / Геппе Н.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444702.html 9. Аутоиммунные заболевания: диагностика и лечение: руководство для [Электронный ресурс] / А. В. Москалев [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441688.html	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	
--	--	---	---	--

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИЦЕНЗИОННОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
на 2021 – 2022 учебный год

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

«Педиатрия» 31.05.02

(наименование и код специальности)

1. Windows Sarver Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно.
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно.
17. Программное обеспечение «АнтиПлагиат» с 07.07.2021 г. по 06.07.2022 г..

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

«Педиатрия» 31.05.02

(наименование и код специальности)

1. Тестовый контроль

2. Собеседование

3. Решение ситуационных задач

ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

Раздел №2. Кардиология

Тема: нарушения ритма и проводимости сердца

Задача № 1

Ребенок К., 11 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных аускультативно на диспансерном осмотре в школе «перебоев в работе сердца», уменьшающихся при физической нагрузке. Ребенок «перебои» в сердце не ощущает. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляет. Мать девочки обращает внимание, что в течение последнего года ребенок спит более 10 часов в выходные дни, а также на снижение концентрации внимания.

Анамнез заболевания: давность существования вышеуказанных «перебоев в работе сердца» не известна. По ЭКГ в возрасте 7 лет при прохождении диспансеризации перед школой патологии не выявлено. После 7 лет до настоящего обращения результатов ЭКГ в динамике нет.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе ПМК 1 степени, гемодинамически незначимый, проф. вредности, вредные привычки отрицает. Отцу – 25 лет, проф. вредность (водитель, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 6 лет). Отец не обследован. Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.600, длина – 53 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 6 лет – псевдотуберкулез, лечилась амбулаторно. До 7 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, отиты. С 5 лет занимается гимнастикой, с 8 – балльными танцами, в школе изучает 2 иностранных языка со 2 класса.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения, экстрасистолия до 5 в минуту. При переходе в ортоположение – пульс – 90 в минуту, сохранение экстрасистолии. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. После физической нагрузки (30 приседаний) – уменьшение экстрасистолии. 1 минуту. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери)).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, экстрасистолы с узким комплексом QRS с неполной компенсаторной паузой. При переходе в ортоположение и после физической нагрузки (30 приседаний) – уменьшение экстрасистолии.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Проба с физической нагрузкой: выполнена с адекватной ЧСС (прирост ЧСС – 70 %) по нормотоническому типу реагирования. Коронарный кровоток не нарушен. Восстановительный период по ЧСС и АД в норме. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма не спровоцировано. Синкопе, ухудшения самочувствия не зафиксировано. Исходно – суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмированности. На высоте нагрузки – исчезновение экстрасистолии, на 6 минуте восстановительного периода – редкая экстраксистол. Толерантность к физической нагрузке удовлетворительная.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС – 80 в минуту, максимальная ЧСС – 153 в минуту, минимальная ЧСС – 64 в минуту в дневные часы и 60, 90 и 54 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,2 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 3 тысячами суправентрикулярных экстрасистол.

Рентген шейного и грудного отделов позвоночника: сколиоз 1 степени грудного отдела позвоночника.

ЭЭГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

Заболевание перикарда

1. Недостаточность кровообращения
2. Эндокринная патология
3. Заболевание системы крови
4. Нарушение сердечного ритма

Ответ: 5.

Вопросы для исходного контроля уровня знаний:

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных сформулируйте клинический диагноз:

1. Острый инфекционный вирусный миокардит
2. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
3. Врожденный порок сердца – коарктация аорты
4. Проплапс митрального клапана 1 степени без гемодинамических нарушений
5. Суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмии
6. Железодефицитная анемия приобретенного (алиментарного генеза)

Ответ: 5

Для подтверждения данного диагноза у пациента необходимо проведение следующего спектра исследований:

1. Анализ мочи общий
2. Проба Нечипоренко
3. МРТ брюшной полости
4. Дуплексное исследование сосудов нижних конечностей
5. Суточное (Холтеровское) ЭКГ – мониторинг
6. Цистоскопия

Ответ: 5

Для успешного лечения основного заболевания у больного необходимо:

1. Соблюдение диеты
2. нормализация режима труда и отдыха, исключение физической нагрузки, проведение терапии витаминами, курсов массажа
3. Соблюдение диеты, нормализация режима труда и отдыха, ограничение физической нагрузки, санация очагов хронической инфекции, проведение курсов терапии кардиопротекторами, антиоксидантами, мембраностабилизаторами с контролем ЭКГ и суточного ЭКГ – мониторинга в динамике на фоне лечения и после завершения курса терапии

4. Соблюдение строгого постельного режима
5. Соблюдение диеты, реабилитационное лечение с целью коррекции сколиоза грудного отдела позвоночника

Ответ: 3

Прогноз данного заболевания

1. Благоприятный при своевременной диагностике
2. Благоприятный при своевременной диагностике, соблюдении всех рекомендаций, проведении лечения в полном объеме, а также коррекции отягощенного преморбидного фона
3. Формирование приобретенного порока сердца
4. Неблагоприятный с развитием полиорганной недостаточности

Ответ: 2

Тема: нарушения ритма и проводимости сердца

Задача № 2

Ребенок П., 14 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу выявленных изменений на ЭКГ при прохождении диспансерного осмотра в спортивном диспансере (ребенок занимается фигурным катанием в школе Олимпийского резерва, тренировки 5 раз в неделю. При прохождении диспансерных осмотров ранее по ЭКГ патологии не выявлено. ЭХО-КГ, суточного ЭКГ – мониторинга ранее не проводилось). Наряду с этим – 2 месяца назад, спустя 20 минут после окончания очередной тренировки – внезапное развитие приступа учащенного сердцебиения, сопровождающегося резкой бледностью кожных покровов, чувством страха, «холодным» потом, длительностью до 2 минут. Улучшение самочувствия достигнуто задержкой дыхания. Ранее подобные эпизоды учащенного сердцебиения у ребенка мать ребенка и сама пациентка отрицают. За медицинской помощью на тот момент не обращались. Записи ЭКГ на фоне внезапного учащенного сердцебиения нет. Каких-либо иных жалоб пациентка не предъявляет

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота, железодефицитная анемия, грипп на сроке 3 месяца, лечилась амбулаторно симптоматическими средствами). Матери на момент беременности 25 лет, в анамнезе миопия 1 степени, хронический компенсированный тонзиллит, проф. вредность (медсестра-анестезистка), вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 29 лет, военный, работал в зонах с повышенной радиацией до рождения ребенка в течение 3 лет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. Дед девочки по линии матери умер в возрасте 45 лет (внезапная смерть). Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 55 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. В 4 года – ОРЗ, острый катаральный отит, лечилась амбулаторно, в 6 лет – ветряная оспа, лечилась амбулаторно. Во время занятий – многократные падения, удары затылком об лед. За медицинской помощью не обращались.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 76-80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верху-

хушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Аускультативно шумов в сердце, дефицита пульса не зафиксировано. ЧД – 17 в минуту, ритмичное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов ребенка и матери)).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 77-80 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, PQ – 110 мс, QRS 120 мс, QT – 360 мс. Дельта-волна. Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта.

ЭХО- КГ: размеры полостей сердца не увеличены. Сократительная способность миокарда сохранена. Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии не повышено.

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Рентген грудной клетки: без очаговых и инфильтративных изменений. Корни легких структурны. Аорта не расширена. КТИ в пределах нормы.

Суточное ЭКГ – мониторинг средняя ЧСС – 72 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в минуту, минимальная ЧСС – 60 в минуту в дневные часы и 62, 90 и 45 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,4 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, изменений сегмента ST не зарегистрировано. Эктопическая активность представлена 642 суправентрикулярных экстрасистол.

Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца: исходно – признаки предвозбуждения желудочков (укорочение интервала PQ (90 мс), дельта-волна, расширенный QRS (120 мс). Электрофизиологические показатели функции синусового узла и АВ соединения в пределах нормы. В ходе исследования – развитие пароксизмальной АВ реципрокной тахикардии с участием ДПП, с развитием пресинкопе со снижением АД до 80/50 мм/рт.ст., рефлексорные пробы – без эффекта. Пароксизм купирован сверхчастой стимуляцией. Ритм после электростимуляции – синусовый.

ЭЭГ: пароксизмальной активности не зафиксировано. Патологии не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Заболевание ЖКТ
2. Эндокринная патология
3. Заболевание системы крови

4. Нарушение сердечного ритма
5. Патология МВС
6. Патология органов дыхания

Ответ: 4.

Вопросы для исходного контроля уровня знаний:

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных сформулируйте клинический диагноз:

1. Острая правосторонняя вирусная пневмония
2. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, интермиттирующий тип. Пароксизмальная АВ реципрокная тахикардия с участием ДПП.
3. Врожденный порок сердца – аномалия Эбштейна
4. Острый гломерулонефрит
5. Суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмии
6. Железодефицитная анемия приобретенного (алиментарного генеза)

Ответ: 2

Для подтверждения данного диагноза у пациента необходимо проведение следующего спектра исследований:

1. МРТ брюшной полости
2. Цистоскопия
3. ФГДС
4. Проба с физической нагрузкой
5. Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца

Ответ: 5

Для успешного лечения основного заболевания у больного необходимо:

1. Соблюдение диеты
2. Нормализация режима труда и отдыха, исключение физической нагрузки, проведение терапии витаминами, курсов массажа
3. Соблюдение строгого постельного режима
4. Соблюдение диеты, реабилитационное лечение
5. Оперативное лечение (радиочастотная абляция ДПП)

Ответ: 5

Прогноз данного заболевания

1. Неблагоприятный с развитием полиорганной недостаточности
2. Неблагоприятный с формированием приобретенного порока сердца
3. Благоприятный при своевременном проведении оперативного лечения и соблюдения сроков контрольных динамических обследований
4. Неблагоприятный с инвалидизацией ребенка

Ответ: 3

Тема: перикардиты

Задача № 3

Ребенок Н., 15 лет, поступила в стационар в экстренном порядке с лихорадкой до фебрильных цифр, одышкой, выраженными симптомами интоксикации, миалгиями, сухим кашлем.

Анамнез заболевания: после фарингита, манифестирующего 3 недели назад, отмечались повышение температуры до 39,5, нарастающая слабость, выраженные головные боли без четкой локализации в отсутствии тошноты и рвоты, присоединение миалгий, одышки, сухого кашля. За период динамического наблюдения в течение 5 дней до госпитализации в стационар отмечалось сохранение лихорадки.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (17 лет). Матери на момент беременности 27 лет, в анамнезе частые бронхиты, ангины, проф. вредность (химик, лако-красочное производство), вредные привычки отрицает. Отцу – 30 лет, проф. вредность (подводник, стаж к «моменту зачатия» ребенка – 11 лет). У отца патологии сердечно-сосудистой системы не выявлено. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.300, длина – 52 см. К груди приложена в первые сутки. Росла и развивалась по возрасту. С 3 лет – частые ОРЗ, ОРВИ, бронхиты, в 6 лет – грипп, средней степени тяжести, в 8 лет острый катаральный отит (лечилась амбулаторно). С 6 лет занимается плаванием.

Объективно: состояние средней тяжести, в сознании, аппетит снижен, но охотно вступает в контакт. Кожные покровы бледные, без высыпаний, периферический цианоз. Умеренная пастозность лица. Подкожножировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 100 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Увеличение площади сердечной тупости в положении лежа и ее уменьшение в положении «сидя», появление тупого кардиодиафрагмального угла справа. Расширение границ вправо и влево. Тоны сердца приглушены, 100 в минуту, дефицита пульса не отмечено, систоло-диастолический шум, не связанный с тонами сердца, с р. макс. во 2-4 межреберьях слева в положении сидя. ЧД – 24 в минуту, ритмичное, отмечается западение межреберных промежутков около грудины, выпячивание грудной клетки. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Обращает внимание отставание левой половины грудной клетки в акте дыхания, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень увеличена (+3 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Нижние конечности пастозны. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациентки)).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 130 г/л, эр. $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $14,0 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 45%, л – 42%, м – 8%, СОЭ – 30 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, АЛТ – 52 Ед/л, АСТ – 72 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билиру-

бин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 18 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии (РФ, АСЛ-О, АСК, сиаловые кислоты) – без патологии.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

ПЦР крови к вирусам: результат отрицательный

Исследование иммунного статуса: уровень ЦИК в норме. Обращает внимание повышение уровня иммуноглобулина А.

Тест на холодовые агглютинины: результат отрицательный

Антинуклеарный фактор: отрицательный

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ: синусовая тахикардия с частотой 88-102 в 1 минуту, нормальное положение электрической оси сердца, снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернацией, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков.

ЭХО-КГ: умеренное увеличение конечно-диастолического и конечно-систолического размеров левого желудочка. Размеры полостей правого и левого предсердий – на верхней границе нормы с учетом центильных показателей. Умеренное снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 54%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Давление в легочной артерии на верхней границе нормы (30 мм/рт/ст). Обращает внимание наличие утолщения перикарда и жидкости в перикардальной полости.

Рентген грудной клетки: Корни легких структурны. Аорта не расширена. Изменение «силуэта» сердечной тени (шаровидная форма). Образование острого угла с диафрагмой. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС – 96 в минуту, максимальная ЧСС – 160 в минуту, минимальная ЧСС – 68 в минуту в дневные часы и 64, 112 и 56 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Обращает внимание снижение вольтажа QRS во всех отведениях с альтернацией, отрицательный зубец Т в 1, 2 V5-6. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена, контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной железы не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования, у пациента имеет место:

1. Эндокринная патология
2. Заболевание системы крови
3. Нарушение сердечного ритма
4. Заболевание перикарда
5. Патология МВС
6. Патология ЖКТ
7. Заболевание ЦНС

Ответ: 4.

Вопросы для исходного контроля уровня знаний:

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных сформулируйте клинический диагноз:

1. Острый инфекционный вирусный миокардит
2. Синдром Кларка-Леви-Кристеско
3. Врожденный порок сердца – тетрада Фалло
4. Проплапс трикуспидального клапана 1 степени
5. Острый инфекционный экссудативный перикардит
6. Острый инфекционный бактериальный эндокардит
7. Опухоль сердца (миксома правого предсердия)

Ответ: 5

Для окончательного подтверждения данного диагноза у пациента необходимо проведение следующего диагностического исследования:

1. МРТ брюшной полости
2. Цистоскопия
3. Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца с медикаментозным тестированием
4. ЭЭГ
5. КТ головного мозга
6. Трепанбиопсия
7. Перикардиоцентез

Ответ: 7

Для успешного лечения основного заболевания у больного необходимо:

1. Соблюдение диеты, строгого постельного режима

2. Исключение физической нагрузки, нормализация режима труда и отдыха, проведение терапии препаратами железа
3. Соблюдение диеты, строго постельного режима на весь «острый» период, оксигенотерапия, инфузионная терапия, постоянный мониторинг ЭКГ, АД, кардиопротекторы, вазодилататоры, купирование потенциальных нарушений ритма сердца, диуретики, сердечные гликозиды
4. Соблюдение диеты, нормализация режима труда и отдыха, ограничение физической нагрузки, санация очагов хронической инфекции, проведение курсов терапии антиаритмическими препаратами
5. Протезирование митрального клапана

Ответ: 3

Какое из нижеперечисленных осложнений наиболее возможно при наличии данного заболевания?

1. Токсический гепатит.
2. Острый гломерулонефрит
3. Спонтанный пневмоторакс
4. Приобретенный порок сердца
5. Хронический гастрит

Ответ: 3

Прогноз данного заболевания

1. Неблагоприятный с формированием приобретенного порока сердца
2. Благоприятный при своевременной диагностике, соблюдении всех рекомендаций, проведении лечения в полном объеме, а также строгом соблюдении сроков контрольных динамических осмотров и диспансерного наблюдения
3. Неблагоприятный с развитием полиорганной недостаточности
4. Неблагоприятный с последующей инвалидизацией ребенка.

Ответ: 2

Тема: миокардиты

Задача № 4.

Ребенок Э, 14 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, частые эпизоды сердцебиений вне связи с физическими и психоэмоциональными нагрузками, постоянную слабость, выраженную потливость, пастозность нижних конечностей (преимущественно в вечерние часы).

Анамнез заболевания: через 2 недели после ОРВИ, острого бронхита появилась одышка, которая в динамике отмечалась даже при малейшей физической нагрузке, слабость приобрела постоянный характер. С того же времени стали возникать приступы удушья (преимущественно в ночные часы при нахождении в горизонтальном положении с уменьшением симптоматики при переходе в положение «сидя»). Приступ удушья сопровождался покашливанием, чувством саднения в горле, болями за грудиной. В динамике отмечалось появление отеков нижних конечностей с преобладанием последних в вечерние часы.

Анамнез жизни: без особенностей (ребенок от 2 беременности, протекающей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота). Старший ребенок (14 лет, здоров, занимается профессиональным спортом, при амбулаторных обследованиях данных за патологию сердечно-сосудистой системы не получено). У матери в анамнезе – хронический компенсированный тонзиллит. Отец патологии сердечно-сосудистой системы отрицает. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.2 00, длина – 54 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. С 3,5 лет – редкие ОРЗ, ОРВИ (лечился амбулаторно). На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентирован. На вопросы отвечает адекватно. Сон не нарушен. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание на наличие «мраморности» кожи, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 100-110 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно определяется в 5-ом межреберье, на 1.5 см. снаружи от lineamedio clavicularis sinistra, усиленный, разлитой, площадью 3.0 см. Границы относительной сердечной тупости: правая - в 4-ом межреберье на 3 см. снаружи от правого края грудины, верхняя - на уровне 2-го ребра, левая - в 5-ом межреберье на 1.5 см. снаружи от lineamedio clavicularis. При аускультации – отмечается ослабление 1 тона на верхушке, систолический шум без экстракардиального проведения; акцент II тона на легочной артерии. ЧД 24 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 3 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (последний раз – за сутки до поступления в стационар, 1 раз, норма (со слов пациента).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Эр. $4,02 \cdot 10^{12}/л$, Нб 136 г/л, L –5.2 X10/9., Б. – 1%, Э.-4%, П.-1%, С. –54%, Л.–32%, М.–8%. СОЭ 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 60 г/л, АЛТ – 42 Ед/л, АСТ – 78 Ед/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, креатинин – 67 ммоль/л, ЛДГ – 520 ммоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, КФК 310 ммоль/л, КФК МВ 30 Ед/л, К – 3,3 ммоль/л, ионизированный Са – 1,15 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 15 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 100 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 49.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 20.0 МЕ (N: 0-20), тропониновый тест – отрицательный.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Иммунология:

Исследование иммунного статуса: Ig A - 1.37 g/l (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 5.26 g/l (N: 7.23 - 16.85), Ig M (0,93 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Кровь на гормоны щитовидной железы: Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТГ и ТПО в пределах нормы.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь ++, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 100-115 в минуту. Отклонение влево ЭОС. Неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки **ЭХО-КГ:** левое предсердие 4,5 см (норма до 3,8 см) КДРЛЖ – 5,7 см (норма до 5,0 см), правое предсердие 4,0х5,0 (норма – менее 4,5х4,9 см), правый желудочек – 3, 1см (М –режим при норме до 3,0 см). Диффузная гипокинезия свободных стенок левого и правого желудочка. Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 53%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 34 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов, сердечные дуги сглажены, резко сглажен 'corus pulmonalis'. Увеличение КТИ.

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –105 в минуту, максимальная ЧСС – 140 в минуту, минимальная ЧСС – 95 в минуту в дневные часы и 97, 103 и 93 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,6 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 840 желудочковыми экстрасистолами. Транзиторная неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+3,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

УЗИ щитовидной железы: ультразвуковых признаков патологии структуры щитовидной не выявлено.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анамнестических и клинико-инструментальных данных у пациента имеет место:

1. Патология системы крови
2. Врожденная патология ЦНС
3. Опухоль сердца
4. Поражение сердечно-сосудистой системы инфекционно-воспалительного генеза.
5. Токсическое поражение печени.
6. Патология МВС

Ответ: 4

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования у пациента имеет место:

1. Синдром Иценко-Кушинга
2. Болезнь Виллебранда
3. Острый гломерулонефрит
4. Синдром Марфана
5. Острый вирусный миокардит, средней степени тяжести, осложненный СН 2Б, нарушением ритма и проводимости сердца.
6. Острый обструктивный бронхит, средней степени тяжести, ДН2.
7. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.

Ответ: 5.

Для подтверждения данного диагноза у пациента также необходимо проведение следующего спектра исследований:

1. Велоэргометрия
2. МРТ брюшной полости
3. ФГДС
4. Цистоскопия
5. МРТ сердца
6. Суточное мониторирование АД

Ответ: 5

Для успешного лечения основного заболевания у больного необходимо:

1. Соблюдение диеты, строго постельного режима
2. Исключение физической нагрузки, нормализация режима труда и отдыха, проведение терапии препаратами В12
3. Соблюдение диеты, строго постельного режима на весь «острый» период, оксигенотерапия, инфузионная терапия, постоянный мониторинг ЭКГ, НПВС, кардиопротекторы, вазодилататоры, купирование потенциальных нарушений ритма сердца, диуретики, сердечные гликозиды
4. Соблюдение диеты, нормализация режима труда и отдыха, ограничение физической нагрузки, санация очагов хронической инфекции, проведение курсов терапии антиаритмическими препаратами
5. Протезирование митрального клапана

Ответ: 3

Прогноз данного заболевания

1. Неблагоприятный с формированием приобретенного порока сердца
2. Неблагоприятный с развитием полиорганной недостаточности
3. Благоприятный при своевременной диагностике, соблюдении всех рекомендаций, проведении лечения в полном объеме, а также строгом соблюдении сроков контрольных динамических осмотров и диспансерного наблюдения
4. Благоприятный в случае имплантации постоянного электрокардиостимулятора

Ответ: 3

Тема: неревматические кардиты

Задача № 5.

Ребенок Р, 1 год, 4 месяца, поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2 кг в течение 2-х месяцев, выраженную потливость преимущественно в ночные часы. Накануне поступления состояние ребенка резко ухудшилось: был крайне беспокоен, появились отеки на ногах.

Анамнез заболевания: в возрасте 1 года 2 месяцев перенес ОРВИ (энтеровирусную инфекцию?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель) с субфебрильной лихорадкой 37,2 - 37,5⁰С. В это же время отмечался жидкий стул, рвота. С этого времени мальчик стал вялым, быстро уставал при ходьбе, постоянно просился «на руки». Беспокоил влажный кашель, преимущественно по ночам. Значительно снизился аппетит. Участковым педиатром состояние расценено как астенический синдром после перенесенного острого вирусного заболевания. Лабораторных исследований на амбулаторном этапе не проводилось.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Матери на момент беременности 23 года, в анамнезе хронический компенсированный тонзиллит, до 12 лет – в анамнезе – частые ангины, проф. вредность, вредные привычки отрицает. Отцу на момент «зачатия» ребенка – 26 лет, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен. У бабушки ребенка по линии матери – приобретенный порок сердца. Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 3.100, длина – 52 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. Ходит с 9 месяцев, замедления темпов весо-ростовых показателей до манифестации заболевания не отмечалось. В 8 месяцев – ОРВИ, острый ринофарингит (легкое течение, лихорадил до субфебрильных цифр, лечение симптоматическое амбулаторно). Всегда был подвижен, активен. На учете у специалистов не состоял.

Данные объективного осмотра: состояние тяжелое. В сознании, ориентирован. Эмоциональный фон, аппетит значительно снижены. Сон беспокойный. Лихорадит до субфебрильных цифр. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Обращает внимание наличие цианоза носогубного треугольника, пастозности голеней. Видимые слизистые бледные, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, тахикардия – 130-160 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней аксиллярной линии. Тоны сердца глухие, систолический шум с р. макс. на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧД 40-44 в мин, ритмичное. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы. В нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из-под края реберной дуги на 7 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка – (+2 см). Почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеоттока безболезненна. Дизурические явления мать у ребенка отрицает. Стул 1 раз, оформленный, без патологических примесей (со слов матери).

Результаты проведенного обследования

Клинический анализ крови: Hb – 100 г/л, эр $4,5 \times 10^{12}$ /л лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я -2%, с/я -48%, э -1 %, б – 1%, л – 40%, м -8 %, СОЭ 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 54 г/л, АЛТ – 54 Ед/л, АСТ – 92 Ед/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, мочевины – 5,8 ммоль/л, креатинин – 92 ммоль/л, ЛДГ – 580 ммоль/л, билирубин

– 19мкмоль/л, КФК 190 ммоль/л, КФК МВ 44 Ед/л, К – 2,5 ммоль/л, ионизированный Са – 1,1 ммоль/л, натрий 140 ммоль/л, СРБ – 8 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии Антистрептокиназа - 114 МЕ/ml (N: 0-200), Антистрептолизин О - 110.1 МЕ (N: 0-225). Ревматоидный фактор - 18.0 МЕ (N: 0-20). **Коагулограмма с определением уровня Д-димеров:** без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Исследование иммунного статуса: Ig A - 4.1 г/л (N: 0.69 - 3.82), Ig G - 4.88 г/л (N: 7.23 - 16.85), Ig M (1,73 N до 2, 77). Уровень ЦИК в норме.

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: относительная плотность – 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты отсутствуют.

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат.

ЭКГ. синусовая тахикардия с ЧСС 120-168 в минуту. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Желудочковая экстрасистолия с различной степенью аллоритмии.

ЭХО-КГ: левое предсердие 3,6 см (норма до 3,2 см) КДРЛЖ – 4,3 см (норма до 4,0 см). Снижение сократительной способности миокарда (ФВ – 50%, ФУ – 30%). Признаков гипертрофии миокарда не выявлено (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки в пределах возрастной нормы). Признаки легочной гипертензии 1 степени (давление в легочной артерии 32 мм/рт/ст).

Рентген грудной клетки. Корни легких структурны.

Сердце расширено в поперечнике за счет левых отделов. Увеличение КТИ (60).

Суточное ЭКГ – мониторинг: средняя ЧСС –135 в минуту, максимальная ЧСС – 180 в минуту, минимальная ЧСС – 99 в минуту в дневные часы и 115, 130 и 98 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,5 в минуту. Пароксизмальных нарушений сердечного ритма, АВ блокад, не зарегистрировано. Выраженный синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 2 тысячами суправентрикулярных экстрасистол и 3 тысячами, 288 желудочковыми экстрасистолами.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+7,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка увеличена (+2,3 см), селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования, какой диагноз Вы поставите пациенту?

1. Бронхиальная астма, атопическая, поливалентный спектр сенсibilизации, приступный период, тяжелое течение. ДН2-3.

2. Острый неревматический кардит вирусной этиологии с преимущественным поражением миокарда, тяжелое течение, осложненный ЛЖН 2 Б ст., ПЖН 2Б ст, нарушением ритма и проводимости (желудочковой экстрасистолией с различной степенью аллоритмии).
3. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, манифестирующий тип. Пароксизмальная АВ реципрокная тахикардия с участием ДПП.
5. Анемия Фанкони.
6. Постинфекционный энтерит, средне-тяжелое течение.

Ответ: 2.

Наиболее вероятные этиологические факторы данной патологии:

1. Вирусная
2. Бактериальная
3. Вирусно-бактериальная
4. Грибковая
5. Паразитарная

Ответ: 1.

Какие из нижеперечисленных осложнений данного заболевания имеют место у пациента:

1. Приобретенный порок сердца
2. ДВС-синдром
3. Гипертрофическая кардиомиопатия
3. Нарушение ритма сердца
4. Нарушение ритма и проводимости сердца, миокардиодистрофия.
5. Острая почечная недостаточность.

Ответ: 4

Для успешного лечения основного заболевания у больного необходимо назначить следующие группы препаратов:

1. НПВС, кардиотрофики, диуретики.
2. Стероидные противовоспалительные средства, антиоксиданты, сердечные гликозиды.
3. НПВС, стероидные противовоспалительные средства, антиаритмические препараты, кардиопротекторы, сердечные гликозиды, диуретики.
4. НПВС, стероидные противовоспалительные средства, кардиопротекторы, сердечные гликозиды, диуретики, антиоксиданты.

Ответ: 3

1. Неблагоприятный с формированием приобретенного порока сердца
2. Неблагоприятный с развитием полиорганной недостаточности
3. Благоприятный при своевременной диагностике, соблюдении всех рекомендаций, проведении лечения в полном объеме, а также строгом соблюдении сроков контрольных динамических осмотров и диспансерного наблюдения
4. Благоприятный в случае имплантации постоянного электрокардиостимулятора

Ответ: 3

Какая форма по течению данного заболевания присутствует у пациента:

1. Острая
2. Подострая
3. Хроническая рецидивирующая
4. Первично хроническая

Ответ: 1

Тема: Кардиомиопатии

Ребенок М, 12 лет, поступил в стационар в экстренном порядке с жалобами на частые боли в области сердца колющего характера, длительностью до нескольких минут, возникающие как вне четкой связи с физическими и психо-эмоциональными перегрузками, так и на фоне приступов учащенного сердцебиения, беспокоящие в среднем до нескольких раз в день, в отсутствии иррадиации, приступы учащенного сердцебиения, чаще после ходьбы, сопровождающиеся чувством страха, бледностью кожных покровов, «холодным, липким» потом, периодически – купирующиеся как самостоятельно внезапно, так и рефлексорными пробами.

Анамнез заболевания: В родильном доме выслушан систолический шум сердца. Диагноз ВПС исключен (по выписным документам из амбулаторной карты). Приступы учащенного сердцебиения манифестировали в 11 лет. Купировались до приезда скорой помощи либо самостоятельно, либо рефлексорными пробами. В течение последних 6 месяцев стал отмечать боли в области сердца, одышку. Семейный анамнез отягощен (отец и дед мальчика по линии отца наблюдаются с кардиомиопатией, впервые диагностированной во взрослом возрасте). Наличие когда-либо синкопальных состояний пациент и родители ребенка отрицают.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей. Матери на момент беременности 25 лет, ВСД, пролапс митрального клапана гемодинамически незначимый. Профвредность, вредные привычки отрицает. Семейный анамнез отягощен (отец и дед мальчика по линии отца наблюдаются с кардиомиопатией, впервые диагностированной во взрослом возрасте). Роды в срок, по выписным документам – без осложнений, крик сразу. Масса при рождении – 4.000, длина – 55 см. К груди приложен в первые сутки. Рос и развивался по возрасту. Ходит с 8,5 месяцев, замедления темпов весо-ростовых показателей не отмечалось. В анамнезе – ОРЗ, ОРВИ, бронхиты, грипп. До манифестации данного заболевания на учете у специалистов не состоял. Успевает на «хорошо» и «отлично».

Данные объективного осмотра: состояние средней степени тяжести. В сознании, ориентирован. Эмоциональный фон положительный. Охотно вступает в контакт. Аппетит не нарушен. Сон беспокойный. Не лихорадит. Синкопальных состояний не зафиксировано. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Цианоза не зафиксировано. Видимые слизистые обычной окраски, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс аритмичный, 55- 60 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Область сердца деформирована, выбухает грудина. При пальпации во II межреберье справа и в III межреберье слева определяется короткое дрожание. Интенсивный систолический шум с проведением на сосуды вверх, во II межреберье справа и на верхушку, АД 90/40 мм. рт. ст. ЧД – 26 в минуту. Дыхание ритмичное, жесткое, проводится во все отделы легких. В нижних отделах с обеих сторон – влажные хрипы. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень при пальпации выступает из - под края реберной дуги на 1 см, край ровный, не острый, безболезненный. Селезенка, почки не пальпируются. Симптом поколачивания с правой и левой стороны отрицательный. Пальпация по ходу мочеточника безболезненна. Перифериче-

ских отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула 1 раз, оформленный, без патологических примесей (со слов пациента).

Результаты проведенного обследования:

Клинический анализ крови: Hb 140 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. $7,0 \times 10^9$ /л, п/я – 3%, с/я – 62%, л – 31%, м – 4%, СОЭ – 7 мм/час.

общий белок 72 г/л, АЛТ – 38 Ед/л, АСТ – 42 Ед/л, глюкоза – 4,2 ммоль/л, мочевины – 5,9 ммоль/л, креатинин – 72 ммоль/л, ЛДГ – 490 ммоль/л, билирубин – 17 мкмоль/л, КФК 240 ммоль/л, КФК МВ 21 Ед/л, К – 3,8 ммоль/л, ионизированный Са – 1,12 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, СРБ – 4 г/л, тропониновый тест – отрицательный.

Гемокультура: - роста флоры не обнаружено

Тесты стрептококковой серологии (РФ, АСЛ-О, АСК, сиаловые кислоты) – без патологии.

Коагулограмма с определением уровня Д-димеров: без патологии. Уровень Д- димеров в пределах нормы.

Исследование иммунного статуса: уровень иммуноглобулинов и ЦИК в норме. **Антинуклеарный фактор:** отрицательный

Кровь на HBS Ag HCV: отрицательный результат

Реакция Вассермана: отрицательный результат.

Мазок из зева и носа на флору и чувствительность к а/б: – роста патогенной флоры не обнаружено

Анализ мочи общий: слизь +, в остальном – без патологии

Посев мочи на флору и чувствительность к а/б: роста флоры не обнаружено

Кал на ДП, ТПТ, ЭПКП – отрицательный результат

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС - 50-60 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. Синдром ранней реполяризации желудочков. Гипертрофия левого предсердия и левого желудочка. Суправентрикулярная экстрасистолия с различной степенью аллоритмии.

ЭХО-КГ с доплерографией: Стенки межжелудочковой перегородки утолщены, ЛП – 3,5 см, КДРЛЖ 3,8 см. Сократительная способность миокарда сохранена. Давление в легочной артерии – 33 мм/рт/ст. Перикард не утолщен. Обращает внимание наличие турбулентности кровотока в подклапанном субаортальном пространстве.

Рентген грудной клетки: дуга левого желудочка удлинена и опущена в диафрагму.

Суточное ЭКГ – мониторирование: средняя ЧСС – 68 в минуту, максимальная ЧСС – 142 в минуту, минимальная ЧСС – 44 в минуту в дневные часы и 54, 110 и 40 в минуту в ночные часы соответственно. Пауз, длительностью 2 секунды и более, не зафиксировано. Максимальная пауза – 1,97 в минуту. АВ блокад, не зарегистрировано. Синдром ранней реполяризации желудочков. Эктопическая активность представлена 998 суправентрикулярными экстрасистолами 2799 желудочковыми экстрасистолами. Обращало внимание наличие 3 коротких пароксизмов желудочковой тахикардии.

ЭЭГ- соответствует возрасту. Эпилептической активности не выявлено.

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: печень увеличена (+1,5 см), контур ровный, умеренное повышенное эхогенности. Воротная вена, общий желчный проток, внутрипеченочные протоки не расширены. Поджелудочная железа не увеличена, размеры головки, тела и «хвоста» - в пределах возрастной нормы. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Почки без особенностей.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний

Инструкция: выберите один правильный ответ из нижеперечисленных

На основании анализа жалоб, анамнестических данных, результатов проведенного обследования, какой диагноз Вы поставите пациенту?

1. Синдром Романо-Уорда.
2. Острый первичный инфекционный эндокардит вирусной этиологии (иммуно-воспалительная фаза, средне-тяжелое течение, осложненный ЛЖН 2 Б ст., ПЖН 2Б ст, нарушением ритма и проводимости.
3. Пароксизмальная АВ тахикардия.
4. Гипертрофическая асимметричная обструктивная кардиомиопатия
5. Дилатационная застойная кардиомиопатия.
6. Рестриктивная кардиомиопатия.

Ответ:4.

Какая группа препаратов противопоказана при данной патологии:

1. Бета-адреноблокаторы
2. Диуретики
3. Периферические вазодилататоры
4. НПВС
5. Дезагреганты

Ответ: 3.

Какие осложнения наиболее часто встречаются при данном заболевании:

1. Синкопальные состояния.
2. Острая почечная недостаточность.
3. Синкопальные состояния, пароксизмальные нарушения сердечного ритма.
4. Острая дыхательная недостаточность
5. Гипохромные анемии.

Ответ: 3.

Какие дополнительные методы исследований Вы считаете нужным выполнить пациенту при данном заболевании:

1. Суточное АД – мониторингирование.
2. Пробу с физической нагрузкой
3. Сцинтиграфию миокарда
4. Ангиографию, МРТ сердца.
5. Чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца.

Ответ:4.

Консультации каких специалистов при данном заболевании Вы считаете первостепенными:

1. Нефролога
2. Ревматолога
3. Генетика
4. Офтальмолога
5. Пульмолога
6. Хирурга

Ответ: 3.

Тестовый контроль по разделу №2 «Кардиология»

1. Наиболее частым вариантом тахикардии, возникающей у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта, является:
 - а) пароксизмальная реципрокная АВ тахикардия
 - б) мерцательная аритмия
 - в) желудочковая тахикардия
 - б) укорочение электрической систолы желудочков (интервал QT)
 - в) горизонтальное смещение сегмента RS-T ниже изолинии
2. В норме у грудных детей на ЭКГ преобладают потенциалы:
 - а) правого желудочка
 - б) левого желудочка
 - в) увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочка
3. Что характерно для ЭКГ при гиперкалиемии?
 - а) снижение амплитуды зубца T
 - б) снижение амплитуды зубца P
 - в) укорочение длительности интервала P-Q
 - г) увеличение амплитуды зубца T
4. Для полной блокады правой ножки пучка Гиса характерно:
 - а) резкое отклонение электрической оси сердца влево (угол $\alpha = -30^\circ$)
 - б) увеличение длительности QRS $> 0,12$ с
 - в) резкое отклонение электрической оси сердца вправо (угол $\alpha > 120^\circ$)
 - г) укорочение интервала P-Q
5. При перикардите наблюдается все, кроме:
 - а) увеличение амплитуды зубцов
 - б) снижение вольтажа ЭКГ
 - в) отрицательные зубцы T
 - г) смещение ST
6. Атриовентрикулярная блокада II степени характеризуется:
 - а) только увеличением P—Q на ЭКГ
 - б) увеличением длительности интервалов PQ, периодическим выпадением комплексов QRS.
 - в) полным прекращением проведения от предсердий к желудочкам
 - г) правильного ответа нет
7. Для предсердной экстрасистолы характерно:
 - а) наличие уширения комплекса QRS
 - б) наличие неполной компенсаторной паузы
 - в) наличие полной компенсаторной паузы
 - г) увеличение интервала P—P
8. Для желудочковых экстрасистол характерно:
 - а) отсутствие зубца P перед экстрасистолой
 - б) деформация и уширение комплекса QRS

- в) полная компенсаторная пауза
- г) все перечисленное

9. Признаками трепетания желудочков являются:

- а) деформация и уширение зубцов
- б) отсутствие изоэлектрической линии
- в) волны приблизительно одинаковой амплитуды с частотой более 250 в минуту
- г) все перечисленное

10. Признаками феномена WPW являются:

- а) укороченный интервал $P—Q$
- б) наличие «дельта-волны»
- в) расширение комплекса QRS
- г) все перечисленное

11. Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается:

- а) при миокардите
- б) при выпотном перикардите
- в) при слипчивом перикардите
- г) при всем перечисленном

12. Наиболее частой причиной возникновения желудочковой формы пароксизмальной тахикардии является:

- а) нейровегетативные сдвиги
- б) органическая патология сердца
- в) пневмония
- г) эндокринная патология

13. Для диагностики пароксизмальной тахикардии срочным исследованием является:

- а) рентгенография
- б) ЭКГ
- в) эхокардиография
- г) исследование калия в крови

14. Угрожаемым по развитию пароксизмальной тахикардии является ЭКГ-феномен:

- а) удлиненного атриовентрикулярного проведения
- б) синдрома ранней реполяризации желудочков
- в) феномен преждевременного возбуждения желудочков

15. Для дифференциальной диагностики недостаточности митрального клапана от пролапса митрального клапана наиболее достоверным является следующий метод исследования:

- а) ЭКГ
- б) рентгенография
- в) векторкардиография
- г) эхокардиография

16. Для дифференциации недостаточности митрального клапана и дефекта межжелудочковой перегородки наиболее информативна:

- а) фонокардиография
- б) рентгенография
- в) векторкардиография
- г) эхокардиография

17. Методам визуализации в детской кардиологии относится все, кроме:

- а) рентгенография
- б) цифровая рентгенография
- в) ангиография
- г) дигитальная субтракционная ангиография
- д) ультразвуковая диагностика
- е) эхокардиография
- ж) электрокардиография
- з) трехмерная эхокардиография и) внутриутробная эхокардиография

18. На фоне приема бета-блокаторов циркадный индекс:

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) остается неизменным

19. О проаритмогенном эффекте кордарона по данным Холтеровского ЭКГ - мониторингирования свидетельствует:

- а) удлинение интервала QT
- б) увеличение общего количества желудочковых экстрасистол в 1,5 раза
- в) альтернация Т зубца
- г) депрессия сегмента ST

20. Как осуществляется наложение электродов при проведении ЭКГ высокого разрешения?

- а) как при обычной ЭКГ
- б) по Нэбу
- в) по Франку

21. Целью проведения нагрузочных проб является:

- а) выявление и идентификация нарушений ритма сердца
- б) выявление лиц с гипертонической реакцией на нагрузку
- в) оценка эффективности лечебных мероприятий
- г) все вышеперечисленное

22. При проведении пробы на велоэргометре зарегистрированное изолированное снижение диастолического артериального давления на 35 мм.рт.ст. Какой тип реакции гемодинамики это определяет?

- а) гипертонический
- б) нормотонический
- в) гипотонический

23. Какова в норме динамика интервала QT при проведении пробы с дозированной физической нагрузкой?

- а) уменьшение
- б) удлинение
- в) без динамики

24. Учащение желудочковой экстрасистолии при пробе с дозированной физической нагрузкой

- а) благоприятный прогностический признак
- б) неблагоприятный прогностический признак
- в) не имеет прогностического значения

25. При открытом артериальном протоке имеет место преимущественная перегрузка:

- а) правого желудочка;
- б) левого желудочка.

26. Неполная блокада правой ножки по типу rsR более характерна для:

- а) открытого артериального протока;
- б) дефекта межжелудочковой перегородки;
- в) тетрады Фалло;
- г) дефекта межпредсердной перегородки.

27. Какие состояния не вызывают снижение амплитуды зубца Т на ЭКГ?

- а) гиперкалиемия
- б) гипокалиемия;
- в) инфекционно-токсическая кардиопатия при пневмонии
- г) тяжелая аллергическая реакция.

28. Основными принципами подхода к терапии при нарушениях сердечного ритма у детей первого года жизни являются:

- а) недопустимость выжидательной тактики, максимально быстрое купирование пароксизмальных нарушений ритма
- б) назначение базовой терапии
- в) профилактика сердечной недостаточности
- г) большие дозы препаратов на кг веса по сравнению с детьми старшего возраста
- д) все вышеперечисленное

29. На протяжении первого года жизни скорость кровотока на клапане легочной артерии в норме:

- а) снижается
- б) возрастает
- в) не меняется

30. Укажите обозначения однополюсных усиленных отведений от конечностей:

- а) I и, I I I
- б) aVR, aVL, aVF
- в) V1- V6

31. Для выявления гипертрофической кардиомиопатии наиболее информативно:

- а) ЭхоКГ с доплерографией
- б) рентгенограмма
- в) радиоизотопное исследование
- г) велоэргометрия
- д) Холтеровское ЭКГ - мониторинг

32. В норме зубец Р у детей в II отведении должен быть:

- а) положительным;
- б) отрицательным;
- в) отсутствовать(изоэлектричен).

33. Эхокардиография не является одним из основных методов исследования для выявления:

- а) врожденного порока сердца;
- б) дилатационной кардиомиопатии;

- в) опухоли левого предсердия;
- г) инфекционного эндокардита

34. Ультразвуковое исследование сердца не позволяет оценить:

- а) размеры полостей сердца;
- б) состояние сердечных клапанов;
- в) состояние межжелудочковой перегородки;
- г) ударный и минутный объемы сердца;
- д) насыщение крови кислородом.

35. При синдроме преждевременного возбуждения желудочков интервал PQ, как правило:

- а) не изменен;
- б) незначительно увеличен;
- в) значительно увеличен;
- г) укорочен.

36. Пропалс митрального клапана диагностируется по данным:

- а) рентгенографии сердца;
- б) ЭКГ
- в) ЭхоКГ.

37. У детей с какими нижеперечисленными нарушениями ритма и проводимости сердца должен обсуждаться вопрос об имплантации постоянного электрокардиостимулятора:

- а) синдром слабости синусового узла, АВ блокада 2- 3 степени
- б) синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта.
- в) желудочковая экстрасистолия

38. При атриовентрикулярной блокаде I степени:

- а) количество зубцов Р больше, чем количество комплексов QRS
- б) имеет место постоянное, по сравнению с нормой, удлинение интервала PQ
- в) имеет место постоянное, по сравнению с нормой, укорочение интервала PQ
- г) имеет место периодическое выпадение зубцов Р

39. При миграции водителя ритма на ЭКГ отмечают:

- а) изменение интервала PR
- б) изменения амплитуды и полярности Р зубца
- в) отсутствие зубца Р перед некоторыми комплексами QRS
- г) все ответы правильные

40. Появление широкого двугорбого зубца Р в отведениях I, II и aVL обычно обусловлено:

- а) гипертрофией левого предсердия
- б) замедлением внутрипредсердной проводимости
- в) оба ответа правильные;
- г) правильного ответа нет.

41. Функцией возбудимости обладают:

- а) клетки проводящей системы
- б) клетки сократительного миокарда
- в) мезенхимальные клетки
- в) все перечисленные
- г) только а и б.

42. Продолжительность интервала PQ при увеличении ЧСС в норме:

- а) увеличивается
- б) уменьшается
- в) обычно не изменяется

43. Для гипертрофии правого предсердия характерно:

- а) амплитуда зубца Р во II отведении более 2,5 мм;
- б) увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.

44. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

- а) увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1;
- б) наличие высокого заостренного зубца Р во II отведении.

45. Для эктопического ритма из левого предсердия характерно:

- а) наличие зубца Р, следующего за комплексом QRS;
- б) отсутствие зубца Р перед комплексом QRS;
- в) наличие зубца Р¹, имеющего форму «Щит и меч» в отведении V1;
- г) правильного ответа нет.

46. Для суправентрикулярной экстрасистолы характерно:

- а) наличие уширенного комплекса QRS;
- б) наличие неполной компенсаторной паузы
- в) наличие полной компенсаторной паузы

47. При межпредсердной блокаде на ЭКГ может наблюдаться:

- а) появление уширенного двугорбого зубца Р;
- б) мерцание левого предсердия;
- в) и то, и другое;
- г) ни то, ни другое.

48. При миокардитах может наблюдаться:

- а) депрессия сегмента ST
- б) сглаженный или отрицательный зубец Т
- в) блокада ножек пучка Гиса
- г) эктопические тахикардии
- д) транзиторные АВ блокады
- е) все перечисленное

49. Проведение Холтеровского ЭКГ - мониторингирования в первую очередь обязательно детям с

- а) миокардитами
- б) с синдромом слабости синусового узла; синкопальными состояниями неустановленного генеза
- в) с артериальной гипертензией;
- г) со стенозом аорты

50. При врожденном гипотиреозе наиболее типичными изменениями со стороны сердца являются:

- а) тахикардия
- б) брадикардия, АВ блокады
- в) синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта
- г) выпот в полости перикарда
- д) пролапс митрального клапана

51. При длительной терапии кордароном у ребенка необходимо контролировать функцию:

- а) половых желез

- б) поджелудочной железы
- в) щитовидной железы,
- г) печени
- д) надпочечников
- е) селезенки
- ж) почек
- з) в и г
- и) а и ж

52. Основным диагностическим признаком отличия ранней предсердной экстрасистолы от желудочковой является:

- а) наличие уширенных комплексов QRS;
- б) наличие нормальных комплексов QRS;
- в) наличие полной компенсаторной паузы
- в) наличие неполной компенсаторной паузы
- г) все вышеперечисленное

53. Для ваго-инсулярного криза характерно все, кроме:

- а) обморока
- б) рвоты
- в) болей в животе
- г) головных болей
- д) одышки
- е) падения АД
- ж) полиурии и дефекации

54. Для симпато-адреналового криза характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) резкого озноба
- б) чувства страха смерти
- в) повышения температуры и АД
- г) сухости слизистых

55. Развитие вазовагального обморока можно объяснить:

- а) повышением холинэргической активности
- б) недостаточным симпатическим обеспечением деятельности
- в) патологией каротидного синуса.

56. Для лечения ВСД по ваготоническому типу не используют:

- а) витамин В-6
- б) препараты кальция
- в) церебропротекторы (ноотропы)
- г) антибиотики

57. Определяющую роль в становлении АГ имеют

- а) наследственные факторы
- б) средовые факторы

58. При ВПС к артериальной гипертензии приводят:

- а) стеноз аорты
- б) стеноз легочной артерии
- в) коарктация аорты

59. При ВСД по симпатикотоническому типу характерно все, кроме:

- а) длительного субфебрилитета после болезни,

- б) сердцебиений
- в) повышения АД
- г) повышения числа лейкоцитов

60. Отметьте симптомы, которые не соответствуют клинической картине ВСД по ваготоническому типу:

- а) вестибулопатии
- б) потливость
- в) метеотропность
- г) артриты.

61. Чаще всего провоцирующим фактором при развитии криза ВСД выступают:

- а) психогенные воздействия
- б) физические
- в) медикаментозные

62. Головная боль может быть единственным или ведущим проявлением ВСД, причиной её происхождения чаще всего бывают все нижеперечисленные, кроме:

- а) сосудистые дискинезии
- б) поражение шейного отдела позвоночника
- в) перенесенные нейроинфекции
- г) остаточные явления рахита

63. Чаще всего узелковый периартериит осложняется:

- а) злокачественной гипертонией
- б) поносами
- в) менингитом
- г) обструктивным бронхитом.

64. При вазопрессорном типе обмороков, у детей с парасимпатикотонической направленностью, внезапно повышается холенергическая активность, в результате чего появляется все, кроме:

- а) дилатации сосудов скелетных мышц,
- б) снижения кровоснабжение головного мозга
- в) повышения АД
- г) падения периферического сопротивления.

65. В основе ортостатической гипотензии, которая возникает при переходе из горизонтального в вертикальное положение, лежит недостаточное обеспечение деятельности сосудов:

- а) симпатическими влияниями
- б) парасимпатическими влияниями
- в) повышенной чувствительностью рецепторов

66. При проведении дифференциальной диагностики между ВСД по гипертоническому типу и первичной АГ не представляют большой информативности такие методы исследования, как:

- а) ЭКГ
- б) исходный вегетативный статус
- в) ЭХО-КС
- г) Холтеровское ЭКГ - мониторинг
- д) осмотр глазного дна

67. Одним из проявлений атеросклероза являются стенокардия и ишемическая болезнь сердца.

При этом поражаются:

- а) черепномозговые артерии
- б) брюшная аорта
- в) сосуды нижних конечностей
- г) сосуды верхних конечностей.
- д) сосуды сердца
- е) все правильно

68. Факторы риска атеросклероза:

- а) потребление высококалорийной, богатой насыщенными жирами и холестерином пищей
- б) сидячий образ жизни
- в) нервный стресс.
- г) все правильно

69 Внутренние факторы риска развития атеросклероза:

- а) артериальная гипертензия
- б) гиперхолестеринемия
- в) нарушение толерантности к углеводам
- г) ожирение,
- д) отягощенная наследственность,
- е) все правильно

70. Диета ребенка, имеющего факторы риска развития раннего атеросклероза, должна быть:

- а) с умеренным ограничением белков и жиров
- б) содержать большое количество белков
- в) быть с ограничением количества выпитой жидкости
- г) учитывать количество выпитой и выделенной жидкости
- д) быть с ограничением продуктов, богатых калием

ОПК-6, ОПК-7, ОПК-120, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

Тестовый контроль для модуля «Ревматология»

001. Частота ревматоидного артрита у жителей России

- а) 0.42-1%
- б) 3%
- в) 5%
- г) 7%
- д) 10%

002. Наиболее часто заболевают ревматоидным артритом в возрасте

- а) 10-20 лет
- б) 20-50 лет
- в) 50-60 лет
- г) 60-65 лет
- д) 65 лет и старше

003. Гипотетическими возбудителями ревматоидного артрита предполагаются все перечисленные, кроме

- а) вируса Эпштейна - Барра
- б) вируса кори
- в) вируса краснухи
- г) вируса гепатита В
- д) бета-гемолитического стрептококка группы А

004. Для развития ревматоидного артрита является ведущим

- а) генетическая предрасположенность
- б) нейроэндокринные нарушения
- в) энзимопатии
- г) аутоиммунные нарушения
- д) образование супероксидантных анионов (О, НО)

005. С тяжелым эрозивным серопозитивным ревматоидным артритом ассоциируются следующие антигены гистосовместимости

- а) HLA-B27
- б) HLA-DR4
- в) HLA-A11
- г) HLA-B35
- д) HLA-B8

006. Из перечисленных клеток иммунной системы

в первую очередь распознают неустановленный специфический антиген при ревматоидном артрите

- а) Т-хелперы
- б) Т-супрессоры
- в) Т-киллеры
- г) моноциты/макрофаги
- д) В-лимфоциты

007. Процессом, не имеющим решающего значения

для развития иммунных (аутоиммунных) нарушений при ревматоидном артрите, является

- а) поступление в синовиальную полость антигена
- б) поглощение макрофагом антигена
- в) соединение обработанного макрофагом антигена с HLA-DR4
- г) соединение антигена в комплексе с HLA-DR4 с Т-хелперами и Т-супрессорами
- д) активирование интерлейкином-1 и интерлейкином-2 Т-лимфоцитов
- е) феномены, связанные с патологией ядер

008. При развитии нарушений гуморального иммунитета

при ревматоидном артрите отмечаются следующие изменения, кроме

- а) нарастания уровня иммуноглобулинов трех классов (А, М, G) в синовиальной жидкости
- б) нарастания уровня иммуноглобулинов в сыворотке крови
- в) повышения содержания в синовиальной мембране плазматических клеток
- г) повышения содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови
- д) выявления иммунных комплексов (IgPФ, IgPФ+комплемент) в синовиальной мембране и сосудах

е) появления антител к нативной ДНК

009. Иммунные комплексы влияют на все следующие звенья патогенеза, кроме

- а) активируют комплемент
- б) повреждают лизосомальные мембраны нейтрофилов и макрофагов
- в) способствуют высвобождению протеолитических ферментов
- г) активируют систему свертывания
- д) способствуют высвобождению простагландинов, токсических дериватов кислорода
- е) все перечисленное

010. Из перечисленных ниже положений, касающихся патогенеза амилоидоза при ревматоидном артрите, верно все, за исключением одного

- а) длительная антигенная стимуляция
- б) основной компонент амилоидных фибрилл - белок АА
- в) предшественник белка АА в крови - высокомолекулярный белок SAA, синтезируемый в печени
- г) все перечисленное верно
- д) все перечисленное неверно

011. Укажите рубрику из классификации ревматоидного артрита 1980 г. (в разделе "Клиническая характеристика ревматоидного артрита"), исключенную в классификации 1991 г.

- а) ревматоидный артрит (полиартрит, моно- или олигоартрит)
- б) ревматоидный артрит с системными проявлениями
- в) ревматоидный артрит в сочетании с остеоартрозом, диффузными болезнями соединительной ткани, ревматизмом
- г) ювенильный ревматоидный артрит

012. Самым частым вариантом начала ревматоидного артрита является

- а) начало с продромальных явлений
- б) начало без продромальных явлений
- в) постепенное начало
- г) подострое начало
- д) острое начало

013. В начале ревматоидного артрита наиболее часто поражаются следующие суставы

- а) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые
- б) лучезапястные
- в) коленные
- г) шейный отдел позвоночника
- д) локтевые

014. Наиболее типичным признаком деформации кисти при ревматоидном артрите является

- а) "рука с лорнетом"
- б) ульнарная девиация
- в) в виде "шеи лебедя"
- г) в виде "бутоньерки"
- д) в виде "молоткообразного пальца"

015. Общим проявлением ревматоидного и псориатического артритов при поражении стопы является
- а) вальгусное отклонение стопы
 - б) сосискообразные пальцы
 - в) Hallux valgus - вальгусное отклонение большого пальца стопы
 - г) синдром предплюсневового канала
016. Хирургическое лечение ревматоидного артрита при поражении коленных суставов имеет временный эффект в случае
- а) варусного отклонения
 - б) вальгусного отклонения
 - в) подколенной кисты Бейкера
 - г) сгибательной контрактуры
017. Для ревматоидного артрита наиболее характерно поражение
- а) шейного отдела позвоночника
 - б) грудного отдела позвоночника
 - в) поясничного отдела позвоночника
 - г) крестцового отдела позвоночника
 - д) крестцово-подвздошных сочленений
018. Поражение шейного отдела позвоночника при ревматоидном артрите проявляется всеми перечисленными ниже изменениями, кроме
- а) артритом межпозвоночных суставов
 - б) подвывихом шейных позвонков
 - в) слабостью в руках
 - г) костными анкилозами шейных позвонков
019. При увеличении у больного с ревматоидным артритом подмышечных лимфоузлов до размеров куриного яйца биопсия
- а) целесообразна
 - б) не целесообразна
020. Причина анемии при ревматоидном артрите
- а) дефицит железа в организме
 - б) аутоиммунный процесс
 - в) дефицит фолиевой кислоты
 - г) неизвестна
021. Поражением нервной системы, встречающееся реже других при ревматоидном артрите, является
- а) двигательная нейропатия
 - б) сенсорная нейропатия
 - в) нарушение мозгового кровообращения, связанное с васкулитом головного мозга
 - г) острый некротизирующий артериит с неврологическими нарушениями
022. Для синдрома Фелти характерны
- 1) склерит
 - 2) синдром Рейно
 - 3) полисерозит
 - 4) кожный васкулит

- 5) лейкопения
- 6) рецидивирующая инфекция
- 7) альвеолит
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 2, 3, 4
- в) верно 2, 4, 5
- г) верно 4, 5, 6
- д) верно 4, 5, 7

023. Синдром Шегрена при ревматоидном артрите отличается от болезни Шегрена

- а) повышением частоты носительства HLA-B27
- б) повышением частоты носительства HLA-DR4
- в) положительный ревматоидный фактор
- г) наличие антинуклеарных антител
- д) положительный LE-клеточный тест

024. При ревматоидном артрите чаще всего встречается вторичный амилоидоз

- а) печени
- б) кишечника
- в) почек
- г) надпочечников
- д) сердца

025. Уремия при амилоидозе почек у больных ревматоидным артритом развивается

- а) в течение года
- б) в течение 1-5 лет
- в) через 6 лет
- г) через 7-10 лет
- д) через 15 лет

026. Для суставного синдрома при серонегативном ревматоидном артрите характерны все перечисленные особенности, кроме

- а) начинается с поражения крупных суставов
- б) быстро и рано в процесс вовлекаются суставы запястья
- в) редко в процесс вовлекаются проксимальные межфаланговые и пястно-фаланговые кисти
- г) часто поражается тазобедренный сустав с развитием асептического некроза
- д) рентгенологически - преобладают анкилозирование над эрозивным процессом
- е) часто выявляется двусторонний сакроилеит

027. Вариантами течения ревматоидного артрита являются

- а) медленно прогрессирующее течение
- б) с длительными ремиссиями
- в) со спонтанными ремиссиями
- г) быстро прогрессирующее течение
- д) все перечисленное

028. Ремиссия при ревматоидном артрите в результате беременности

- а) может наступить
- б) не может наступить

029. Самой частой причиной смерти при ревматоидном артрите является

- а) некротизирующий васкулит с вовлечением жизненно важных органов
- б) поражение легких
- в) подвывих шейных позвонков со сдавлением спинного мозга
- г) уремия при вторичном амилоидозе почек
- д) осложнения лекарственной терапии

030. Критериями Американской ревматологической ассоциации (1987), при наличии которых диагноз ревматоидного артрита достоверен, являются

- 1) утренняя скованность не менее 1 часа
- 2) артрит 3 и более суставов
- 3) артрит суставов кисти
- 4) симметричный артрит
- 5) ревматоидные узелки
- 6) наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови
- 7) рентгенологические изменения
- а) верно 1, 5, 6, 7
- б) верно 2, 5, 6, 4
- в) верно 3, 4, 5, 7
- г) верно 1, 2, 3, 4
- д) верно 2, 4, 5, 6

031. Для диагностики ревматоидного артрита

наиболее важным из лабораторных показателей является

- а) повышение СОЭ
- б) повышение уровня α_2 -глобулина
- в) наличие в сыворотке крови С-реактивного белка
- г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
- д) повышение в синовиальной жидкости количества лейкоцитов и снижение содержания глюкозы

032. О степени активности ревматоидного артрита можно судить

по всем перечисленным изменениям, кроме

- а) лабораторных показателей активности
- б) выраженности экссудативных изменений в суставах
- в) наличия или отсутствия системных проявлений
- г) температурной реакции организма
- д) амилоидоза почек

033. К характерным рентгенологическим признакам ревматоидного артрита относятся

- 1) эпифизарный остеопороз
- 2) сужение суставной щели
- 3) кисты в костях
- 4) узурация суставных поверхностей эпифиза
- а) верно 1, 2, 4
- б) верно 1, 2, 3, 4
- в) верно 3, 4
- г) верно 1, 2, 3

д) верно 2, 3, 4

034. Рентгенологические изменения при ревматоидном артрите

ранее всего обнаруживаются

- а) в локтевых суставах
- б) в плечевых суставах
- в) в проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах
- г) в коленных суставах
- д) в голеностопных суставах

035. Морфологическим признаком при биопсии синовиальной оболочки, определяющим правомочность диагноза ревматоидный артрит, является

- а) пролиферация синовиоцитов, фибробластов
- б) лимфоцитарная, плазмноклеточная, макрофагальная инфильтрация
- в) отложение фибрина
- г) фибриноидный некроз

036. Синдром повышенной вязкости крови при ревматоидном артрите

может проявиться всеми перечисленными признаками, за исключением

- а) вялости, сонливости
- б) головной боли, головокружения
- в) тромбоза вен глазного дна
- г) сетчатого ливедо
- д) ступора, комы

037. Разрыв мышечных сухожилий чаще всего встречается

- а) при реактивном артрите
- б) при псориатическом артрите
- в) при артрите, сопровождающим кишечные заболевания
- г) при ревматоидном артрите
- д) при анкилозирующем спондилоартрите

038. Для ревматоидного артрита не характерно

- а) подвывихи
- б) анкилозы
- в) бурситы
- г) "белая опухоль" коленного сустава
- д) контрактуры

039. Признаком, характерным для ревматоидного артрита, является

- а) ахилодения
- б) талалгия
- в) кератодермия
- г) двусторонний сакроилеит (IV стадия)
- д) симметричный артрит проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов кисти

040. Из перечисленных видов клапанного поражения сердца

наиболее характерным для ревматоидного артрита является

- а) недостаточность митрального клапана
- б) митральный стеноз
- в) сочетанный митральный порок

- г) недостаточность аортального клапана
 - д) аортальный стеноз
041. Для ревматоидного артрита характерно
- а) начало заболевания после длительной физической нагрузки
 - б) поражение проксимальных межфаланговых суставов кистей
 - в) локализация в крупных или дистальных межфаланговых суставах
 - г) первичное изолированное поражение тазобедренных суставов
 - д) нормальная СОЭ
042. Диагностически важным для ревматоидного артрита признаком является
- а) артрит дистальных межфаланговых суставов кистей и стоп
 - б) одновременное поражение суставов одного пальца
 - в) диффузный отек пальцев рук или ног в виде "сардельки"
 - г) сенсорная нейропатия
 - д) изменения ногтей (симптом наперстка)
043. Для ревматоидного артрита характерно
- а) 90% больных составляют мужчины
 - б) наличие HLA-B27
 - в) наличие синдесмофитов на рентгенограммах позвоночника
 - г) наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора
044. Все положения, касающиеся лечения ревматоидного артрита правильны, исключая
- а) лечение комплексное
 - б) лечение длительное, в течение многих месяцев и лет
 - в) лечение этапное (стационар, поликлиника, курорт)
 - г) лечение индивидуальное
 - д) лечение радикальное (вызывающее выздоровление)
045. Наиболее важным механизмом, обеспечивающим противовоспалительный, жаропонижающий и анальгетический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов, является
- а) подавление миграции макрофагов
 - б) снижение лизосомальной проницаемости
 - в) уменьшение сосудистой проницаемости
 - г) подавление синтеза простагландинов
 - д) ингибция супероксидных радикалов
046. Из перечисленных положений, касающихся нестероидных противовоспалительных препаратов, неверным является
- а) неспецифичность противовоспалительного действия
 - б) сочетание противовоспалительных, жаропонижающих и анальгетических свойств
 - в) быстрое выведение из организма
 - г) тормозящее влияние на синтез простагландинов
 - д) вызывают ремиссию
047. Из нижеуказанных препаратов только анальгетическими свойствами обладают

- а) индольные производные
- б) салицилаты
- в) фенаматы
- г) производные фенилуксусной кислоты

048. К побочным действиям пиразолоновых производных при длительном их применении относятся

- а) кожные сыпи
- б) ulcerогенный эффект
- в) задержка жидкости
- г) лейкопения
- д) все перечисленное

049. Максимальная доза вольтарена

при III степени активности ювенильного ревматоидного артрита не должна превышать

- а) 75 мг в сутки
- б) 150-200 мг в сутки внутрь
- в) 300 мг в сутки

050. Из перечисленных ниже нестероидных противовоспалительных препаратов меньше побочных действий имеет

- а) аспирин
- б) бутадион
- в) индометацин
- г) вольтарен
- д) пироксикам

051. Противовоспалительным действием обладают все перечисленные препараты, за исключением:

- а) орготеина
- б) бетаметазона
- в) румалона
- г) колхицина
- д) кетопрофена

052. Противовоспалительным действием обладают все перечисленные препараты, за исключением

- а) аспирина
- б) метилпреднизолона
- в) колхицина
- г) анальгина
- д) орготеина

053. Противовоспалительным действием обладают все перечисленные препараты, за исключением

- а) ибупрофена
- б) бутадиона
- в) колхицина
- г) артепарона
- д) орготеина

054. Наиболее важным критерием оценки эффективности базисных препаратов

при лечении ревматоидного артрита является

- а) положительная динамика показателей суставного синдрома
- б) положительная динамика иммунологических показателей
- в) положительная динамика показателей активности ревматоидного процесса
- г) уменьшение выраженности системных проявлений
- д) снижение темпов рентгенологического прогрессирования костных деструкций
- е) улучшение качества жизни

055. Наиболее тяжелыми осложнениями терапии хинолиновыми препаратами являются

- а) гастроэнтерологические нарушения
- б) кожные сыпи
- в) обесцвечивание волос
- г) ретинопатии
- д) миопатии

056. Терапевтический эффект D-пенициллина

в лечении ревматоидного артрита связан со всем нижеперечисленным, кроме

- а) хелатирующего действия
- б) торможения синтеза коллагена
- в) иммунодепрессивного влияния
- г) снижения титра ревматоидного фактора
- д) иммуностимулирующего действия

057. При лечении D-пенициллином побочное действие препарата проявляется чаще

- а) в первые дни лечения
- б) в первый месяц лечения
- в) в период 6-12 мес
- г) после года непрерывного лечения
- д) независимо от сроков лечения

058. При приеме D-пенициллина

в дозе 150-300 мг/сут побочные реакции наблюдаются

- а) у единичных больных
- б) у 2-3% больных
- в) у 10% больных
- г) у 25-30 % больных
- д) более, чем у 30% больных

059. Максимальный лечебный эффект при назначении базисных средств больным с ревматоидным артритом наступает

- а) через 1 мес
- б) через 2 мес
- в) через 3 мес
- г) через 6 мес
- д) через 12 мес

060. Терапевтическое действие базисных препаратов

при лечении ревматоидного артрита проявляется

- а) через 2 нед
- б) через 1 мес
- в) через 2 мес
- г) через 3 мес
- д) через 6 мес

061. В случае II степени активности ювенильного ревматоидного артрита и при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных средств, следует отдать предпочтение

- 1) солям золота
- 2) D-пеницилламину
- 3) метотрексату
- 4) T-активину

062. При лечении ревматоидного артрита меньше побочных эффектов наблюдается при назначении

- а) хлорбутина
- б) хлорохина
- в) циклофосфамида
- г) метотрексата
- д) проспирина

063. В качестве базисного препарата при ревматоидном артрите не используются

- а) золото
- б) хлорохин
- в) D-пеницилламин
- г) метотрексат
- д) антибиотики

064. Циклоспорин влияет преимущественно

- а) на T-хелперы и T-киллеры
- б) T-супрессоры
- в) плазматические клетки
- г) B-лимфоциты
- д) интерлейкин-6

065. Наиболее опасным осложнением циклоспорина является

- а) гипертрихоз
- б) токсическое повреждение почек
- в) гиперплазия десен
- г) артериальная гипертензия
- д) аллергическая реакция

066. Из перечисленных цитостатиков при анемии и лейкопении при ревматоидном артрите можно применять

- а) азатиоприн
- б) циклофосфан
- в) хлорбутин
- г) циклоспорин
- д) метотрексат

067. В основе базисного действия сульфаниламидных препаратов при ревматоидном артрите лежит
- а) антибактериальное действие
 - б) иммунодепрессивное действие
 - в) противовоспалительное действие
 - д) все перечисленное
068. Наиболее частым побочным эффектом сульфасалазина является
- а) кожная сыпь
 - б) тошнота и рвота
 - в) агранулоцитоз
 - г) лихорадка
 - д) изъязвления слизистой оболочки полости рта
069. Два или три базисных препарата одновременно
- а) применяют
 - б) не применяют
070. Глюкокортикостероиды в лечении ревматоидного артрита должны применяться
- а) у всех больных
 - б) при наличии ревматоидного фактора в сыворотке крови
 - в) при признаках поражения почек
 - г) при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов
 - д) при высокой активности ревматоидного процесса
071. При пероральном длительном лечении глюкокортикостероидами поддерживающая суточная доза преднизолона не должна превышать
- а) 5 мг
 - б) 7.5 мг
 - в) 10 мг
 - г) 15 мг
 - д) 20 мг
072. При необходимости проведения длительной терапии глюкокортикостероидами отдается предпочтение
- а) преднизолону
 - б) дексаметазону
 - в) триамсинолону
 - г) бетаметазону
073. Высокие дозы глюкокортикостероидов внутрь следует применять при ревматоидном артрите
- а) с активностью III степени
 - б) с активностью I степени
 - в) с моно- или олигоартритом
 - г) в начальной стадии заболевания без системных проявлений
074. Первоначальной задачей в лечении синдрома Фелти является
- 1) подавление активности суставного синдрома
 - 2) устранение нейтропении

- 3) ликвидация инфекции
- 4) спленэктомия
- а) верно 1, 2
- б) верно 1, 3
- в) верно 2, 4
- г) верно 2, 3
- д) верно 3, 4

075. В целях устранения выраженной нейтропении при синдроме Фелти наиболее целесообразно применять глюкокортикостероиды

- а) в малых дозах внутрь
- б) в средних дозах внутрь
- в) в больших дозах внутрь
- г) в виде пульс-терапии большими дозами метилпреднизолона

076. Введение глюкокортикостероидов внутрь суставов рекомендуется преимущественно

- а) при одновременном приеме внутрь больших доз глюкокортикостероидов
- б) при моно- или олигоартрите с выраженным экссудативным компонентом
- в) при множественном поражении суставов с выраженными экссудативными явлениями
- г) при артралгиях без экссудативных изменений в суставе

077. Осложнениями глюкокортикостероидной терапии, опасными для жизни, являются

- 1) острое желудочно-кишечное кровотечение
- 2) остеопороз
- 3) амилоидоз
- 4) катаракта
- 5) задержка натрия и воды
- а) верно 1, 2
- б) верно 2, 3
- в) верно 3, 4
- г) верно 5
- д) верно 1, 3

078. Из перечисленных ниже препаратов для внутрисуставного введения не применяется

- а) гидрокортизон и глюкокортикостероиды пролонгированного действия
- б) радиоактивное золото
- в) окись осмия
- г) метотрексат
- д) 20% раствор димексида
- е) оротеин

079. Физиотерапевтическое лечение ревматоидного артрита заключается в применении всех перечисленных процедур, кроме

- а) ультрафиолетового облучения
- б) ультразвука
- в) фонофореза гидрокортизона
- г) грязевых и парафиновых аппликаций
- д) лазерного облучения
- е) электрофореза мумие

080. При ревматоидном артрите используются следующие виды реабилитации
- а) медицинская
 - б) психологическая
 - в) социальная
 - г) трудовая
 - д) все перечисленные
081. Показанием к назначению ЛФК при ревматоидном артрите служит
- а) уменьшение воспалительных явлений и болей
 - б) острый воспалительный процесс
 - в) значительное улучшение
 - г) лихорадка
 - д) правильно а) и в)
082. Врач должен осматривать больных ревматоидным артритом, получающих базисные препараты
- а) 1 раз в месяц
 - б) 2 раза в месяц
 - в) 1 раз в 3 месяца
 - г) 1 раз в 6 месяцев
083. Правильными положениями, касающимися установления группы инвалидности, являются
- а) III группа - невозможность выполнять прежнюю работу по специальности у работников физического труда
 - б) II группа - при функциональной недостаточности суставов 2-3 степени, наличии висцеральной патологии
 - в) I группа - у больных, требующих посторонней помощи
 - г) все перечисленное верно
084. Диагноз ювенильного ревматоидного артрита правомочен, если
- а) возраст пациента в момент обращения не достиг 20 лет
 - б) заболевания суставов началось до 16-летнего возраста
 - в) заболевания суставов началось до 14-летнего возраста
085. При лечении ювенильного ревматоидного артрита
- а) соли золота используются редко
 - б) следует по возможности избегать назначения глюкокортикостероидов
 - в) препаратами выбора в начале заболевания при олигоартикулярном варианте являются нестероидные противовоспалительные препараты
 - г) все перечисленное верно
086. В основе классификации ювенильного ревматоидного артрита учтены
- а) серопозитивность или серонегативность по ревматоидному фактору
 - б) число пораженных суставов и наличие системных проявлений
 - в) степень деструкции суставов по рентгенологическим признакам
 - г) поражение позвоночника и, прежде всего, шейного отдела
 - д) правильно а) и б)
087. При ювенильном ревматоидном артрите ревматоидный фактор выявляется
- а) у 15-20% больных
 - б) у 30-40% больных
 - в) более, чем у 40% больных

088. Из перечисленных ниже положений, касающихся ювенильного ревматоидного артрита, неверным является следующее
- а) ревматоидный фактор чаще всего выявляется при полиартикулярном варианте
 - б) олигоартикулярный вариант ассоциируется с положительным антинуклеарным фактором
 - в) системный вариант ассоциируется с положительным антинуклеарным фактором
 - г) олигоартикулярный вариант ассоциируется с антигеном гистосовместимости
089. Для ювенильного ревматоидного артрита не характерно
- а) поражение шейного отдела позвоночника
 - б) развитие синдрома Шегрена
 - в) наличие ревматоидного фактора в высоком титре
 - г) микростомия
090. Наиболее благоприятное течение ювенильного ревматоидного артрита наблюдается
- а) при олигоартикулярном поражении суставов
 - б) при полиартикулярном серопозитивном артрите
 - в) при полиартикулярном серонегативном артрите
 - г) в случае, когда заболевание начинается с системных проявлений
091. При ювенильном ревматоидном артрите не встречается
- а) адгезивный перикардит
 - б) системный амилоидоз
 - в) быстро прогрессирующий гломерулонефрит
 - г) хронический увеит
092. Диагностическими критериями синдрома Стилла являются все перечисленное, кроме
- а) полисерозита
 - б) гепатолиенального синдрома
 - в) макулопапулезной сыпи
 - г) моноцитоза
093. Для полиартикулярного варианта ювенильного ревматоидного артрита не характерно
- а) начало болезни после 10 лет
 - б) преобладание среди заболевших девочек
 - в) раннее вовлечение в патологический процесс позвоночника
 - г) раннее вовлечение в патологический процесс мелких суставов
 - д) отсутствие ревматоидного фактора
094. Наибольшее значение в дифференциальной диагностике ювенильного ревматоидного и туберкулезного артритов имеет
- а) количество пораженных суставов
 - б) эпифизарный остеопороз
 - в) очаги деструкции в кости
 - г) преобладание нейтрофилов в синовиальной жидкости
095. Для эволюции олигоартикулярного варианта ювенильного ревматоидного артрита наименее характерно
- а) относительная доброкачественность суставного синдрома
 - б) возможность развития длительной ремиссии
 - в) инвалидизирующее поражение глаз
 - г) трансформация в системную форму заболевания

096. При лечении ювенильного ревматоидного артрита
- а) лучшим базисным препаратом является метотрексат
 - б) в начальный период заболевания наиболее эффективны нестероидные противовоспалительные средства
 - в) метотрексат не применяется из-за его тератогенного действия
 - г) пеницилламин наименее эффективен при серопозитивности по ревматоидному фактору
 - д) все вышеперечисленное верно
097. При лечении ювенильного ревматоидного артрита глюкокортикостероидами справедливы следующие положения, кроме
- а) у детей наблюдается не меньше побочных эффектов, чем у взрослых
 - б) предпочтительно назначать глюкокортикостероиды ежедневно дробными дозами
 - в) наиболее эффективны при болезни Стилла
 - г) для лечения упорного синовита предпочтительна местная кортикостероидная терапия
098. Признаком, наиболее характерным для болезни Бехтерева у детей, является следующий
- а) в клинической картине преобладает поражение позвоночника
 - б) синдесмофиты встречаются относительно часто
 - в) наблюдается высокая частота периферических артритов
 - г) энтезопатии различных локализаций наблюдаются в 30-40% случаев
099. Признаком, наиболее характерным для псориатического артрита у детей, является следующий
- а) преимущественно развивается у детей старшего возраста
 - б) отмечается множественное поражение суставов
 - в) как правило, ассоциируется с HLA B27
 - г) отсутствует взаимосвязь между течением кожного и суставного синдромов
 - д) все вышеперечисленное верно
100. Признаком, наименее характерным для ювенильного артрита у детей, является следующий
- а) артриту предшествует ярко выраженный энтероколит
 - б) протекает, как правило, с множественным поражением суставов
 - в) часто сопровождается узловой эритемой
 - г) HLA B27 встречается в 50% случаев и более
101. Признаком, не характерным для болезни Рейтера у детей, является
- а) наиболее частой причиной является инфекционная диарея
 - б) цирцинарный баланит с изъязвлениями
 - в) ирит или кератит
 - г) преимущественное поражение суставов стоп
102. К группе серонегативных спондилоартритов относятся все перечисленные, за исключением
- а) артритов при болезни Крона
 - б) псориатического артрита
 - в) ювенильного ревматоидного артрита
 - г) диффузного идиопатического гиперостоза скелета
103. Заподозрить анкилозирующий спондилоартрит позволяют все признаки,

кроме

- а) болей в пояснично-крестцовом отделе позвоночника
- б) скованности в позвоночнике в утренние часы
- в) конъюнктивита
- г) выраженного деструктивного процесса только в суставах стоп

104. Общими признаками заболеваний, входящих в группу серонегативных спондилоартритов, являются все перечисленные, кроме

- а) наличия ревматоидных узелков
- б) язв полости рта, кишечника, гениталий
- в) асимметричного артрита периферических суставов
- г) тенденции к семейной агрегации
- д) преимущественного поражения суставов верхних конечностей

105. Наиболее существенным лабораторным показателем серонегативных спондилоартритов является

- а) увеличение СОЭ
- б) гипергаммаглобулинемия
- в) наличие HLA B27 позитивность
- г) анемия
- д) лейкоцитоз

106. Среди положений, касающихся лейкоцитарного антигена (антиген гистосовместимости) HLA B27, неверным является

- а) часто выявляется при серонегативных спондилоартритах
- б) не встречается у здоровых лиц
- в) является специфическим белком и представлен на мембранах практически всех клеток

107. Крестцово-подвздошные сочленения не поражаются

- а) при болезни Рейтера
- б) при псориатическом артрите
- в) при болезни Бехтерева
- г) при диффузном идиопатическом гиперостозе скелета
- д) при болезни Крона

108. Для группы серонегативных спондилоартритов характерны следующие рентгенологические признаки

- а) односторонний сакроилеит
- б) оссификация связок позвоночника
- в) остеофитоз пяточных костей
- г) поражение реберно-позвонковых и межпозвонковых суставов
- д) все вышеперечисленное верно

109. При серонегативных спондилоартритах изъязвление кожи и слизистых оболочек

- а) возможно
- б) невозможно

110. При серонегативных спондилоартритах поражение кожи и ногтей

- а) возможно
- б) невозможно

111. В этиопатогенезе некоторых спондилоартритов инфекционный фактор
а) имеет значение
б) не имеет значение
112. Наличие 27-го лейкоцитарного антигена (HLA B27) не связывают
а) с более тяжелым поражением позвоночника
б) с острым передним увеитом
в) с аортитом
г) с фиброзом верхушек легких
113. В этиологии болезни Бехтерева предполагается роль
а) шигеллы
б) клебсиеллы
в) кишечной палочки
г) гемолитического стрептококка группы А
д) иерсинии
114. При болезни Бехтерева наблюдаются все перечисленные патоморфологические особенности периферических суставов, кроме
а) синовита пролиферативного типа с плазматизацией и образованием клеточных инфильтратов
б) наличия в синовии "зародышевых" центров
в) прогрессирующей деструкции хряща
г) хондронидной метаплазии суставной капсулы
115. У 17-летнего юноши отмечаются боли и скованность в пояснице, которые возникают после занятий спортом и длятся несколько дней. При осмотре изменений суставов и позвоночника не выявлено. На рентгенограммах позвоночника и крестцово-подвздошных суставов изменений не отмечается.
СОЭ 13 мм/ч. Выявлен HLA B27.
Лечебной тактикой является
а) рентгенологическое исследование толстого кишечника
б) исследование глаз щелевой лампой
в) назначение вольтарена на неделю
г) рекомендация сделать перерыв в занятиях спортом
д) рекомендация наращивать физические нагрузки
116. Поражение позвоночника при болезни Бехтерева чаще начинается
а) с шейного отдела
б) с поясничного отдела
в) с крестцово-подвздошных суставов
г) с грудного отдела
д) с вовлечения в процесс всех отделов позвоночника
117. Для болезни Бехтерева не характерно развитие
а) апикального склероза верхушек легких
б) диффузного гломерулонефрита с почечной недостаточностью
в) аортита
г) атриовентрикулярной блокады
д) аортальной недостаточности

118. Для болезни Бехтерева наиболее характерно
- а) острое начало заболевания
 - б) симметричный артрит периферических суставов
 - в) более частое вовлечение суставов кистей, чем стоп
 - г) наличие энтезопатий
 - д) асимметричный сакроилеит
119. Наиболее характерно для болезни Бехтерева поражение
- а) проксимальных межфаланговых суставов кистей и стоп
 - б) грудино-ключичных сочленений
 - в) лучезапястных суставов
 - г) межпозвонковых суставов
 - д) локтевых суставов
120. В синовиальной жидкости при анкилозирующем спондилоартрите выявляют
- а) число лейкоцитов, не превышающее 5000 в 1 мм³
 - б) снижение вязкости
 - в) большое количество рагоцитов
 - г) выраженную ядерную патологию клеток
 - д) наличие ревматоидного фактора
121. Для болезни Бехтерева характерно
- а) ирит и иридоциклит
 - б) склерит
 - в) конъюнктивит
 - г) блефарит
122. Сакроилеит не встречается
- а) при синдроме Рейтера
 - б) при подагре
 - в) при ювенильном ревматоидном артрите
 - г) при псориазическом артрите
 - д) при ревматоидном артрите
123. Из перечисленных утверждений, касающихся синдесмофитов при болезни Бехтерева, несоответствующими действительности являются
- а) возникают в связи с обызвествлением передней продольной связки позвоночника
 - б) располагаются симметрично
 - в) в редких случаях наблюдается их обратное развитие
 - г) редко выявляются в первые три года от начала болезни
 - д) все вышеуказанное верно
124. Для ранней стадии болезни Бехтерева характерно все перечисленное, кроме
- а) молодого возраста
 - б) механического характера болей в суставах и позвоночнике
 - в) двустороннего коксита
 - г) боли при пальпации крестцово-подвздошных суставов
 - д) положительного симптома Кушелевского
125. Для болезни Бехтерева не характерно

- а) постепенное начало болезни
- б) поражение тазобедренных суставов
- в) ахиллобурсит
- г) кератодермия
- д) иридоциклит

126. Наименее убедительным подтверждением диагноза болезни Бехтерева является

- а) наличие HLA B27
- б) симптом "бамбуковой палки" по данным рентгенологического исследования
- в) двусторонний сакроилеит II стадии и выше
- г) анкилоз крестцово-подвздошных суставов

127. Поражение глаз является одним из критериев диагноза

- а) ревматизма
- б) системной красной волчанки
- в) дерматомиозита
- г) болезни Хортона
- д) болезни Бехтерева

128. Сакроилеит не встречается

- а) при синдроме Рейтера
- б) при псориатическом артрите
- в) при болезни Форестье
- г) при болезни Бехтерева
- д) при неспецифическом язвенном колите

129. При болезни Бехтерева у детей

- а) поражение позвоночника длительное время ограничивается сакроилеитом
- б) нередко наблюдается лимфаденопатия
- в) часто встречается передний увеит
- г) течение периферического артрита доброкачественное

130. У женщин, больных анкилозирующим спондилоартритом, по сравнению с мужчинами чаще

- а) процесс в позвоночнике прогрессирует медленно
- б) поражается шейный отдел позвоночника
- в) заболевание начинается в более позднем возрасте
- г) встречается остеоит лобкового симфиза

131. При лечении болезни Бехтерева невозможно достигнуть

- а) полного излечения
- б) снижения активности заболевания
- в) снижения интенсивности болей
- г) улучшения показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата

132. Из перечисленных средств наиболее эффективен при болезни Бехтерева

- а) пироксикам
- б) сургам
- в) индометацин

133. Базисная терапия болезни Бехтерева проводится
- а) препаратами хинолинового ряда
 - б) солями золота
 - в) сульфасалазином
 - г) D-пеницилламином
134. Больным с болезнью Бехтерева в программе реабилитации необходимо рекомендовать все, кроме
- а) ходить с опорой при поражении коленных и тазобедренных суставов
 - б) спать на жесткой постели без подушки
 - в) укреплять мышцы спины
 - г) совершать длительные пешеходные прогулки на большие расстояния
 - д) заниматься дыхательной гимнастикой
135. Причиной болезни Рейтера может быть инфицирование всеми перечисленными микроорганизмами, кроме
- а) сальмонелл
 - б) хламидий
 - в) гонококков
 - г) трихомонад
 - д) иерсиний
136. Возбудителями реактивных артритов являются все нижеперечисленные микроорганизмы, за исключением
- а) кампилобактера
 - б) пневмококка
 - в) стрептококка
 - г) уреаплазмы
 - д) клебсиеллы
137. Более выраженным артритогенным действием обладает
- а) Sh. flexneri
 - б) Sh. sonnei
138. Для выявления хламидийной инфекции не используется
- а) непрямой флюоресцентный метод обнаружения хламидийных антител
 - б) посев отделяемого уретры на культуру тканей
 - в) обнаружение возбудителя инфекции в клетках уретры или цервикального канала
 - г) посев крови на стерильность
139. Для суставного синдрома при болезни Рейтера характерно следующее, кроме
- а) генерализованный полиартрит
 - б) сосискообразная конфигурация пальцев стоп
 - в) сосискообразная конфигурация пальцев рук
 - г) артрит суставов 1-го пальца стоп
140. Для реактивного артрита характерно
- а) постепенное начало
 - б) развитие заболевания преимущественно у лиц пожилого возраста
 - в) полиартрит в дебюте заболевания
 - г) преимущественное поражение суставов нижних конечностей

д) преимущественное поражение суставов верхних конечностей

131. У мужчины 28 лет имеется моноартрит голеностопного сустава, который длится более 3 месяцев. Перечисленные симптомы позволяют заподозрить болезнь Рейтера, за исключением

- а) цирцинарного баланита
- б) многоформной экссудативной эритемы
- в) изъязвления слизистой оболочки щек
- г) кератодермии

132. Тетрада болезни Рейтера включает все перечисленные ниже симптомы, кроме

- а) кератодермии
- б) уретрита
- в) артрита
- г) двустороннего сакроилеита
- д) конъюнктивита

133. Иерсиниоз, наряду с классическим течением, может протекать по типу перечисленных заболеваний, кроме

- а) острого энтероколита
- б) острого гепатита
- в) парагриппа

134. При болезни Рейтера возможно развитие

- а) тиреоидита Хашимото
- б) миокардита
- в) фиброзирующего альвеолита
- г) мезангио-пролиферативного гломерулонефрита

135. Изменения синовиальной оболочки при болезни Рейтера имеют черты

- а) остеоартроза
- б) инфекционных артритов
- в) анкилозирующего спондилоартрита

136. При болезни Рейтера показатели СОЭ, серомукоида и С-реактивного белка с активностью болезни

- а) коррелируют всегда
- б) коррелируют не всегда

137. Поражение кожи и ее дериватов, а также слизистых оболочек при болезни Рейтера проявляется всеми нижеперечисленными признаками, кроме

- а) афтозного стоматита
- б) ангулярного стоматита
- в) цирцинарного баланита
- г) ониходистрофии

138. При болезни Рейтера атриовентрикулярная блокада

- а) возникает
- б) не возникает

139. При болезни Рейтера рентгенологические изменения

наиболее часто выявляются

- а) в голеностопных суставах
- б) в коленных суставах
- в) в плюснефаланговых и дистальных межфаланговых суставах стоп
- г) суставах пальцев рук

140. Для болезни Рейтера характерно

- а) кератодермия
- б) аннулярная эритема
- в) экссудативная эритема
- г) периорбитальная эритема

141. Дистальные межфаланговые суставы обычно поражаются при

- а) гемофилической артропатии
- б) псевдоподагре
- в) остеоартрозе
- г) ревматоидном артрите
- д) болезни Бехтерева

142. Для болезни Рейтера характерны все перечисленные симптомы, кроме

- а) нарушения внутрисердечной проводимости
- б) ирита
- в) спондилита
- г) поражения ногтей
- д) болезненных язв в полости рта

143. Для постстрептококкового реактивного артрита не характерно

- а) развитие заболевания в течение 1 месяца после перенесенной носоглоточной инфекции
- б) благоприятное течение заболевания
- в) преимущественное поражение крупных суставов
- г) высокие титры противострептококковых антител
- д) миокардит

144. Сакроилеит реже всего встречается при

- а) бруцеллезе
- б) ревматоидном артрите
- в) псориатическом артрите
- г) болезни Бехтерева
- д) реактивном энтерогенном артрите

145. Для гонококкового артрита характерны все перечисленные признаки, кроме

- а) острого воспаления мелких суставов рук и ног
- б) положительного эффекта от лечения пенициллином
- в) раннего развития контрактур и атрофии мышц
- г) ахиллодинии
- д) обнаружения гонококков в синовиальной жидкости

146. Лечение постстрептококкового артрита целесообразно проводить

- а) небольшими дозами пенициллина
- б) делагиллом

- в) пенициллином в первые 10 дней заболевания
- г) с использованием плазмафереза в первые 2 недели заболевания
- д) цитостатиками

147. Наиболее эффективными антибиотиками для лечения иерсиниозного артрита является

- а) тетрациклин
- б) эритромицин
- в) левомицетин
- г) пенициллин
- д) сумамед

148. Для длительного лечения при болезни Рейтера наиболее широко применяется

- а) циклоспорин-А
- б) метотрексат
- в) сульфасалазин
- г) соли золота
- д) D-пеницилламин

149. Частота развития псориатического артрита ассоциируется со следующими положениями, кроме

- а) наличия пустулезного или эритродермического псориаза
- б) поражения ногтевых пластинок
- в) наличия наследственной предрасположенности к псориазу и артриту
- г) длительности течения псориаза
- д) все вышеперечисленное верно

150. В этиопатогенезе псориатического артрита наследственность

- а) имеет значение
- б) не имеет значение

151. На клинические проявления псориатического артрита оказывают влияние HLA-антигены

- а) верно
- б) неверно

152. При псориатическом артрите наблюдается преимущественное изменение содержания

- а) IgA
- б) IgM
- в) IgG
- г) IgE

153. Для поражения костной ткани при псориатическом артрите не характерно

- а) акральные остеолизы
- б) ярко выраженный внутрисуставной остеолиз
- в) анкилоз нескольких суставов одного пальца
- г) очаги остеосклероза
- д) околоуставной остеопороз

154. Вариантами суставного синдрома псориатического артрита

являются нижеперечисленные, за исключением

- а) дистального
- б) остеолитического
- в) моно- и олигоартрического
- г) спондилоартрического
- д) поражения дистальных межфаланговых суставов с костными разрастаниями (узлы Гебердена)

155. Одним из наиболее редких признаков псориатического артрита является

- а) артрит дистальных межфаланговых суставов
- б) симметричный сакроилеит
- в) "сосискообразная" конфигурация пальцев стоп
- г) параартикулярные явления, адекватно отображающие активность артрита
- д) тесная связь с течением кожного синдрома

156. При псориатическом артрите не наблюдается

- а) увеличение содержания иммуноглобулина М
- б) развитие подкожных узелков
- в) выявление ревматоидного фактора в низком титре
- г) предшествующее обострение очаговой носоглоточной инфекции
- д) связь особенностей течения и прогрессирование суставного синдрома с кожными проявлениями

157. Обязательным для псориатического артрита является

- а) эрозивный процесс в дистальных межфаланговых суставах
- б) латентное течение воспалительного процесса в позвоночнике
- в) анкилозирование межпозвонковых суставов
- г) первые признаки заболевания - кожные
- д) наличие воспалительного процесса в суставах и/или позвоночнике

158. Для псориатического артрита наиболее характерно

- а) связь развития аортита и аортального порока сердца с активностью периферического артрита
- б) связь амилоидной нефропатии с характером поражения кожи
- в) ярко выраженная атрофия мышц, прилежащих к пораженным суставам
- г) внутрисуставной остеолит дистальных межфаланговых суставов

159. Для злокачественной формы псориатического артрита не характерно

- а) наличие распространенного вульгарного псориаза
- б) картина псевдосепсиса
- в) лимфаденопатия
- г) крайне тяжелое течение процесса
- д) быстрое снижение массы тела

160. Назначенный для лечения метотрексат

- а) влияет на темпы развития внутрисуставного остеолита
- б) предотвращает обострение псориаза
- в) влияет на системные проявления заболевания
- г) все перечисленное верно

161. Применение хинолиновых производных обосновано при лечении

- а) ревматической полимиалгии

- б) болезни Бехтерева
- в) псориатического артрита
- г) ревматоидного артрита
- д) узелкового периартериита

162. При назначении хинолиновых производных псориаз

- а) обостряется
- б) не обостряется

163. Этиологическим фактором септического артрита не может быть

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) клебсиеллы
- г) протей
- д) вирус гриппа

164. Для гнойного артрита не характерно

- а) лихорадка, озноб
- б) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- в) изменения синовиальной жидкости в виде высокого цитоза, увеличения числа нейтрофилов, мутности, повышенной вязкости
- г) полиартрит
- д) деструкция хряща, кости, выявленные при рентгенологическом исследовании

165. Что из перечисленного ниже не верно для лечения гнойного артрита?

- а) перевод больного в гнойное хирургическое (ортопедическое) отделение
- б) введение пеницилина 12 000 000 - 20 000 000 ЕД внутримышечно или внутривенно
- в) при неэффективности пеницилина назначение цефтриаксона (60-100 мг/сут)
- г) проведение синовэктомии
- д) дренирование суставной полости

166. Для гонорейного артрита не характерно

- а) моно-, олиго- или полиартрит
- б) хронический олигоартрит с развитием пролиферативных изменений в крупных суставах
- в) уретрит
- г) положительная реакция Борде - Жангу
- д) наличие антигена гистосовместимости HLA-B27

167. Туберкулезный артрит развивается в возрасте

- а) 15-30 лет
- б) 30-50 лет
- в) 50-60 лет
- г) 60 лет и старше
- д) всех перечисленных

168. При туберкулезном спондилите отмечаются нижеперечисленные признаки, кроме

- а) болей в позвоночнике
- б) натечных абсцессов
- в) свищей
- г) клиновидной деформации позвонков
- д) кифоза

е) сакроилеита

169. Для туберкулезного артрита характерны перечисленные ниже признаки, за исключением

- а) установления связи с туберкулезом легких или лимфоузлов
- б) моноартрита коленного или тазобедренного сустава
- в) типичных рентгенологических изменений
(ограниченная костная полость, секвестры, выпот в полость сустава, разрушение суставных концов костей)
- г) положительной реакции Манту
- д) результатов биопсии синовиальной оболочки
(обнаружение туберкулезных бугорков)
- е) наличия рагоцитов в синовиальной жидкости

170. Лечение костно-суставного туберкулеза включает следующие мероприятия, кроме

- а) полноценного питания
- б) применения глюкокортикостероидов
- в) применения антитуберкулезных препаратов
- г) иммобилизации пораженной конечности
- д) хирургического вмешательства

171. Что из нижеперечисленного не относится к болезни Лайма?

- а) этиологическим фактором являются спирохеты боррелии
- б) переносчик болезни - иксодовый клещ
- в) болеют преимущественно дети и лица юношеского возраста
- г) заболевание встречается в лесистой местности
- д) заболевание начинается с радикулоневрита

172. Для болезни Лайма не характерно

- а) мигрирующая эритема
- б) артрит, появляющийся через 2 месяца после возникновения эритемы
- в) лимфаденопатия
- г) поражение ЦНС
- д) подкожные узелки

173. Диагностика болезни Лайма основана на всем нижеперечисленном, кроме

- а) клинической картины
- б) выделения культуры к спирохете (иммуноглобулина G)
- в) положительной реакции Вассермана

174. При болезни Лайма применяются все нижеперечисленные препараты, кроме

- а) тетрациклина
- б) пенициллина
- в) эритромицина
- г) нестероидных противовоспалительных препаратов
- д) тактивина

175. Для сифилитического артрита наиболее характерны все перечисленные поражения суставов, за исключением

- а) моноартрита локтевого сустава

- б) моноартрита коленного сустава ("белая опухоль", "саблевидная голень")
- в) моноартрита голеностопного сустава
- г) поражения позвоночника
- д) поражения суставов кистей и стоп

176. Вирусные артриты встречаются

при всех перечисленных ниже заболеваниях, кроме

- а) острого вирусного гепатита
- б) хронического активного гепатита
- в) краснухи
- г) эпидемического паротита
- д) пневмонии

177. Поражение височно-нижнечелюстного сустава

может быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме

- а) подагры
- б) анкилозирующего спондилоартрита
- в) ревматоидного артрита
- г) ювенильного ревматоидного артрита
- д) остеоартроза

178. Подкожные узелки могут встречаться при всех заболеваниях, кроме

- а) ревматизма
- б) ревматоидного артрита
- в) ревматической полимиалгии
- г) бактериального эндокардита
- д) подагры

179. Из перечисленных ниже лабораторных исследований

для выявления причины развития моноартрита наиболее важным является

- а) тест муцинового сгустка
- б) определение глюкозы в синовиальной жидкости
- в) определение комплемента в синовиальной жидкости
- г) микроскопическое исследование синовиальной жидкости

180. Характерным признаком гемофилии является

- а) вторичная подагра
- б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
- в) потеря болевой чувствительности
- г) наличие гомогентизиновой кислоты
- д) компрессионный перелом позвоночника

181. Характерным признаком полицитемии является

- а) вторичная подагра
- б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
- в) потеря болевой чувствительности
- г) наличие гомогентизиновой кислоты
- д) компрессионный перелом позвоночника

182. Характерным признаком остеопороза является

- а) вторичная подагра
- б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов

- в) потеря болевой чувствительности
- г) наличие гомогентизиновой кислоты
- д) компрессионный перелом позвонков

183. Характерным признаком сифилиса является

- а) вторичная подагра
- б) рецидивирующий гонартрит коленных суставов
- в) потеря болевой чувствительности
- г) наличие гомогентизиновой кислоты
- д) компрессионный перелом позвоночника

184. Для пигментного виллезнодулярного синовита не характерно

- а) наличие подкожных узелков в области суставов и сухожилий
- б) разрастание ворсин синовиальной оболочки
- в) преимущественная локализация в коленном суставе
- г) рентгенологически - выявление сакроилеита
- д) геморрагический характер синовиальной жидкости

ЛИХОРАДКИ

1. Главный центр терморегуляции локализуется
 1. в продолговатом мозге
 2. в области моста
 3. в гипоталамусе
 4. в мозжечке
2. Медиатор термоустановочной точки это
 1. серотонин
 2. адреналин
 3. норадреналин
 4. ацетилхолин
3. Установочная точка температурного гомеостаза
 1. 36,6
 2. 37,1
 3. 37,5
 4. 38
4. Установочная точка температурного гомеостаза это
 1. температура тела, при которой в организме уравновешены теплопродукция и теплоотдача
 2. температура гипоталамуса, при которой в организме уравновешены теплопродукция и теплоотдача
 3. в норме равна 37,1°C
 4. в норме равна 36,6°C
5. Циркадный ритм t° тела устанавливается к
 1. 2-3 годам
 2. 5 годам
 3. 1 году
 4. 10 годам
6. В норме разница между t° , измеренной в подмышечной впадине, и ректальной t° составляет
 1. 0,5°C
 2. 0,8-1°C
 3. 1,5°C
 4. 2°C
7. В течение суток минимальная t° тела отмечается
 1. в 5-6 ч утра
 2. в 12 часов
 3. в 17-18 часов
 4. в 21-22 часа
8. В течение суток максимальная t° тела отмечается
 1. в 5-6 ч утра
 2. в 12 часов

3. в 17-18 часов
 4. в 21-22 часа
9. Для понятия "лихорадка" справедливы высказывания:
1. защитно-приспособительная реакция организма
 2. терморегуляция сохраняется
 3. терморегуляция нарушена
 4. установочная точка температурного гомеостаза смещена на более высокий уровень
10. К неинфекционным причинам лихорадки относятся все, кроме
1. опухолевые процессы
 2. иммунопатологические процессы
 3. вакцинация
 4. гипоталамическая дисфункция
11. В чем состоит биологическая целесообразность лихорадочной реакции?
1. ускорение катаболизма "чужого" в очаге
 2. усиление эффекта антибиотикотерапии
 3. активация фагоцитоза
 4. угнетение синтеза цитокинов
12. Какие изменения происходят в органах и системах при лихорадке?
1. угнетение моторной и ферментативной активности ЖКТ, нарушение всасывания
 2. снижение ЧСС на 8-10 в минуту на каждый градус повышения t°
 3. метаболический ацидоз
 4. гипергликемия
13. При повышении t° тела на 1°C частота сердечных сокращений увеличивается
1. на 20 ударов в минуту
 2. на 10-15 ударов в минуту
 3. на 8-10 ударов в минуту
 4. на 3-5 ударов в минуту
14. Правило Либермейстера описывает
1. увеличение ЧСС на 8-10 ударов в минуту при повышении t° на 1°C
 2. уменьшение ЧСС на 8-10 ударов в минуту при повышении t° на 1°C
 3. увеличение ЧД на 8-10 в минуту при повышении t° на 1°C
 4. уменьшение ЧСС на 4-6 в минуту при повышении t° на 1°C
15. Экзогенными пирогенами не являются
1. эндотоксин грам-отрицательных бактерий липоид А
 2. интерлейкин- 1β
 3. экзотоксин стрептококка
 4. интерферон α
16. Субфебрильная лихорадка характеризуется повышением t° тела до
1. 38°C
 2. $36,8^{\circ}\text{C}$
 3. $38,5$
 4. 39°C
17. К умеренно фебрильной температуре тела можно отнести

1. 37,5°
 2. 38,1°
 3. 39,3°
 4. 38,5°
18. Гиперпиретическая температура тела
1. 38,1-39°C
 2. выше 41°C
 3. 39,1°C и выше
 4. 37,5°C и выше
19. Температуру тела, измеренную ректально, считают лихорадкой при повышении ее более
1. 36,8°C
 2. 37°C
 3. 38°C
 4. 38,5°C
20. Возвратный тип температурной кривой характерен для следующих заболеваний
1. туберкулез
 2. ревматизм
 3. малярия
 4. тиреотоксикоз
21. Послабляющий тип температурной кривой характеризуется
1. суточными колебаниями t° более 1°C
 2. суточные колебания t° не превышают 1°C
 3. высокая или умеренно высокая t° тела, суточные колебания различны и незакономерны
 4. чередование лихорадочных приступов (2-7 дней) с периодами апиреksии (1-2 дня)
22. Для какого типа температурной кривой характерно чередование лихорадочных приступов (2-7 дней) с периодами апиреksии (1-2 дня)?
1. атипичной или неправильной
 2. послабляющей
 3. перемежающейся
 4. возвратной
23. "Неправильный" тип температурной кривой это
1. febris intermittens
 2. febris hectica
 3. febris irregularis
 4. febris remittens
24. Экзогенная гипертермия возникает при
1. переливании инородной крови
 2. тепловом ударе
 3. ожогах
 4. чрезмерном укутывании детей
25. Для белой лихорадки характерно
1. горячая кожа
 2. снижение ЧСС
 3. централизация кровообращения

4. децентрализация кровообращения
26. Для понятия "гипертермия" справедливы высказывания:
1. терморегуляция сохраняется
 2. терморегуляция нарушена
 3. установочная точка температурного гомеостаза смещена на более высокий уровень
 4. возникает при несостоятельности механизмов терморегуляции
27. Для понятия "гипертермия" справедливы высказывания:
1. терморегуляция сохраняется
 2. повышение температуры тела, при котором нет перестройки температурного гомеостаза
 3. установочная точка температурного гомеостаза смещена на более высокий уровень
 4. возникает при несостоятельности механизмов терморегуляции
28. К гипертермическим состояниям относятся
1. перегревание
 2. тепловой и солнечный удар
 3. температура тела 39,5°C при пневмонии
 4. повышение температуры тела при укусе змей
29. Гипертермические состояния обычно возникают во всех этих ситуациях, кроме
1. отравление атропином
 2. отравление динитрофенолом
 3. неосложненная ОРВИ
 4. повышение t° при переливании несовместимой крови
30. Оценивая состояние лихорадящего ребенка в возрасте до 2х лет, надо обратить внимание на
1. эмоциональный тонус ребенка
 2. аппетит
 3. цвет и сухость кожных покровов
 4. все ответы верны
31. К нестероидным противовоспалительным препаратам с жаропонижающим эффектом НЕ относится
1. нимесулид
 2. ОКИ
 3. ацетоминофен
 4. димедрол
32. Какие группы препаратов не следует назначать высоко лихорадящему ребенку
1. жаропонижающие средства
 2. сосудосуживающие
 3. сосудорасширяющие
 4. нейрелептики
33. В качестве жаропонижающего средства для детей наиболее предпочтителен
1. аспирин
 2. парацетамол
 3. ибупрофен
 4. бутадиион
34. В качестве жаропонижающего средства для детей наиболее предпочтителен

1. аспирин
 2. нимесулид
 3. ибупрофен
 4. бутадион
35. При назначении аспирина детям существует опасность возникновения
1. синдрома Рейтера
 2. синдрома Рейно
 3. синдрома Рея
 4. не опасен
36. Жаропонижающий эффект от применения парацетамола per os наступает через
1. 5-10 минут
 2. 30 минут – 2 часа
 3. 6-8 часов
 4. не обладает таким эффектом
36. При назначении парацетамола в свечах жаропонижающий эффект ожидается через
1. 10 мин
 2. 30-60 мин
 3. 1,5 часа
 4. 20-30 мин
37. Противопоказанием к назначению парацетамола является
1. альвеолит
 2. патология печени
 3. гемофилия А
 4. острый пиелонефрит
38. Обычная жаропонижающая и болеутоляющая доза парацетамола должна составлять
1. 5 мг/кг в сутки
 2. 10-15 мг/кг в сутки
 3. 10-15 мг/кг на прием
 4. 20 мг/кг на прием
39. Какой из перечисленных препаратов может быть применен при фебрильных судорогах?
1. дифенин
 2. диазепам
 3. димедрол
 4. финлепсин
40. У детей с признаками централизации кровообращения на фоне лихорадки дополнительно к НПВС назначают
1. пипольфен парентерально
 2. анальгин, димедрол
 3. никотиновую кислоту
 4. пенициллин парентерально
41. Основное лечение при тепловом и солнечном ударе включает
1. физическое охлаждение
 2. литическая смесь парентерально
 3. дополнительное питье - глюкозо-солевые растворы

4. антибиотикотерапия
42. Фебрильные судороги развиваются чаще в возрасте
1. старше 7 лет
 2. 10-12 лет
 3. до 1 месяца
 4. 6 мес – 5 лет
43. Какую патологию следует исключить в первую очередь при осмотре пациента с фебрильными судорогами?
1. факотомозы
 2. хромосомные синдромы
 3. аномалии обмена веществ
 4. нейроинфекцию
44. При обследовании детей, перенесших фебрильные судороги, следует исключить
1. факотомозы
 2. опухоли мозга
 3. наследственные аномалии обмена веществ
 4. перинатальные поражения ЦНС
45. Что из перечисленного не является показанием для госпитализации в отделение неврологии при фебрильных судорогах?
1. наличие у ребенка очаговой симптоматики
 2. неосложненные судороги, продолжающиеся менее 15 минут
 3. некупирующиеся антиконвульсантами
 4. продолжающиеся более 15 минут
46. При фебрильных судорогах прогноз неблагоприятен, если они возникли
1. при умеренно фебрильной температуре тела
 2. длились менее 10 минут
 3. возникли у ребенка первого года жизни или у ребенка старше 5 лет
 4. возникли во сне
47. Фебрильные судороги у детей могут быть проявлением
1. эпилепсии
 2. эпилептической реакции
 3. шизофрении
 4. острого пиелонефрита
48. Каковы особенности вакцинации детей, перенесших фебрильные судороги?
1. не ранее чем через 6 мес после приступа – АДС-М, без коклюшного компонента
 2. АКДС не ранее чем через 6 мес после эпизода судорог
 3. вакцинация против полиомиелита не проводится
 4. без существенных особенностей
49. Диспансерное наблюдение детей, перенесших фебрильные судороги, вместе с педиатром осуществляет
1. инфекционист
 2. психиатр
 3. невролог
 4. окулист

50. При обследовании пациента с субфебрилитетом неясной этиологии проводят пробы
1. тест с парацетамолом
 2. аспириновый тест
 3. реакцию Пирке
 4. глюкозотолерантный тест
51. При обследовании пациента с субфебрилитетом неясной этиологии проводят пробы
1. тест с парацетамолом
 2. 3х-часовая 3х-суточная термометрия в 3х точках
 3. реакцию Пирке
 4. глюкозотолерантный тест
52. При обследовании пациента с субфебрилитетом неясной этиологии проводят пробы
1. тест с парацетамолом
 2. бруфеновый тест
 3. реакцию Пирке
 4. измерение t° через час после засыпания
53. Для субфебрилитетов НЕинфекционного генеза характерно
1. положительная аспириновая проба
 2. при повышении t° тела сохраняется нормальная ЧСС
 3. чаще встречается у возбудимых детей, девочек пубертатного возраста
 4. через 1-2 часа после засыпания t° тела нормальная
54. Для субфебрилитетов инфекционного генеза характерно
1. отрицательная аспириновая проба
 2. положительная аспириновая проба
 3. при повышении t° тела повышается ЧСС
 4. через 1-2 часа после засыпания t° тела нормальная
55. Длительный субфебрилитет характерен для следующих заболеваний, кроме
1. хронический пиелонефрит
 2. наследственные коллагенопатии
 3. ревматизм
 4. бактериальный эндокардит
56. Особенности теплообмена у новорожденных
1. более высокая теплоотдача по отношению к теплопродукции, чем у взрослых
 2. резко ограничена способность увеличивать теплоотдачу при перегревании
 3. повышена способность увеличивать теплопродукцию при переохлаждении
 4. типична "белая" лихорадка
57. Особенности теплообмена у новорожденных являются
1. более высокая теплоотдача по отношению к теплопродукции
 2. ограниченная способность увеличивать теплоотдачу при перегревании, а также повышать теплопродукцию при охлаждении
 3. неспособность давать типичную лихорадочную реакцию
 4. все ответы верны
58. Сколько процентов от массы тела составляет бурый жир у доношенных новорожденных?
1. 1%

2. 10%
3. 8%
4. 21%

БОЛЕЗНИ ОБМЕНА

1. Если у ребенка наблюдается потеря имевшихся ранее навыков или регрессия нервно-психического развития, он должен быть обследован на
 1. аминокацидурию
 2. болезни накопления
 3. хромосомные транслокации
 4. тератогенное воздействие во время беременности
2. Болезнь Нимана-Пика наследуется
 1. по аутосомно-рецессивному типу
 2. по аутосомно-доминантному типу
 3. сцепленно с X-хромосомой
 4. сцепленно с Y-хромосомой
3. Накопление какого вещества происходит в РЭС при болезни Нимана-Пика?
 1. глюкоцереброзида
 2. гликосфинголипидов
 3. фукозосодержащих гликосфинголипидов
 3. сфингомиелина
4. Какой признак отсутствует при типе А болезни Нимана-Пика?
 1. поражение нервной системы
 2. гепатоспленомегалия
 3. отсутствие поражения нервной системы
 4. на глазном дне – вишнево-красное пятно
5. Болезнь Нимана-Пика относится к группе
 1. аминокацидопатии
 2. нарушение обмена углеводов
 3. нарушение обмена липидов
 4. хромосомные болезни
6. В основе болезни Гоше лежит дефицит фермента
 1. сфингомиелинидазы
 2. лизосомальной фукоридазы
 3. специфической глюкозидазы
 4. гексозаминидазы
7. Что не характерно для хронического типа болезни Гоше?
 1. нарушения со стороны нервной системы
 2. спленомегалия
 3. боли в трубчатых костях
 4. анемия и тромбоцитопения
8. Инfantильная форма болезни Гоше проявляется
 1. с первых месяцев жизни
 2. сразу после рождения

3. с 1-2 лет
 4. с 5 лет
9. При болезни Гоше происходит накопление
1. глюкоцереброзида в РЭС
 2. накопление сфингомиелина в тканях внутренних органов
 3. накопление фукозосодержащих гликасфинголипидов в тканях внутренних органов
 4. отложение в ЦНС GM-2-ганглиозидов
9. Болезнь Гоше относится к группе
1. аминокислотопатии
 2. нарушение обмена углеводов
 3. нарушение обмена липидов
 4. хромосомные болезни
10. Болезнь Нормана-Ландига относится к группе
1. аминокислотопатий
 2. нарушение обмена углеводов
 3. нарушение обмена липидов
 4. хромосомные болезни
11. С чем следует дифференцировать поражения сердца при болезни Помпе?
1. идиопатический миокардит
 2. инфекционный эндокардит
 3. констриктивный перикардит
 4. митральный стеноз
12. В круг дифференциальной диагностики болезни Помпе входят все заболевания, кроме
1. болезнь Дауна
 2. врожденный гипотиреоз
 3. амиотрофия Верднига-Гофмана
 4. адреногенитальный синдром
13. К какой группе заболеваний относится болезнь Помпе?
1. липидозы
 2. аминокислотопатии
 3. гликогенозы
 4. хромосомные болезни
14. Хабитус ребенка при болезни Гирке характеризуют как
1. "лицо эльфа"
 2. хабитус ребенка с болезнью Марфана
 3. "кукольный"
 4. хабитус ребенка с болезнью Дауна
15. К какой группе заболеваний относится болезнь Гирке?
1. гликогенозы
 2. аминокислотопатии
 3. хромосомные болезни
 4. липидозы
16. Какая проба проводится при диагностике болезни Гирке?

1. с адреналином и глюкагоном
 2. дексаметазоновый тест
 3. аспириновый тест
 4. step-тест
17. При лечении гликогенозов в диетотерапии проводится
1. увеличение количества углеводов, увеличение количества жиров
 2. увеличение количества углеводов, уменьшение количества жиров
 3. уменьшение количества углеводов, уменьшение количества жиров
 4. уменьшение количества углеводов, увеличение количества жиров
18. Какой сахар используют в нагрузочной пробе при болезни Форбса-Кори?
1. галактоза
 2. фруктоза
 3. глюкоза
 4. мальтоза
19. Общее количество незаменимых аминокислот у ребенка старше 3х месяцев жизни
1. 3
 2. 6
 3. 9
 4. 12
 - 5.
20. К незаменимым аминокислотам относятся
1. тирозин
 2. треонин
 3. аланин
 4. триптофан
21. Для врожденных нарушений обмена аминокислот или органических кислот характерны следующие клинические признаки, кроме
1. метаболический ацидоз в раннем возрасте
 2. необычный запах мочи и пота
 3. сонливость, заторможенность, рвота у ребенка раннего возраста
 4. ускоренное физическое развитие детей
22. При нарушении обмена аминокислот основным методом лечения является
1. антибиотикотерапия
 2. диетотерапия
 3. гормональная терапия
 4. препараты ферментов
23. Желтуха при галактоземии
1. возникает на первом месяце жизни, за счет неконъюгированного билирубина
 2. сопровождается увеличением печени
 3. сопровождается увеличением селезенки
 4. отмечается ахолия стула
24. Фенилкетонурия – заболевание, при котором нарушается обмен
1. углеводов
 2. аминокислот

3. белков
 4. жиров
25. К какой группе заболеваний относится фенилкетонурия?
1. аутосомно-рецессивные заболевания
 2. многофакторные заболевания
 3. синдромы делеции хромосом
 4. заболевания, сцепленные с полом
26. Тип наследования при фенилкетонурии
1. аутосомно-доминантный
 2. аутосомно-рецессивный
 3. сцепленный с полом
 4. сцепленный с X-хромосомой
27. Какие симптомы не характерны для фенилкетонурии?
1. артериальная гипотония
 2. депигментация кожи
 3. нарушения интеллекта
 4. артропатии
28. Для диагностики какой ферментопатии проводят скрининг всем детям в первые дни жизни?
1. тирозинемия
 2. фенилкетонурия
 3. алкаптонурия
 4. галактоземия
29. Для клинической картины фенилкетонурии характерно
1. судорожный синдром
 2. "мышинный" запах мочи
 3. потливость
 4. акроцианоз
- Какие смеси можно применять у пациентов, страдающих фенилкетонурией?
1. белковый гидролизат
 2. Барлафен
 3. Гипофенат
 4. Миндальное молоко
30. Какие молочные смеси не применяют у больных фенилкетонурией?
1. Афенилак
 2. Тетрафен
 3. Фрисолак
 4. Фенил-фри
31. Какую смесь можно использовать у пациентов, страдающих фенилкетонурией?
1. Нутрилон-омнео
 2. Фрисопре
 3. Фенил-фри
 4. только грудное молоко матери

32. Возможно ли вскармливание грудным молоком матери ребенка, страдающего фенилкетонурией?
1. да
 2. нет
 3. только сцеженным
 4. только донорским
33. Что является наиболее важным условием сохранения интеллекта пациента, страдающего фенилкетонурией?
1. развивающие игры
 2. витаминотерапия
 3. строгая своевременно назначенная диета
 4. исключительно грудное вскармливание
34. Возможно ли восстановление интеллекта ребенка, страдающего фенилкетонурией, при постановке диагноза и назначении лечения в конце первого года жизни?
1. да, при назначении строгой диеты
 2. да, при назначении комплексного лечения
 3. нет, никогда
 4. да, всегда
35. Какое из нижеследующих утверждений справедливо для фенилкетонурии?
1. аутосомно-доминантное заболевание
 2. один из распространенных признаков – гиперпигментация
 3. раннее назначение диеты (на первом месяце жизни) позволяет избежать задержки умственного развития
 4. часто сочетание с ВПС
36. Для острой формы тирозинемии характерны все симптомы, кроме
1. гипотрофия
 2. гипогликемия
 3. гепатомегалия
 4. образование мочевых камней
37. Основным проявлением цистинурии является
1. гепатомегалия
 2. образование мочевых камней
 3. поражение ЦНС
 4. характерный запах мочи типа кленового сиропа
38. Для гомоцистинурии не характерно поражение
1. глаз
 2. сосудов
 3. ЦНС
 4. ЖКТ
39. Алкаптонурия характеризуется следующими симптомами, кроме
1. пигментация хрящей и соединительной ткани
 2. суставные симптомы
 3. неврологические нарушения
 4. потемнение мочи

40. Суставные симптомы при алкаптонурии развиваются
1. в первые дни жизни
 2. к 1 году
 3. после 3-5 лет
 4. в 30-40 лет
41. Тип наследования при болезни Хартнапа
1. аутосомно-рецессивный
 2. аутосомно-доминантный
 3. рецессивный, сцепленный с полом
 4. доминантный, сцепленный с X-хромосомой
42. Для клинических проявлений нарушений обмена триптофана характерно
1. поражение глаз и изменения скелета
 2. поражение почек и умственная отсталость
 3. психоневротические нарушения и кожные поражения
 4. сочетание поражения печени и ЦНС
43. Для синдрома Кнаппе-Комровера характерно все, кроме
1. судорожный синдром
 2. бронхиальная астма
 3. уртикарии, экзема
 4. глаукома
44. Сроки манифестации гистидинемии
1. от первых дней жизни до 16 лет
 2. после 5 лет
 3. с 20 до 40 лет
 4. любое
45. В диагностике гистидинурии может быть использовано все, кроме
1. проведение пероральной нагрузки гистидином
 2. определение уровня гистидина в сыворотке крови
 3. определение активности гистидиназы в культуре клеток амниотической жидкости
 4. тест Феллинга
46. Наилучшим продуктом для вскармливания детей, больных гистидинемией, на первом году жизни является
1. женское молоко
 2. козье молоко
 3. соевое молоко
 4. молоко кобылы
47. Принципы диетотерапии пациента, страдающего гистидинемией
1. отмена грудного вскармливания
 2. длительное грудное вскармливание
 3. прикорм овощной, в обычные сроки
 4. исключить продукты с высоким содержанием гистидина (мясо, рыба, яйца, творог, сыр, горох, пшеничка)

48. У ребенка признаки умственной отсталости. Ему показано выполнение всех перечисленных исследований, кроме
1. исследования хромосом
 2. анализа мочи на возможную аминокацидурию
 3. анализа сыворотки крови на АФП
 4. генеалогического исследования
49. У доношенного трехдневного ребенка внезапно появляется раздражительность, многократная рвота и двукратно кровавый стул. Объективное обследование особых изменений не выявило. Лейкоцитоз $15 \cdot 10^9 / \text{л}$, Н – 30%, Л – 50%, М – 5%. Все перечисленные мероприятия необходимы для обследования и назначения лечения, кроме
1. рентгенологическое обследование брюшной полости для выявления возможного незавершенного поворота кишечника
 2. ректосигмоскопии и биопсии прямой кишки для исключения возможного аллергического энтероколита
 3. ограничения лактозы в диете из-за возможного нарушения всасывания ее в кишечнике
 4. посева кала для исключения инфекционной природы гематокрита

ИДС

1. Какой из следующих тестов наиболее достоверно свидетельствует о дефиците Т-клеток?
 1. пролиферация лимфоцитов в ответ на стимуляцию а/г и митогенами
 2. кожные пробы ГЗТ с а/г, действовавшими на организм ранее
 3. определение общей гемолитической активности комплемента
 4. нитротетразолиевый тест
2. Немедленные реакции гиперчувствительности I типа опосредованы
 1. СЗ
 2. IgE
 3. Нейтрофилами
 4. Плазматическими клетками
3. При каком типе реакции гиперчувствительности происходит высвобождение медиаторов из тучных клеток вследствие связывания а/г и IgE?
 1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
4. При каком типе реакции гиперчувствительности происходят замедленные кожные реакции на введение микобактерий или Candida?
 1. I
 2. II
 3. III
 4. IV
5. При каком типе реакции гиперчувствительности происходит аутоиммунный гемолиз эритроцитов?
 1. I
 2. II

3. III
4. IV
6. При каком типе реакции гиперчувствительности происходит воспаление клубочков почки вследствие отложения иммунных комплексов, образованных а/г и а/т?
1. I
2. II
3. III
4. IV
7. Какой инфекции наиболее подвержен пациент с Т-клеточным иммунодефицитом?
1. вирусная инфекция
2. инфекция, вызванная высоковирулентными видами бактерий
3. обе инфекции
4. ни одна из инфекций
8. Какой инфекции наиболее подвержен пациент с ОВИД (общим варибельным иммунодефицитом)?
1. вирусная инфекция
2. инфекция, вызванная высоковирулентными видами бактерий
3. обе инфекции
4. ни одна из инфекций
9. Какой инфекции наиболее подвержен пациент с хроническим гранулематозом?
1. вирусная инфекция
2. инфекция, вызванная высоковирулентными видами бактерий
3. обе инфекции
4. ни одна из инфекций
10. Какой инфекции наиболее подвержен пациент с ТКИД?
1. вирусная инфекция
2. инфекция, вызванная высоковирулентными видами бактерий
3. обе инфекции
4. ни одна из инфекций
11. Укажите, какие лабораторные изменения характерны и какие представляют наибольшую диагностическую ценность для болезни Брутона.
1. количество тромбоцитов и их морфология
2. определение уровня кальция в сыворотке крови
3. количественное определение Ig в сыворотке крови
4. проточная цитометрия
12. Укажите, какие лабораторные изменения характерны и какие представляют наибольшую диагностическую ценность для синдрома Ди Джорджи.
1. количество тромбоцитов и их морфология
2. определение уровня кальция в сыворотке крови
3. количественное определение Ig в сыворотке крови
4. проточная цитометрия

13. Укажите, какие лабораторные изменения характерны и какие представляют наибольшую диагностическую ценность для синдрома Вискота-Олдрича.
1. количество тромбоцитов и их морфология
 2. определение уровня кальция в сыворотке крови
 3. количественное определение Ig в сыворотке крови
 4. проточная цитометрия
14. Укажите, какие лабораторные изменения характерны и какие представляют наибольшую диагностическую ценность для хронической гранулематозной болезни.
1. количество тромбоцитов и их морфология
 2. определение уровня кальция в сыворотке крови
 3. количественное определение Ig в сыворотке крови
 4. тест с нитросиним тетразолием
15. Укажите, какие лабораторные изменения характерны и какие представляют наибольшую диагностическую ценность при нарушении адгезивных свойств лейкоцитов.
1. количество тромбоцитов и их морфология
 2. определение уровня кальция в сыворотке крови
 3. количественное определение Ig в сыворотке крови
 4. проточная цитометрия
16. Укажите наиболее вероятное нарушение иммунитета, лежащее в основе СПИД.
1. В-клеточная иммунная недостаточность
 2. Т-клеточная иммунная недостаточность
 3. Недостаточность Т-клеток и патологические изменения В-клеток
 4. Недостаточность компонентов системы комплемента
17. Укажите наиболее вероятное нарушение иммунитета, лежащее в основе рецидивирующей инфекции, вызванной бактериями вида *Mycobacterium*.
1. В-клеточная иммунная недостаточность
 2. Т-клеточная иммунная недостаточность
 3. Недостаточность Т-клеток и патологические изменения В-клеток
 4. Недостаточность компонентов системы комплемента
18. Укажите наиболее вероятное нарушение иммунитета, лежащее в основе рецидивирующей инфекции, вызванной *Giardia lamblia*.
1. В-клеточная иммунная недостаточность
 2. Т-клеточная иммунная недостаточность
 3. Недостаточность Т-клеток и патологические изменения В-клеток
 4. Недостаточность компонентов системы комплемента
19. Укажите наиболее вероятное нарушение иммунитета, лежащее в основе рецидивирующей инфекции, вызванной бактериями рода *Neisseria*.
1. В-клеточная иммунная недостаточность
 2. Т-клеточная иммунная недостаточность
 3. Недостаточность Т-клеток и патологические изменения В-клеток
 4. Недостаточность компонентов системы комплемента

20. Способ введения человеческого лейкоцитарного интерферона
1. внутривенно
 2. интраназально
 3. эндолюмбально
 4. внутримышечно
21. Способ введения виферона
1. ректально
 2. внутримышечно
 3. вагинально
 4. внутривенно
22. После какого из данных заболеваний чаще всего развивается вторичный иммунодефицит?
1. токсикоинфекция
 2. корь
 3. гастродуоденит
 4. нефроптоз
23. Какой из препаратов относится к рекомбинантным интерферонам?
1. ферроплекс
 2. клафоран
 3. виферон
 4. чигаин
24. Ребенок в возрасте 2х лет может быть отнесен к группе часто болеющих детей, если число болезненных эпизодов за год составило
1. 2
 2. 1
 3. 6
 4. 3
25. Какое действие оказывают на организм ребенка паразитарные инфекции (гельминтозы, протозоозы)
1. иммуностимулирующее
 2. иммуносупрессивное
 3. не влияют на иммунитет
 4. все ответы не верны
26. Аплазия какого органа имеет место у больных с синдромом Ди Джорджи?
1. щитовидной железы
 2. вилочковой железы
 3. надпочечников
 4. красного костного мозга
27. Какие изменения иммунной системы характерны для синдрома Незелофа?
1. снижение уровня Т- и В- лимфоцитов
 2. снижение уровня Т-лимфоцитов
 3. снижение уровня В-лимфоцитов
 4. снижение уровня Т-лимфоцитов и нормальное количество Ig

28. Недостаточность какого звена иммунитета имеет место при синдроме Ди Джорджи?
1. гуморального
 2. клеточного
 3. системы комплемента
 4. клеточного и гуморального
29. При первичных иммунодефицитах с преимущественной недостаточностью Т-клеточной системы характерно
1. частые диарейные расстройства
 2. концентрация онкологических заболеваний в семье
 3. тяжелые осложнения при иммунизации живыми вирусными вакцинами
 4. задержка психомоторного развития
30. В лечении синдрома Ди Джорджи применяется
1. пересадку костного мозга
 2. трансплантацию тимуса
 3. генная терапия
 4. переливание эритроцитарной массы
31. Для клиники тяжелого комбинированного дефицита (ТКИД) характерно
1. диарея
 2. пневмонит
 3. кандидоз
 4. все перечисленное неверно
32. В терапии тяжелого комбинированного иммунодефицита используют все, кроме
1. пересадки костного мозга
 2. пересадки гена АДА
 3. использования ингибитора АДА
 4. пересадки тимуса
33. С какими врожденными пороками развития наиболее часто сочетается синдром Ди Джорджи?
1. ВПС
 2. патология паращитовидных желез
 3. пороки развития ЦНС
 4. патология лицевого скелета
50. Какие утверждения справедливы по отношению к секреторному IgA молока?
1. концентрация больше в молозиве
 2. устойчив к кипячению
 3. устойчив к действию низкого pH желудочного сока и протеолитических ферментов
 4. устойчив к действию низкого pH желудочного сока

33. Другое название болезни Брутона
1. Х-сцепленная агаммаглобулинемия
 2. атаксия-телеангиэктазия
 3. ТКИД
 4. все неверно
34. Х-сцепленная агаммаглобулинемия характеризуется
1. повышенной концентрацией в крови всех изотипов Ig
 2. сниженной концентрацией в крови всех изотипов Ig
 3. снижением количества Т-лимфоцитов
 4. все перечисленное верно
35. В основе болезни Брутона лежит
1. мутация гена Брутоновской тирозин-киназы
 2. аутоиммунное поражение сосудов
 3. атопическая реакция
 4. трисомия по 13 хромосоме
36. Клинические проявления болезни Брутона включают все, кроме
1. рецидивирующие инфекции
 2. задержка физического развития
 3. агранулоцитоз
 4. стробизм
37. ОВИН – группа синдромов, общим признаком которых является
1. дефект синтеза антител
 2. непереносимость лактозы
 3. дисплазия суставов
 4. склонность к образованию гранулем
38. Клинические проявления ОВИН включают все, кроме
1. злокачественные новообразования ЖКТ
 2. диффузная лимфаденопатия
 3. аутоиммунные заболевания
 4. специфический запах мочи
39. Наиболее частым из идентифицируемых иммунодефицитов является
1. дефицит IgM
 2. дефицит IgG
 3. дефицит IgE
 4. дефицит IgA
40. Транзиторная гипогаммаглобулинемия нивелируется к возрасту

1. 40 лет
 2. 20 лет
 3. 2-4 года
 4. 6-7 лет
41. В типичных случаях при дефиците IgA не наблюдается
1. аутоимунные расстройства
 2. склонность к рецидивирующим синопульмональным инфекциям
 3. аллергические реакции I типа
 4. переломы трубчатых костей
42. Одним из проявлений синдрома Чедиак-Хигаши является
1. экзема
 2. периодонтит
 3. пневмонит
 4. геморрагический синдром
43. Нейтропения, ассоциированная с недостаточностью поджелудочной железы, характерна для
1. синдрома Костмана
 2. синдрома Джоба
 3. синдрома Чедиак-Хигаши
 4. синдрома Швахмана
44. Наследование хронической гранулематозной болезни происходит
1. по аутосомно-доминантному типу
 2. аутосомно-рецессивному типу
 3. X-сцепленно
 4. по аутосомно-рецессивному типу и X-сцепленно
45. При какой патологии происходит уменьшение продолжительности жизни нейтрофилов?
1. синдром ленивых лейкоцитов
 2. циклическая нейтропения
 3. иммунная неонатальная нейтропения
 4. дебют хронической гранулематозной болезни
46. Какая патология наиболее характерна для дефицита C1-ингибитора комплемента?
1. СКВ-синдром
 2. нейссерияльная инфекция
 3. ангионевротический отек
 4. образование множественных гранул
47. Под нейтропенией понимают содержание нейтрофилов в 1мл крови менее
1. 3000
 2. 1500
 3. 2000
 4. 5000

48. Назовите преимущественный тип наследования дефектов системы комплемента
1. аутосомо-доминантный
 2. Х-сцепленный
 3. аутосомно-рецессивный
 4. доминантный сцепленный с полом
49. Какое из перечисленных заболеваний характеризуется генетическим дефектом недостаточности лизосомального аппарата нейтрофилов?
1. недостаточность адгезии лейкоцитов
 2. миелопероксидазная недостаточность
 3. болезнь Чедиака-Хигаши
 4. приобретенная гранулоцитопатия
50. В лечении наследственного ангионевротического отека применяют все перечисленные препараты, кроме
1. андрогены
 2. эстрогены
 3. плазма
 4. антигистаминные препараты
51. Альтернативный путь активации комплемента начинается с
1. C1
 2. C5
 3. C2
 4. C3

МАЛЬАБСОРБЦИИ

1. Всасывание каких нутриентов происходит в подвздошной кишке?
2. аминокислоты
 3. желчные кислоты
 4. витамин B12
 5. витамин Д
2. К ферментной системе тонкой кишки относятся
1. сахараза, мальтаза
 2. амилаза
 3. катепсин
 4. декстриназа
3. Ферменты панкреатического сока
1. пепсин

2. трипсин
3. липаза, лактаза
4. амилаза

4. Гидролиз лактозы преимущественно проходит в области

1. щеточной каймы кишечного эпителия
2. в желудке
3. толстого кишечника
4. просвета тонкой кишки

5. При функциональной недостаточности тонкого кишечника в копрограмме обнаруживаются

1. измененные мышечные волокна
2. жирные кислоты, нейтральные жиры
3. мыла
4. йодофильная флора

6. Оценить резорбтивную функцию кишечника можно с помощью следующих методов:

1. рентгенопленочный тест
2. йодолиполовая проба
3. копрограмма
4. проба на переносимость глицина

7. Состав женского молока

1. Б – 3,2, Ж – 3,3, УВ – 4,5, 65ккал/100 мл
2. Б – 1,15, Ж – 3,5, УВ – 7,5, 69ккал/100мл
3. Б – 2, Ж – 6, УВ – 12, 70ккал/100мл
8. Б – 3,5, Ж – 7,5, УВ – 1,15, 70ккал/кг

8. Какие углеводы не входят в состав женского молока?

1. α -галактоза
2. β -лактоза
3. сахароза
4. фруктоза

9. β -лактоза в тонком кишечнике ребенка

1. расщепляет лактазу
2. стимулирует рост сапрофитной флоры
3. стимулирует синтез витаминов группы В
4. способствует всасыванию витаминов и микроэлементов

10. В течение жизни активность лактазы, как правило

1. повышается
2. снижается

3. не изменяется
 4. периодически изменяется
11. Оптимальный суточный объем жидкости для ребенка первых месяцев жизни
1. 200 мл/кг
 2. 140-150 мл/кг
 3. 50 мл/кг
 4. 80 мл/кг
12. К группе заболеваний ЖКТ с наследственной предрасположенностью относятся:
1. пилороспазм
 2. пилоростеноз
 3. целиакия
 4. экссудативная энтеропатия
13. Наследование муковисцидоза происходит
1. аутосомно-рецессивно
 2. аутосомно-доминантно
 3. сцепленно с X-хромосомой
 4. не наследственное заболевание
14. К какому из типов мальабсорбции по классификации 1977г относится муковисцидоз?
1. энтероцеллюлярная
 2. постцеллюлярная
 3. внутриполостная
 4. все ответы не верны
15. Какой тест может быть использован для диагностики муковисцидоза?
1. водородный
 2. аспириновый
 3. потовая проба
 4. тест Щербакова
16. Какие препараты не используются в комплексном лечении муковисцидоза?
1. НПВС
 2. гепатопротекторы
 3. биопрепараты
 4. антибиотики
17. Каковы принципы диетотерапии при муковисцидозе?
1. снижение калорийности
 2. повышение калорийности
 3. повышение калорийности с ограничением жиров
 4. повышение калорийности без ограничения жиров

18. К частым осложнениям муковисцидоза относятся все нижеперечисленные, кроме
1. легочное сердце
 2. носовые полипы
 3. кровохарканья
 4. умственная отсталость
19. Дисахаридазная недостаточность может быть
1. первичная
 2. вторичная
 3. транзиторная
 4. все ответы верны
20. Среди вариантов дисахаридазной недостаточности различают
1. лактазную
 2. изомальтазную
 3. сахаразную
 4. все ответы верны
21. Наиболее распространенная форма дисахаридазной недостаточности
1. лактазная
 2. изомальтазная
 3. сахаразная
 4. мальтазная
22. Наиболее простыми методами диагностики любого вида дисахаридазной недостаточности является
1. повышение активности печеночных ферментов
 2. снижение pH кала ниже 5,5
 3. биопсия слизистой кишечника
 4. сахар в моче
23. Каков тип наследования при первичной лактазной недостаточности?
1. аутосомно-рецессивный
 2. аутосомно-доминантный
 3. сцепленный с полом
 4. не наследственное заболевание
24. Для клинической картины врожденной лактазной мальабсорбции характерно
1. начало с первых месяцев жизни
 2. начало в конце первого года жизни
 3. дистрофия при кормлении молоком
 4. гипогликемия
25. К клиническим симптомам лактазной недостаточности относят:
1. рвота

2. диарея
 3. лихорадка
 4. задержка внутриутробного оазвития
26. Причинами вторичной лактазной недостаточности могут быть
1. инфекционные энтериты
 2. лекарственный энтерит
 3. радиационный энтерит
 4. все ответы верны
27. Какой из диагностических тестов можно использовать при лактазной недостаточности?
1. кислородный
 2. НР-тест
 3. водородный
 4. азотный
28. При врожденной лактазной недостаточности можно назначать все перечисленные смеси, кроме
1. Алл-110
 2. Низколактозный нутрилон
 3. Омнео
 4. Малыш
29. Какие смеси можно назначить ребенку, страдающему лактазной недостаточностью?
1. сохранять исключительно грудное вскармливание
 2. Малыш, Малютка
 3. соевые смеси (Нутрилон соя)
 4. низко- и безлактозные (Нутрилон низколактозный)
30. Элиминационные диеты назначаются при следующих патологиях
1. атопический дерматит
 2. лактазная недостаточность
 3. целиакия
 4. хронический гастродуоденит
30. Для клинической картины непереносимости сахарозы характерно
1. первые клинические симптомы появляются с введением прикорма
 2. положительный эффект при отмене грудного молока
 3. понос, рвота, гипотрофия
 4. положительный эффект при исключении сахарозы

31. Сахаразо-изомальтазная недостаточность клинически не проявляется при вскармливании ребенка
1. адаптированными смесями
 2. коровьим молоком
 3. грудным молоком
 4. все ответы верны
32. Основные симптомы сахаразо-изомальтазной недостаточности
1. водянистый понос
 2. рвота
 3. кишечные колики
 4. отказ от сладкой пищи
31. Принципы диетотерапии при непереносимости сахарозы:
1. молоко растительного происхождения
 2. исключить продукты, содержащие большое количество сахарозы
 3. введение продуктов с низким содержанием сахарозы
 4. добавление в смеси из коровьего молока глюкозы вместо сахарозы
33. В лечении врожденной дисахаридазной недостаточности наиболее целесообразно применение
1. диетотерапии
 2. сорбентов
 3. иммунодепрессантов
 4. биопрепараты
34. Какое из данных заболеваний не относится к энтероцеллюлярной мальабсорбции с нарушением мембранного пищеварения?
1. дисахаридазная недостаточность
 2. мальабсорбция глюкозы-галактозы
 3. целиакия
 4. мальабсорбция фруктозы
35. . Синонимом термина “целиакия” является
1. глутеновая энтеропатия
 2. аллергическая энтеропатия
 3. дисахаридазная недостаточность
 4. аутоимунная энтеропатия
36. Целиакия – это заболевание, характеризующееся непереносимостью
1. белков
 2. моносахаров
 3. глутена
 4. глюкозы

37. Наследование целиакии происходит
1. по аутосомно-рецессивному типу
 2. по аутосомно-доминантному типу
 3. сцепленно с полом
 4. не наследственное заболевание
38. Одним из основных симптомов целиакии является
1. диарея
 2. полифекалия
 3. запоры
 4. избыточный вес
39. Для клинической картины целиакии характерно
1. значительное снижение массы тела
 2. гипертермия, судороги
 3. поливитаминная недостаточность
 4. псевдоасцит Дельбе
40. В основе лечения целиакии лежит назначение
1. антибиотикотерапии
 2. кортикостероидов
 3. парентеральной регидратации
 4. диеты
41. Принципы диетотерапии при целиакии:
1. аглиадиновая диета
 2. рекомендуются овощи и фрукты
 3. исключается хлеб и сухари
 4. исключаются все злаки и изделия из них
42. В безглютеновой диете возможно использование
1. риса
 2. пшеницы
 3. ячменя
 4. овса
43. При целиакии безглютеновая диета назначается
1. до нормализации серологических реакций
 2. до полового созревания
 3. на 3-5 лет
 4. пожизненно

44. При целиакии из диеты исключается
1. гречневая крупа
 2. кукуруза
 3. макаронные изделия
 4. рыба
45. К какой форме мальабсорбции относится экссудативная энтеропатия?
1. внутриполостная
 2. энтероцеллюлярная с нарушением всасывания
 3. энтероцеллюлярная с нарушением пищеварения и всасывания
 4. постцеллюлярная
46. Причиной развития экссудативной энтеропатии I типа (болезнь Вальдмана) является
1. порок развития лимфатических сосудов кишки
 2. порок развития нервных сплетений кишки
 3. дивертикул Меккеля
 4. синдром Ледда
47. Экссудативная энтеропатия характеризуется повышенной потерей
1. белков
 2. жиров
 3. углеводов
 4. минеральных веществ
48. Экссудативная энтеропатия характеризуется
1. гипопротеинемией, протеинорреей
 2. гиперпротеинемией, протеинурией
 3. гиперпротеинемией, протеинорреей
 4. диспротеинемией, гемолизом
49. Основным клиническим проявлением экссудативной энтеропатии является
1. запоры
 2. отеки
 3. артропатии
 4. поражения кожи
50. Для экссудативной энтеропатии не характерно
1. отеки
 2. частый жидкий стул
 3. геморрагтический синдром
 4. снижение аппетита, рвота

51. Какие изменения гемограммы характерны для экссудативной энтеропатии
1. гипопротеинемия, гипокальциемия
 2. гиперпротеинемия, гиперкальциемия
 3. гипопротеинемия, гиперкальциемия
 4. гиперпротеинемия, гипокальциемия
52. Для клинической картины экссудативной энтеропатии характерно
1. острое начало после 1 года жизни
 2. основные симптомы – псевдонефротические отеки, анорексия, жидкий стул, рвота
 3. задержка физического развития, дистрофия
 4. гипокальциемические судороги
53. Для клинической картины экссудативной энтеропатии характерно
1. выраженные отеки
 2. мышечная гипертония
 3. рвота, понос
 4. дистрофия
54. Дифференциальная диагностика экссудативной энтеропатии проводят с
1. целиакией
 2. пилоростенозом
 3. атрезией кишечника
 4. муковисцидозом
55. При назначении диеты пациенту с экссудативной энтеропатией необходимо
1. увеличить потребление белков
 2. увеличить потребление жиров
 3. увеличить потребление углеводов
 4. все ответы верные
56. При терапии отечного синдрома при экссудативной энтеропатии применяют
1. верошпирон
 2. виферон
 3. метилпреднизолон
 4. пиридоксин
57. Принципы терапии экссудативной энтеропатии:
1. в диете увеличить содержание белка, витаминов
 2. ферменты, липотропные вещества

3. мочегонные
4. анаболические гормоны

58. Какие симптомы характерны для гипогликемического состояния?

1. тремор рук, тахикардия
2. повышенная потливость
3. запах ацетона
4. брадикардия

ГЕМАТОЛОГИЯ

1) Какие нозологические формы анемий встречаются наиболее часто у детей старшего возраста ?

1. железодефицитные анемии (ЖДА)

2. гемолитические анемии
3. врожденные апластические анемии
4. В12 дефицитные анемии
5. анемии, связанные с дефицитом фолиевой кислоты

2) Снижение числа эритроцитов, гемоглобина, цветового показателя встречается при:

1. при железодефицитных анемиях
2. при гемолитических анемиях
3. при при железодефицитных и гемолитических анемиях
4. при В-12 дефицитных анемиях
5. при любых анемиях

3) Каковы основные факторы, вызывающие дефицит железа у детей старше 2-х лет?

1. анемия у матери во время беременности
2. внутриутробные инфекции
3. сопутствующие заболевания почек
4. сопутствующие заболевания ЖКТ
5. недостаток поступления и/или избыточные потери железа из организма

4) Критериями диагностики железодефицитных анемий (ЖДА) являются:

1. гипохромная анемия
2. повышение уровня железа сыворотки
3. гипохромная анемия, снижение уровня железа сыворотки, повышение ОЖСС, низкий уровень КНТ
4. снижение уровня гемоглобина
5. снижение уровня ферритина сыворотки, снижение ОЖСС

5) Показаниями к медикаментозному лечению ЖДА являются:

1. Выраженность клинических симптомов
 2. Снижение гемоглобина ниже возрастной нормы
 3. Повышение числа ретикулоцитов
 4. выявление дефицита железа одновременно с синдромом гипохромной анемии
 5. степень тяжести анемии
- 6) Показаниями к заместительной гемотрансфузии при ЖДА являются:
1. уровень гемоглобина ниже 70 г/л
 2. уровень гемоглобина ниже 40 г/л
 3. уровень сывороточного железа менее 50% от возрастной нормы
 4. наличие сопутствующих заболеваний ЖКТ
 5. Тяжелая степень анемии в сочетании с признаками гемической гипоксии
- 7) К патогенетическим видам терапии ЖДА относятся:
1. трансфузия цельной крови
 2. трансфузия эритроцитной массы
 3. назначение витаминов С, В12, фолиевой кислоты
 4. заместительная терапия препаратами железа
 5. диетотерапия
- 8) Контроль эффективности терапии ЖДА проводится по:
1. восстановлению уровня Нв и ферритина до возрастной нормы
 2. приросту уровня Нв не менее 0,5 г/л в сутки
 3. появлению ретикулоцитоза и среднесуточному приросту Нв не менее 1г/л
 4. увеличению числа эритроцитов до нормы
 5. восстановлению цветового показателя
- 9) Критериями анемий, связанных с дефицитом витамина В12 являются:
1. гипохромная анемия с нормальным уровнем железа сыворотки
 2. гиперхромная анемия с мегалобластическим типом кроветворения
 3. нормохромная анемия со снижением уровня В12 в сыворотке крови
 3. гипохромная анемия с повышением уровня В12 в сыворотке крови
- 10) Наиболее частыми причинами возникновения анемий детей старшего возраста, связанных с дефицитом фолиевой кислоты являются:
1. недостаток питания матери
 2. вегетарианская диета ребенка
 3. заболевания ЖКТ у ребенка

4. замена коровьего молока в диете козьим молоком

11) Лимфаденопатии (ЛАП) у детей встречаются :

1. Часто, один из наиболее частых синдромов в педиатрии
2. Редко
3. Не встречаются в детском возрасте

12) У здорового ребенка доступны для определения методом пальпации:

1. 5 групп лимфатических узлов
2. 4 группы лимфатических узлов
3. 3 группы лимфатических узлов
4. 2 группы лимфатических узлов
5. Только подчелюстные лимфоузлы

13) У здорового ребенка могут определяться в норме следующие группы лимфоузлов:

1. Затылочные
2. Подчелюстные
3. Надключичные
4. Бедренные
5. Кубитальные

14) Размеры лимфатических узлов у ребенка в норме не превышают:

1. 0,5см
2. 1см
3. 1,5см
4. 2,0 см
5. 3 см

15) Наиболее частой причиной ЛАП у детей являются:

1. Инфекционные заболевания
2. Опухоли
3. Заболевания соединительной ткани
4. Аллергические реакции
5. Эндокринные заболевания

16) Увеличение надключичных лимфоузлов справа наиболее характерно для:

1. Инфекций носоглотки
2. Патологии легких и средостения
3. Патологических процессов в брюшной полости
4. Патологии малого таза
5. Инфекционных заболеваниях любой локализации

17) Увеличение надключичных лимфоузлов слева наиболее характерно для:

1. Инфекций носоглотки
2. Патологии легких и средостения
3. Патологических процессов в брюшной полости
4. Патологии малого таза
5. Неинфекционных ЛАП любой локализации

18) Увеличение затылочных лимфоузлов наиболее часто встречается при:

1. Гриппе

2. Скарлатине
3. Краснухе
4. Псевдотуберкулезе
5. Туляремии

19) Увеличение подчелюстных лимфоузлов наиболее часто встречается при:

1. Ангине
2. Стоматите
3. Фарингите
4. Пневмонии
5. Кишечных инфекциях

20) Увеличение паховых лимфоузлов наиболее часто встречается при:

1. Гриппе
2. Скарлатине
3. Краснухе
4. Псевдотуберкулезе
5. Туляремии

21) Выявить увеличение мезентериальных лимфоузлов можно с помощью:

1. Осмотра
2. Пальпации
3. Перкуссии
4. Аускультации
5. Методов лучевой диагностики

22) Выявить увеличение медиастинальных лимфоузлов можно с помощью:

1. Осмотра
2. Пальпации
3. Аускультации
4. Методов лучевой диагностики

23) Показанием к биопсии лимфатического узла являются:

1. Любое длительное увеличение лимфатических узлов
2. Размеры лимфоузлов более 2,5 см
3. Подозрение на злокачественное заболевание в результате первичного обследования
4. Неэффективная терапия антибиотиками в течении 7 дней
5. Неэффективная терапия антибиотиками в течении месяца

24) Лимфаденопатии могут возникать на фоне использования следующих лекарственных средств:

1. Пенициллина
2. Интерферонов
3. Макролидных антибиотиков
4. Вакцин
5. Витаминов

25) Для болезни Кавасаки характерно

1. Генерализованная лимфаденопатия
2. Острый паховый лимфаденит
3. Увеличение медиастинальных лимфоузлов
4. Увеличение надключичных лимфоузлов

5 Острая негнойная шейная лимфаденопатия

- 26) При хронической гранулематозной болезни ЛАП встречается:
1. Иногда (у 50% пациентов)
 2. Редко
 3. Очень часто (у более 90% больных)
- 27) Увеличение медиастинальных лимфоузлов наиболее часто встречается при:
1. Пороках сердца
 2. Пневмонии
 3. Лейкозе и опухолях
 4. Туберкулезе
 5. Гриппе
- 28) Для острого лимфаденита характерны (при пальпации):
1. Болезненность лимфатических узлов
 2. Безболезненность
 3. Лимфатический узел «горячий»
 4. Лимфатический узел «холодный»
 5. Консистенция мягкая
- 29) Для неинфекционных ЛАП при пальпации характерны:
1. Болезненность лимфатических узлов
 2. Безболезненность
 3. Лимфатический узел «горячий»
 4. Лимфатический узел «холодный»
 5. Консистенция плотная
- 30) Для получения достоверных результатов биопсии лимфатического узла необходимо:
1. Проведение пункционной биопсии лимфатического узла
 2. Выделение любого фрагмента лимфатического узла
 3. Выделение лимфатического узла целиком в капсуле
- 31) Для получения достоверных результатов биопсии лимфатического узла необходимо:
1. Выбрать для биопсии наиболее увеличенный и измененный лимфоузел
 2. Выбрать для биопсии наиболее доступный для биопсии лимфоузел
 3. Выбрать для биопсии любой увеличенный лимфоузел
- 32) Показания к биопсии лимфатических узлов определяются:
1. Лечащим врачом-педиатром
 2. Хирургом
 3. Хирургом и онкологом
 4. Врачом лучевой диагностики
 5. Гематологом
- 33) У здорового ребенка край селезенки может пальпироваться :
1. В период новорожденности
 2. В возрасте до года
 3. До 3-4 лет
 4. До 14 лет
 5. Не пальпируется в норме

- 34) Наиболее часто причиной спленомегалии встречается при :
1. Вегетососудистой дистонии
 2. Дисбактериозе
 3. Инфекционных заболеваниях
 4. Гемолитических анемиях
 5. Сколиозе.
- 35) Гемофилия обусловлена:
1. Генетическим дефицитом или молекулярной аномалией факторов внутреннего пути I фазы свертывания крови;
 2. Генетическим дефицитом или молекулярной аномалией факторов внешнего пути I фазы свертывания крови;
 3. Генетическим дефицитом или молекулярной аномалией факторов III фазы свертывания крови;
 4. Генетическим дефицитом или молекулярной аномалией фактора Виллебранда.
- 36) Для гемофилии характерен тип кровоточивости:
1. Гематомный;
 2. Петехиально-пятнистый;
 3. Смешанный;
 4. Васкулитно-пурпурный;
 5. Микроангиоматозный.
- 37) Снижение уровня IX фактора свертывания крови характерно для:
1. гемофилии А;
 2. гемофилии В;
 3. тромбастении Гланцмана;
 4. синдрома Вискотта-Олдрича;
 5. болезни Виллебранда.
- 38) Для гемофилии характерен тип наследования:
1. Аутосомно-доминантный;
 2. Аутосомно-рецессивный;
 3. Рецессивный, частично сцепленный с полом;
 4. Рецессивный, сцепленный с X-хромосомой;
 5. Любой из перечисленных.
- 39) Распространенность гемофилии А составляет:
1. 1 : 10 000 жителей мужского пола;
 2. 1 : 20 000 жителей мужского пола;
 3. 1 : 30 000 жителей мужского пола;
 4. 1 : 40 000 жителей мужского пола;
 5. 1 : 50 000 жителей мужского пола.
- 40) при гемофилии средней тяжести уровень фактора свертывания снижен до:
1. менее 1%
 2. 1-5 %
 3. 6-10 %
 4. 15-20 %
 5. 30 – 50%.

- 41) Наиболее часто первые проявления гемофилии отмечаются в возрасте:
1. до 6 месяцев;
 2. 6 – 12 месяцев;
 3. 1-1,5 лет;
 4. 3-5 лет;
 5. старше 5 лет.
- 42) Типичными проявлениями гемофилии являются:
1. экхимозы;
 2. «пальпируемая пурпура»;
 3. петехии;
 4. гематомы;
 5. телеангиэктазии.
- 43) Типичными проявлениями гемофилии не являются:
1. гемартрозы;
 2. профузные желудочно-кишечные кровотечения;
 3. гематурия;
 4. внутричерепные кровоизлияния;
 5. метроррагии.
- 44) Особенностью кровотечений при гемофилии является:
1. рецидивирующий характер;
 2. специфическая локализация;
 3. возникновение отсроченно после травмы;
 4. возникновение непосредственно после травмы;
 5. все перечисленное.
- 45) В диагностике гемофилии имеют значение данные о состоянии здоровья:
1. отца больного;
 2. матери больного;
 3. сестер больного;
 4. родственников-мужчин по линии матери;
 5. родственников-мужчин по линии отца.
- 46) Для диагностики гемофилии необходимо выполнение:
1. клинического анализа крови;
 2. биохимического анализа крови;
 3. коагулограммы;
 4. миелограммы;
 5. всего перечисленного.
- 47) При гемофилии А для остановки кровотечения необходимо переливание:
1. эритроцитарной массы;
 2. свежзамороженной плазмы;
 3. тромбоконцентрата;
 4. концентрата VIII фактора;
 5. концентрата IX фактора.
- 48) При гемофилии противопоказано применение:
1. анальгина;
 2. преднизолона;

3. препаратов кальция;
4. антибиотиков пенициллинового ряда;
5. нестероидных противовоспалительных препаратов.

49) Кратность введения концентратов IX фактора при гемофилии В составляет:

1. 1 раз в сутки;
2. 2 раза в сутки;
3. 3 раза в сутки;
4. 4 раза в сутки;
5. 5 раз в сутки.

50) Тяжесть гемофилических артропатий зависит от:

1. своевременности начала лечения свежего гемартроза;
2. тяжести травмы;
3. тяжести гемофилии;
4. наличия ингибиторной формы гемофилии;
5. всего перечисленного.

51) Инструментальные инвазивные исследования у больного гемофилией можно проводить при уровне фактора свертывания:

1. выше 10%;
2. выше 20%;
3. выше 30%;
4. выше 40%;
5. выше 50%.

52) Обеспечение гемостаза при ингибиторной форме гемофилии проводится:

1. введением свежзамороженной плазмы;
2. введением концентратов факторов;
3. введением антиингибиторных препаратов;
4. введением антифибринолитических препаратов.

53) Первичная профилактика гемофилии, детерминированная возрастом, может начинаться у больных гемофилией в возрасте:

1. в возрасте 1-2 лет;
2. в возрасте 2-3 лет;
3. в возрасте 3-4 лет;
4. в возрасте 4-5 лет;
5. в любом возрасте.

54) При внутричерепных кровоизлияниях уровень фактора у больного гемофилией должен быть восполнен до:

1. 20-30%;
2. 40-50%
3. 70-80%
4. 80-100 %

55) Тромбоцитопатия обусловлена:

- а) Генетическим дефицитом или молекулярной аномалией факторов свертывания крови;
 - б) Снижением количества тромбоцитов;
 - в) Качественной неполноценностью тромбоцитов при нормальном их количестве;
 - г) Афибриногенемией;
 - д) Изменениями сосудистой стенки.
- 56) Тромбоцитопатия характеризуется типом кровоточивости:
- 1. гематомным;
 - 2. петехиально-пятнистым;
 - 3. смешанным;
 - 4. васкулитно-пурпурным;
 - 5. микроангиоматозным.
- 57) Причинами наследственных тромбоцитопатий являются:
- 1. нарушение агрегационной функции;
 - 2. нарушение реакции высвобождения;
 - 3. недостаточность пула хранения;
 - 4. нарушение адгезии;
 - 5. все перечисленное.
- 58) Наследственные тромбоцитопатии могут сочетаться:
- 1. с альбинизмом;
 - 2. аномалиями скелета;
 - 3. иммунными нарушениями;
 - 4. дисплазией соединительной ткани;
 - 5. всем перечисленным.
- 59) Самой частой причиной развития приобретенных тромбоцитопатий является:
- 1. гемотранфузионная терапия;
 - 2. ДВС-синдром;
 - 3. прием лекарственных препаратов;
 - 4. гемобластозы;
 - 5. гепатиты
- 60) Лекарственные тромбоцитопатии могут быть обусловлены приемом:
- 1. ацетилсалициловой кислоты;
 - 2. ибупрофена;
 - 3. дипиридамола;
 - 4. никотиновой кислоты;
 - 5. всего перечисленного
- 61) Типичными клиническими проявлениями тромбоцитопатии являются:
- 1. гематомы;
 - 2. экхимозы, петехиальная сыпь;
 - 3. «пальпируемая пурпура»;
 - 4. гемангиомы;
 - 5. телеангиэктазии.
- 62) Типичными клиническими проявлениями тромбоцитопатии не являются:
- 1. носовые кровотечения;
 - 2. маточные кровотечения;

3. луночные кровотечения;
 4. десневые кровотечения;
 5. гемартрозы.
- 63) Наиболее часто первые признаки тромбоцитопатии отмечаются в возрасте:
1. до 1 года;
 2. до 3 лет;
 3. 5-10 лет;
 4. 11-15 лет;
 5. 16-18 лет.
- 64) Наиболее частый тип наследования при тромбоцитопатии:
1. аутосомно-доминантный;
 2. аутосомно-рецессивный;
 3. рецессивный, сцепленный с X-хромосомой;
 4. любой из перечисленных.
- 65) К наследственным тромбоцитопатиям, протекающим с тромбоцитопенией, не относится:
1. аномалия Мея-Хеглина;
 2. синдром Бернара-Сулье;
 3. синдром Вискотта-Олдрича;
 4. ТАР-синдром;
 5. тромбастения Гланцмана.
- 66) Микроформы тромбоцитов характерны для наследственной тромбоцитопатии:
1. синдром Вискотта-Олдрича;
 2. аномалия Мея-Хеглина;
 3. синдром Бернара-Сулье;
 4. болезнь Херцманского-Пудлака;
 5. ТАР-синдром.
- 67) Диагноз тромбоцитопатии может быть верифицирован на основании:
1. наличия кровоточивости по петехиально-пятнистому типу;
 2. положительных эндотелиальных проб;
 3. исследования агрегации тромбоцитов;
 4. исследования адгезии тромбоцитов;
 5. всего перечисленного.
- 68) Для лечения больных тромбоцитопатиями используют:
1. концентраты факторов свертывания крови;
 2. внутривенные иммуноглобулины;
 3. антикоагулянты;
 4. препараты, улучшающие адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов;
 5. все перечисленное
- 69) При проведении гемостатической фитотерапии у больных тромбоцитопатией используют:
1. крапиву;
 2. плоды шиповника;
 3. пастушью сумку;
 4. лист и ягоды земляники;

5. тысячелистник;
6. все перечисленное

70. Количество тромбоцитов в норме составляет:

1. 100-500 x 10.9/л;
2. 120-380 x 10.9/л;
3. 150-400 x 10.9/л;
4. 180-320 x 10.9/л;
5. 200-600 x 10.9/л.

71. Для тромбоцитопенической пурпуры характерно снижение количества тромбоцитов менее

1. 150 x 10.9/л;
2. 120 x 10.9/л;
3. 100 x 10.9/л;
4. 80 x 10.9/л;
5. 50 x 10.9/л

72. Тромбоцитопеническая пурпура характеризуется типом кровоточивости

1. гематомным;
2. петехиально-пятнистым;
3. смешанным;
4. васкулитно-пурпурным;
5. микроангиоматозным.

73. Типичными клиническими проявлениями тромбоцитопенической пурпуры являются

1. гематомы;
2. экхимозы, петехиальная сыпь;
3. «пальпируемая пурпура»;
4. гемангиомы;
5. телеангиэктазии.

74. Типичными клиническими проявлениями тромбоцитопенической пурпуры не являются

1. носовые кровотечения;
2. маточные кровотечения;
3. желудочно-кишечные кровотечения;
4. десневые кровотечения;
5. гемартрозы.

75. Наиболее редким проявлением кровоточивости при тромбоцитопенической пурпуре является

1. носовое кровотечение;
2. десневое кровотечение;
3. маточное кровотечение;
4. кровоизлияние в склеры;
5. внутричерепное кровоизлияние.

76. Причиной развития тромбоцитопении при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре является

1. уменьшение продукции мегакариоцитов в костном мозге;
2. потребление тромбоцитов в агрегатах клеток крови;
3. иммунная деструкция тромбоцитов;

4. все перечисленное
77. Вторичная тромбоцитопеническая пурпура наблюдается при
1. гемобластозах;
 2. ДВС-синдроме;
 - 3) системных заболеваниях соединительной ткани;
 4. синдроме гиперспленизма;
 5. всем перечисленном.
78. Вторичная тромбоцитопеническая пурпура наблюдается при
1. гемолитико-уремическом синдроме;
 2. болезнях накопления;
 3. синдроме Казабаха-Меритта;
 4. мегалобластных анемиях;
 5. всем перечисленном.
79. Вторичная тромбоцитопеническая пурпура наблюдается при
- 1 железodefицитной анемии;
 2. талассемии;
 3. анемии Минковского-Шоффара;
 4. апластической анемии;
 5. острой постгеморрагической анемии.
80. Длительность заболевания при острой (впервые выявленной) идиопатической тромбоцитопенической пурпуре составляет
1. до 3 месяцев;
 2. до 6 месяцев;
 3. до 12 месяцев;
 4. до 18 месяцев.
81. Длительность заболевания при затяжной (персистирующей) идиопатической тромбоцитопенической пурпуре составляет
1. до 3 месяцев;
 2. до 6 месяцев;
 3. до 12 месяцев;
 4. до 18 месяцев.
82. Антитромбоцитарные антитела направлены против гликопротеинов мембраны тромбоцита
1. GP IIb/IIIa;
 2. GP IIb/IX;
 3. GP V;
 4. всех перечисленных.
83. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура клинически характеризуется
1. лихорадкой;
 2. синдромом интоксикации;
 3. пролиферативным синдромом;
 4. геморрагическим синдромом петехиально-пятнистого типа;
 5. анемическим синдромом.
84. В клиническом анализе крови при идиопатической тромбоцитопенической пурпуре отмечается

1. изолированная тромбоцитопения;
 2. анемия, тромбоцитопения;
 3. анемия, лейкопения, тромбоцитопения;
 4. анемия, лейкоцитоз, тромбоцитопения;
 5. лейконейтропения, тромбоцитопения.
85. Для диагностики идиопатической тромбоцитопенической пурпуры необходима
1. гемограмма с ручным подсчетом тромбоцитов и лейкоцитарной формулы;
 2. коагулограмма;
 3. иммунограмма;
 4. протеинограмма;
 5. липидограмма.
86. Для проведения дифференциальной диагностики между первичной и вторичной тромбоцитопенической пурпурой необходима
1. коагулограмма;
 2. иммунограмма;
 3. миелограмма;
 4. протеинограмма;
 5. липидограмма.
87. Для лечения острой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры используют
1. антибактериальную терапию;
 2. антикоагулянты;
 3. препараты факторов свертывания крови;
 4. кортикостероиды;
 5. гемодиализ
88. Для лечения острой идиопатической тромбоцитопенической пурпуры используют
1. внутривенные иммуноглобулины;
 2. свежзамороженную плазму;
 3. препараты кальция;
 4. противовирусные средства;
 5. цитостатики
89. Показанием к экстренной спленэктомии у больного идиопатической тромбоцитопенической пурпурой является
1. количество тромбоцитов менее $10 \times 10^9/\text{л}$;
 2. профузное желудочно-кишечное кровотечение;
 3. геморрагии в области головы и шеи;
 4. внутричерепное кровоизлияние;
 5. метроррагии
90. Пурпура Шенлейна-Геноха характеризуется типом кровоточивости
1. гематомным;
 2. петехиально-пятнистым;
 3. смешанным;
 4. васкулитно-пурпурным;
 5. микроангиоматозным.
- 91 Пурпура Шенлейна-Геноха относится к группе васкулитов с поражением

- 1.мелких сосудов;
 - 2.сосудов среднего диаметра;
 - 3.крупных сосудов;
 - 4.всего перечисленного
92. Поражение сосудистой стенки при пурпуре Шенлейна-Геноха обусловлено
 - 1.антиэндотелиальными антителами;
 - 2.циркулирующими иммунными комплексами;
 - 3.органонеспецифическими антителами;
 - 4.антинейтрофильными цитоплазматическими антителами;
 - 5.нарушением клеточного иммунного ответа и образованием гранулем.
- 93.Пурпура Шенлейна-Геноха не встречается у детей в возрасте
 - 1.первого полугодия жизни;
 - 2.1-3 лет;
 - 3.4-6 лет;
 - 4.7-10 лет;
 - 5.11-18 лет
94. Частота встречаемости пурпуры Шенлейна-Геноха в популяции составляет
 - 1.1 : 1 000 000 детского населения;
 - 2.1 : 500 000 детского населения;
 - 3.1 : 100 000 детского населения;
 - 4.1 : 50 000 детского населения;
 - 5.1 : 10 000 детского населения
95. Для пурпуры Шенлейна-Геноха не характерно поражение
 - 1.артериол
 - 2.артерий
 - 3.венул
 - 4.капилляров
96. В патологический процесс при пурпуре Шенлейна-Геноха не вовлекаются сосуды
 - 1.кожи
 - 2.околосуставных сосудистых сплетений
 - 3.желудочно-кишечного тракта
 - 4.легких
 - 5.почек
97. В составе циркулирующих иммунных комплексов при пурпуре Шенлейна-Геноха наиболее часто выявляют
 - 1.иммуноглобулин М
 - 2.иммуноглобулин А
 - 3.иммуноглобулин Е
 - 4.иммуноглобулин G
98. Клиническим синдромом, выявляемым у всех больных пурпурой Шенлейна-Геноха, является

- 1.кожный геморрагический
- 2.суставной
- 3.абдоминальный
- 4.почечный

99. Кожный геморрагический синдром при пурпуре Шенлейна-Геноха характеризуется

- 1.пятнисто-папулезной геморрагической сыпью
- 2.экхимозами, петехиями
- 3.гематомами
- 4.узловой эритемой
- 5.везикулами с геморрагическим содержимым

100. При пурпуре Шенлейна-Геноха сыпь локализуется на

- 1.волосистой части головы
- 2.лице
- 3.шее
- 4.туловище
- 5.конечностях

101. При пурпуре Шенлейна-Геноха сыпь не локализуется на

- 1.ушных раковинах
- 2.слизистой оболочке полости рта
- 3.конечностях
- 4.передней брюшной стенке
- 5.ягодицах

102. Для пурпуры Шенлейна-Геноха не типично поражение суставов

- 1.голеностопных
- 2.коленных
- 3.локтевых
- 4.лучезапястных
- 5.межфаланговых

103. Длительность суставного синдрома при пурпуре Шенлейна-Геноха составляет

- 1.до 5-7 дней
- 2.до 10 дней
- 3.до 10-14 дней
- 4.до 14-21 дня
- 5.до нескольких месяцев

104. К осложнениям абдоминального синдрома пурпуры Шенлейна-Геноха не относится

- 1.инвагинация
- 2.перфорация стенки кишки
- 3.перитонит
- 4.кишечное кровотечение
- 5.синдром сгущения желчи

105. Наиболее опасны в остром периоде болезни

- 1.рецидивы кожного синдрома

- 2.боли в суставах, ограничение подвижности
- 3.кишечное кровотечение
- 4.гематурия
- 5.ангионевротические отеки

106. Базисными препаратами для лечения пурпуры Шенлейна-Геноха являются

- 1.антикоагулянты, дезагреганты, активаторы фибринолиза
- 2.концентраты факторов свертывания крови
- 3.внутривенные иммуноглобулины
- 4.препараты, улучшающие адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов
- 5.антибиотики

107. Показанием к назначению преднизолона при пурпуре Шенлейна-Геноха является

- 1.суставной синдром
- 2.рецидивирующий кожный синдром
- 3.микрогематурия
- 4.ангионевротический отек
- 5.абдоминальный синдром

108. Диспансерное наблюдение за больными пурпурой Шенлейна-Геноха осуществляет

- 1.участковый педиатр
- 2.гематолог
- 3.нефролог
- 4.гастроэнтеролог
- 5.все указанные специалисты

109. Длительность диспансерного наблюдения за больными пурпурой Шенлейна-Геноха составляет

- 1.2 месяца
- 1.6 месяцев
- 3.12 месяцев
- 4. 3 года
- 5.5 лет

110. О наличии гемолиза свидетельствует

- 1.лейкоцитоз
- 2.тромбоцитоз
- 3.ретикулоцитоз
- 4.ускорение СОЭ

111. Для внутриклеточного гемолиза не характерно

- 1.бледность
- 2.иктеричность
- 3.гепатоспленомегалия
- 4.гемоглобинурия

112. Для внутрисосудистого гемолиза не характерно

- 1.бледность
- 2.иктеричность
- 3.гепатоспленомегалия
- 4.гемоглобинурия

113. Среди наследственных гемолитических анемий чаще всего встречаются
1. мембранопатии
 2. ферментопатии
 3. гемоглобинопатии
114. Для наследственного сфероцитоза характерны
1. структурные или функциональные нарушения белков мембраны эритроцита
 2. нарушения структуры липидов мембраны эритроцита
 3. изменение активности ферментов эритроцитов
 4. аномалии синтеза гемоглобинов
115. При наследственном сфероцитозе наблюдается клиническая триада
1. бледность, иктеричность, отеки
 2. бледность, иктеричность, гепатомегалия
 3. бледность, иктеричность, лимфаденопатия
 4. бледность, иктеричность, спленомегалия
116. Диагностическим критерием наследственного сфероцитоза является
1. повышение минимальной осмотической резистентности эритроцитов
 2. снижение минимальной осмотической резистентности эритроцитов
 3. повышение максимальной осмотической резистентности эритроцитов
 4. снижение максимальной осмотической резистентности эритроцитов
117. Методом выбора в лечении наследственного сфероцитоза является
1. терапия препаратом железа
 2. кортикостероидная терапия
 3. терапия фолиевой кислотой
 4. спленэктомия
118. Наследственные гемолитические анемии, связанные с нарушением активности ферментов эритроцитов, чаще всего обусловлены дефицитом активности
1. Г-6-ФД
 2. Пируваткиназы
 3. Глутатионредуктазы
 4. Фосфофруктокиназы
119. Лекарственными средствами, обязательно вызывающими гемолиз при дефиците Г-6-ФД, являются
1. сульфаниламиды
 2. нитрофураны
 3. противомалярийные препараты
 4. все перечисленное
120. Фавизм связан с употреблением в пищу
1. грибов
 2. зеленого горошка
 3. брюссельской капусты
 4. конских бобов

121. Для диагностики талассемии необходимо выполнение
- 1.осмотической резистентности эритроцитов
 - 2.пробы Кумбса
 - 3.электрофореза гемоглобинов
 - 4.определение ферментов эритроцитов
122. Для диагностики приобретенных гемолитических анемий необходимо выполнение
- 1.осмотической резистентности эритроцитов
 - 2.пробы Кумбса
 - 3.электрофореза гемоглобинов
 - 4.определение ферментов эритроцитов
123. Приобретенная апластическая анемия может быть индуцирована вирусами
- 1.вирусами гепатитов
 - 2.парвовирусом
 - 3.вирусом Эпштейна-Барр
 - 4.всеми перечисленными
124. Наследственная апластическая анемия Блекфена-Даймонда чаще всего диагностируется у детей в возрасте
- 1.до года
 - 2.до трех лет
 - 3.до пяти лет
 - 4.до пятнадцати лет
125. Терапией выбора приобретенных апластических анемий является
- 1.иммуносупрессивная терапия
 - 2.гемопоэтические ростовые факторы
 - 3.трансплантация костного мозга
126. Терапией выбора наследственной апластической анемии Блекфена-Даймонда является
- 1.кортикостероидная терапия
 - 2.гемотрансфузионная терапия
 3. трансплантация костного мозга
127. Для мегалобластных анемий характерны морфологические изменения эритроцитов
1. Макроцитоз
 - 2.базофильная пунктация
 - 3.тельца Жолли
 - 4.кольца Кебота
 - 5.все перечисленное
128. Клинически мегалобластные анемии характеризуются
- 1.анемическим синдромом
 - 2.поражением желудочно-кишечного тракта
 - 3.неврологической симптоматикой
 - 4.всем перечисленным
129. Повышенная потребность в фолиевой кислоте характерна для
- 1.недоношенных детей
 - 2.подростков

3.беременных женщин

4.всех перечисленных

130. Диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) это:

- 1.Врожденная коагулопатия
- 2.Самостоятельная нозологическая форма, имеющая патогномоничные симптомы
- 3.Вторичный синдром, возникающий как следствие разных патологических состояний

131.Для морфологических изменений в органах при ДВС характерны:

1. Васкулит сосудов мелкого и среднего калибра
2. Множественные тромбозы и инфаркты
3. Поражение сосудов среднего и крупного калибра
4. Гранулематозный тип воспаления

132.Для диагностики ДВС используются лабораторные методы:

1. Число тромбоцитов в динамике
2. Морфология эритроцитов (шизоциты)
3. Протромбиновое время (РТ) и аРТТ
4. Продукты деградации фибрина (FSP) и D-димер.
5. Концентрация факторов V, VII, VIII свертывания

133.Выбор терапии уже развившегося ДВС- синдрома зависит:

1. От диагноза основного заболевания
2. От стадии ДВС
3. От возраста ребенка
4. Основным в лечении является назначение гепарина и глюкокортикоидов

134.Прогноз при возникновении ДВС-синдрома у детей:

1. Неблагоприятный для жизни
2. Неблагоприятный для хронизации заболевания
3. Благоприятный в большинстве случаев

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЭКЗАМЕН

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

«Педиатрия» 31.05.02

(наименование и код специальности)

ОПК-6, ОПК-7, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

1. Организация обслуживания новорожденных в род. доме (порядок оказания неонатологической помощи).
2. Понятие о перинатальном и неонатальном периодах. Периоды внутриутробного развития плода.
3. Понятие о перинатальной и неонатальной смертности. Структура заболеваемости и смертности новорожденных детей.
4. Методы антенатальной диагностики состояния плода (инвазивные и неинвазивные).
5. Внутриутробный психологический опыт плода.
6. Психологические особенности диады «мать-новорожденный». Особенности общения с мамой больного ребенка. Стадии переживания «синдрома утраты».
7. Группы риска и группы здоровья новорожденных, факторы риска по тугоухости и глухоте.
8. Вакцинопрофилактика новорожденных в род.доме (против туберкулеза, гепатита В). Сроки, условия вакцинации, противопоказания.
9. Первичный туалет новорожденного. Профилактика инфекционных заболеваний глаз (приказ № 149).
10. Уход за пуповинным остатком, пупочной ранкой, кожным покровом в детском отделении род. дома.
11. Уход за новорожденным дома. Рекомендации по вопросам кормления, купания, уходом за кожным покровом, обработки пупочной ранки; прогулки.
12. Понятие об инициативе «Больница доброжелательного отношения к ребенку».
13. Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ «Охрана, поощрение и поддержка практики грудного вскармливания: особая роль родовспомогательных служб» (10 принципов успешного грудного вскармливания).
14. Преимущества грудного вскармливания. Состав грудного молока. Фазы становления лактации.
15. Вскармливание новорожденных в род.доме. Понятие о раннем прикладывании к груди.
16. Окситоциновый и пролактиновый рефлекс. Признаки правильного прикладывания ребенка к груди.
17. Консультирование по грудному вскармливанию. Навыки «Слушать и узнавать», «Формирования уверенности и оказания поддержки».
18. Адаптация новорожденного к внеутробной жизни. Синдром «только-что родившегося ребенка». Понятие импринтинга.
19. Особенности терморегуляции новорожденных. Профилактика переохлаждения и перегревания.
20. Пограничные состояния новорожденных. Транзиторное кровообращение.
21. Пограничные состояния новорожденных. Физиологическая желтуха.

22. Пограничные состояния новорожденных. Гормональный криз.
23. Пограничные состояния новорожденных. Транзиторная убыль массы.
24. Пограничные состояния кожи новорожденных.
25. Транзиторные состояния со стороны мочевыделительной системы.
26. Транзиторные состояния со стороны желудочно-кишечного тракта.
27. Биоценоз новорожденных. Этапы становления микробиоценоза основных биотопов у новорожденных.
28. Хроническая внутриутробная гипоксия плода. Причины. Патогенез. Диагностика. Возможные последствия для новорожденного ребенка.
29. Понятие о кардиореспираторной депрессии новорожденного. Причины, диагностика.
30. Асфиксия новорожденного. Факторы риска. Патогенез.
31. Оценка степени тяжести асфиксии новорожденного. Принципы диагностики асфиксии. Оценка по шкале Апгар, ее значение.
32. Асфиксия новорожденного. Первичная реанимационная помощь. Приказ МЗ РФ № 372.
33. Адаптация новорожденных, перенесших острую асфиксию в родах. Постгипоксические состояния у новорожденных, церебральная ишемия. Уход, кормление, лечение в остром периоде.
34. Родовая травма. Причины. Классификация. Исходы.
35. Родовая травма. Надчерепные кровоизлияния. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы.
36. Родовая травма. Эпидуральное и субдуральное внутричерепное кровоизлияние. Факторы риска. Клинические проявления при различной локализации кровоизлияния (дифференциальный диагноз). Выхаживание и лечение. Исходы.
37. Интра- и перивентрикулярные кровоизлияния. Этиология, патогенез, клинические проявления.
38. Родовые повреждения спинного мозга. Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
39. Родовые повреждения периферических нервов (парезы и параличи). Факторы риска. Клинические варианты в зависимости от уровня повреждения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Исходы, отдаленные последствия. Профилактика.
40. Задержка внутриутробного развития. Понятие. Причины. Классификация. Клинические проявления. Особенности адаптации детей. Обследование, условия выхаживания, вскармливания. Профилактика.
41. Недоношенный ребенок. Понятие. Причины недонашивания беременности. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Понятие о заболеваниях, обуславливающих возможную инвалидность у недоношенных.
42. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей.
43. Классификация детей с низкой массой при рождении. Особенности течения периода адаптации у маловесных новорожденных. Профилактика нарушений периода адаптации. Понятие о методе «кенгуру».
44. Понятие о трехэтапной системе выхаживания недоношенных детей. Организация режима ухода за недоношенными детьми в род.доме.
45. Организация ухода за недоношенными детьми на втором этапе выхаживания. Показания и противопоказания для перевода недоношенных детей на второй этап выхаживания. Правила выписки детей.
46. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.
47. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных. Этиология, патогенез, клинические проявления. Лечение. Исходы.
48. Особенности физического развития и неврологического статуса недоношенных новорожденных.

49. Внутриутробные инфекции. Цитомегаловирусная инфекция. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы.
50. Внутриутробные инфекции. Токсоплазмоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
51. Внутриутробные инфекции. Листериоз. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Исходы. Профилактика.
52. Синдром дыхательных расстройств (СДР). Понятие. Причины. Патогенез. Клинические проявления. Антенатальная профилактика СДР.
53. Оценка степени тяжести СДР по шкале Сильвермана, Доунса. Постнатальная профилактика, лечение.
54. Гемолитическая болезнь новорожденного. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Консервативное лечение. Осложнения и исходы.
55. Гемолитическая болезнь новорожденного, обусловленная несовместимостью крови матери и плода по резус-антигену. Антенатальная диагностика гемолитической болезни плода и новорожденного. Принципы ante- и постнатальной профилактики. Клинические проявления.
56. Гемолитическая болезнь новорожденного. Операция заменного переливания крови (показания, техника, осложнения).
57. Геморрагическая болезнь новорожденного. Причины, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.
58. Пневмонии новорожденных. Этиология, классификация, патогенез, клинические проявления в зависимости от времени инфицирования.
59. Понятие о нозокомиальных пневмониях. Этиология, группы риска среди новорожденных. Клинические проявления.
60. Пневмонии новорожденных. Обследование, организация ухода, кормления. Принципы лечения.
61. Адипонекроз, склерема, склередема, опрелости. Причины. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
62. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: везикулопустулез, псевдофурункулез. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
63. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: пузырьчатка, эксфолиативный дерматит Риттера. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
64. Инфекционные заболевания кожи и подкожножировой клетчатки у новорожденных: флегмона. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
65. Омфалит у новорожденных. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
66. Мастит новорожденного. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.
67. Судорожный синдром новорожденных. Этиология, клинические проявления. Лечение.
68. Основные принципы инфузионной терапии и парентерального питания новорожденных.
69. Муковисцидоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы.
70. Целиакия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы.
71. Экссудативная энтеропатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы.
72. Дисахаридазная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы.
73. Гипертермический синдром. Этиология. Патогенез. Роль провоспалительных цитокинов в развитии гипертермии. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Выбор современных антипиретических лекарственных средств. Неотложная помощь.

74. Судорожный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь.
75. Врожденная недостаточность лактазы. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
76. Галактоземия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
77. Фруктоземия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
78. Гликогеноз первого типа (болезнь Гирке). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
79. Гликогеноз второго типа (болезнь Помпе). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
80. Мукополисахаридоз первого типа. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
81. Мукополисахаридоз второго типа. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
82. Болезнь Нимана-Пика. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
83. Болезнь Тея-Сакса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
84. Болезнь Гоше. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
85. Болезни Фабри. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
86. Дислипопротемии (гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии). Этиология. Дифференциальный диагноз. Современные возможности терапии дислипопротемий. Течение. Исходы. Прогноз.
87. Фенилкетонурия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
88. Тирозинемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
89. Гомоцистеинемия. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
90. Болезнь Кленового сиропа. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
91. Первичные иммунодефицитные состояния. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные направления в лечении первичных иммунодефицитных состояний. Прогноз.
92. Вторичные иммунодефицитные состояния. Этиология. Патогенез. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Современные взгляды на иммунозаместительную терапию. Прогноз.
93. Болезнь Брутона. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
94. Общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
95. Селективный дефицит IgA. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.

96. Синдром Ди-Джорджи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
97. Тяжелая комбинированная иммунологическая, недостаточность (ТКИН). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
98. Синдром Вискотта-Олдрича. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные методы терапии. Течение. Исходы. Прогноз.
99. Железодефицитные анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к парентеральному назначению препаратов железа. Профилактика. Прогноз.
100. Витаминдефицитные анемии (дефицит В₁₂, фолиевой кислоты). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности эритропоэза в зависимости от дефицита витамина. Лечение. Профилактика. Прогноз.
101. Ферментопатии (дефицит глюкозо-6-фосфат-дегидрогеназы, каталазы, пируваткиназы). Тип наследования. Этиология. Провоцирующие факторы. Патогенез (тип гемолиза). Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время криза. Прогноз.
102. Гемоглобинопатии. Талассемия. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез (неэффективный эритропоэз). Клиника в зависимости от формы талассемии (фенотип и гематологические нарушения). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к трансплантации костного мозга. Пренатальная диагностика. Прогноз.
103. Серповидноклеточная анемия. Этиология. Патогенез. Клиническая картина (ишемические и гематологические проявления). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза.
104. Иммунные гемолитические анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению глюкокортикоидов, цитостатических препаратов, спленэктомии. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Осложнения. Прогноз.
105. Микроангиопатические гемолитические анемии (гемолитико-уремический синдром-ГУС, болезнь Мошковиц). Определение. Этиология (роль вирусной и кишечной инфекции в развитии ГУСа). Предрасполагающие факторы. Патогенез. ДВС-синдром, как проявление микроангиопатических гемолитических анемий. Клиника. Диагностика. Диагностические тесты при болезни Мошковиц. Лечение. Показания к гемодиализу. Осложнения. Прогноз.
106. Апластические анемии. Конституциональные апластические анемии (анемия Фанкони, анемия Блекфана-Даймонда). Тип наследования. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение (показания к трансплантации костного мозга, заместительная терапия). Течение. Осложнения. Прогноз.
107. Приобретенные апластические анемии. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии тяжести. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение (показания к трансплантации костного мозга, иммуносупрессивная терапия). Течение. Осложнения. Прогноз.
108. Лимфоаденопатии, лимфома Ходжкина. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Значение клеток Березовского – Рида – Штернберга. Морфологическая классификация лимфогранулематоза. Стадии лимфогранулематоза. Терапия в зависимости от стадии заболевания (полихимиотерапия, лучевая терапия). Дифференциальный диагноз. Течение. Осложнения. Прогноз.
109. ДВС-синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

110. Сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Синдром малого сердечного выброса (острая сердечная недостаточность). Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
111. Хроническая сердечная недостаточность. Причины развития. Классификация и клиническая картина. Диагностика. Лечение.
112. Неревматические кардиты. Миокардиты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
113. Кардиомиопатии. Классификация. Дилатационная кардиомиопатия. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
114. Гипертрофическая кардиомиопатия. Клинические проявления. Формы. Диагностика. Лечение. Прогноз.
115. Инфекционный эндокардит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Фазы течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика.
116. Болезни перикарда. Частота. Поражения перикарда невоспалительного характера: паразитарные поражения, кисты, опухоли, инородные тела, ранения.
117. Перикардиты. Классификация. Клиника. Условия возникновения тампонады сердца. Диагностика. Показания к диагностической и лечебной пункции полости перикарда. Лечение. Прогнозы.
118. Синдром вегетативной дисфункции. Причины. Возрастные проявления. Особенности течения в подростковом возрасте. Обследование. Дифференциальный диагноз. Терапия.
119. Синкопальные состояния. Классификация. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Стратификация степени риска и профилактика.
120. Артериальная гипертензия. Классификация. Первичные артериальные гипертензии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
121. Вторичные артериальные гипертензии (нефрогенные, церебральные, сосудистые, эндокринные и другие). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Дифференциальный диагноз артериальных гипертензий у детей.
122. Артериальные гипотензии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
123. Аритмии у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Диспансерное наблюдение.
124. Аритмии, обусловленные нарушением функции автоматизма синусового узла. Синусовые тахи – и брадиаритмии. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Прогноз.
125. Аритмии, обусловленные нарушением функции проведения импульса. Блокады (синоатриальная и атриовентрикулярная). Причины. Клинические проявления. Диагностика. ЭКГ-признаки. Лечение. Прогноз.
126. Феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта. Причины формирования синдрома. Терапевтическая тактика.
127. Аритмии, обусловленные нарушением функции возбудимости. Экстрасистолия. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Лечебные мероприятия в зависимости от этиологии.

128. Пароксизмальная тахикардия. Причины. Клинические проявления. Лечебные мероприятия. Купирование приступа. Показания к кардиохирургическим вмешательствам при нарушениях сердечного ритма.
129. Синдром врожденной системной дисплазии соединительной ткани. Причины, патогенез, фенотипические проявления различной степени выраженности. Роль синдрома в патогенезе различных заболеваний.
130. Хронические артриты у детей. Классификация, патогенез, клинические проявления. Пограничные состояния костно-суставной системы. Принципы дифференциальной диагностики. Лечение хронических артритов у детей.
131. Понятие о HLA B-27 ассоциированных артропатиях, терапевтическая тактика, прогноз.
132. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Иммуногенетика ревматоидного артрита. Основные клинические формы. Диагностические критерии ЮРА (клинические, лабораторные, рентгенологические). Современные методы лечения.
133. Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА). Определение. Современные представления об этиопатогенезе. Дифференциальный диагноз с ревматизмом, диффузными заболеваниями соединительной ткани. Современные методы лечения.
134. Системная красная волчанка (СКВ). Этиология. Патогенез. Основные клинические проявления. Диагностические критерии. Специфические лабораторные методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к лечению (пульс-терапия, плазмаферез и другие). Исходы. Прогноз.
135. Дерматомиозит (ДМ). Классификация. Клинико-морфологические особенности. Диагностические критерии. Значение специфических лабораторных исследований, электрофизиологических и морфологических методов диагностики. Лечение. Прогноз.
136. Системная склеродермия. Патогенез. Клинические проявления. Понятие об отграниченной (очаговой) и системной склеродермии. Диагностические критерии. Течение. Лечение. Прогноз.
137. Узелковый периартериит. Полиморфизм клинических проявлений. Артериальная гипертензия. Диагностические критерии узелкового периартериита. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз.
138. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха). Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
139. Аортоартериит (болезнь Такаясу). Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
140. Гранулематоз Вегенера. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
141. Слизисто-кожный синдром (синдром Кавасаки). Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

«Педиатрия» 31.05.02

(наименование и код специальности)

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Задания для самостоятельной работы

Задания для самостоятельной работы включают: вопросы для самоконтроля; написание диагностической сводки по истории болезни; подготовку типовых заданий для самопроверки и другие виды работ.

Контроль качества выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) включает опрос, тесты, оценку диагностической сводки, экзамен.

Выполнение контрольных заданий и иных материалов проводится в соответствии с календарным графиком учебного процесса.

Методические указания по подготовке к самостоятельной работе

Для организации самостоятельного изучения тем (вопросов) дисциплины (модуля) создаются учебно-методические материалы.

Самостоятельная работа студентов обеспечивается следующими условиями:

- наличие и доступность необходимого учебно-методического и справочного материала;
- создание системы регулярного контроля качества выполненной самостоятельной работы;
- консультационная помощь преподавателя.

Методически самостоятельную работу студентов обеспечивают:

- графики самостоятельной работы, содержащие перечень форм и видов аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов, цели и задачи каждого из них;
- сроки выполнения самостоятельной работы и формы контроля над ней;
- методические указания для самостоятельной работы обучающихся, содержащие целевую установку и мотивационную характеристику изучаемых тем, структурно-логические и графологические схемы по изучаемым темам, списки основной и дополнительной литературы для изучения всех тем дисциплины (модуля), вопросы для самоподготовки.

Методические указания разрабатываются для выполнения целевых видов деятельности при подготовке заданий, полученных на занятиях семинарского типа и др.

Методический материал для самостоятельной подготовки представляется в виде литературных источников.

В список учебно-методических материалов для самостоятельной работы обучающихся входит перечень библиотечных ресурсов учебного заведения и других материалов, к которым обучающийся имеет возможность доступа.

Оценка самостоятельной работы обучающихся

Оценка самостоятельной работы – вид контактной внеаудиторной работы преподавателей и обучающихся по образовательной программе дисциплины (модуля). Контроль самостоятельной работы осуществляется преподавателем, ведущим занятия семинарского типа.

Оценка самостоятельной работы учитывается при промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) в период зачетно-экзаменационной сессии.

Виды оценки результатов освоения программы дисциплины:

- текущий контроль,
- экзамен

Текущий контроль

Предназначен для проверки индикаторов достижения компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Проводится в течение семестра по всем видам и разделам учебной дисциплины, охватывающим компетенции, формируемые дисциплиной: опросы, дискуссии, тестирование, доклады, рефераты, диагностические сводки, другие виды самостоятельной и аудиторной работы.

Рабочая программа учебной дисциплины должна содержать описание шкалы количественных оценок с указанием соответствия баллов достигнутому уровню знаний для каждого вида и формы контроля.

В процессе текущего контроля в течение семестра могут проводиться рубежные аттестации.

Текущий контроль знаний студентов, их подготовки к семинарам осуществляется в устной форме на каждом занятии.

Экзамен

Предназначен для определения уровня освоения индикаторов достижения компетенций. Проводится в форме экзамена после освоения обучающимся всех разделов дисциплины «Госпитальная педиатрия» и учитывает результаты обучения по дисциплине по всем видам работы студента на протяжении всего курса.

Время, отведенное для экзамена, указывается в графиках учебного процесса как «Сессия» и относится ко времени самостоятельной работы обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплинам, для которых не предусмотрены аттестационные испытания, может совпадать с расписанием учебного семестра.

Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Госпитальная педиатрия»

Перечень оценочных средств уровня освоения учебной дисциплины и достижения компетенций включает:

- 1) контрольные вопросы;
- 2) задания в тестовой форме;
- 3) ситуационные задачи;
- 4) контрольные задания;
- 5) практические задания.

Системы оценки освоения программы дисциплины

Оценка учебной работы обучающегося может осуществляться 1) по балльно-рейтинговой системе (БРС), которая является накопительной и оценивается суммой баллов, получаемых в процессе обучения по каждому виду деятельности, составляя в совокупности

максимально 100 баллов; 2) по системе оценок ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System* – Европейской системы перевода и накопления кредитов) и 3) в системе оценок, принятых в РФ (по пятибалльной системе, включая зачет).

Соответствие баллов и оценок успеваемости в разных системах

Баллы БРС (%)	Оценки ECTS	Оценки РФ
100–95	A	5+
94–86	B	5
85–69	C	4
68–61	D	3+
60–51	E	3
50–31	Fx	2
30–0	F	Отчисление из вуза
Более 51 балла	Passed	Зачет

Студенты, получившие оценку Fx, зачета не имеют и направляются на повторное обучение. Студенту, не сдавшему экзамен по дисциплине «Госпитальная педиатрия», предоставляется возможность сдавать его повторно (в установленные деканатом сроки).

В традиционной системе оценок, принятых в РФ, критерием является получение оценки по 5-ти балльной системе.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю), в том числе перечень учебной литературы и ресурсов информационно-коммуникационной сети «интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

При изучении дисциплины (модуля) обучающиеся могут использовать материалы лекции, учебника и учебно-методической литературы, интернет-ресурсы.

Темы и правила выполнения диагностических сводок

В процессе прохождения каждого модуля дисциплины «госпитальная педиатрия» каждый студент выполняет диагностическую сводку. Объем диагностической сводки составляет 6-8 рукописных страниц формата А4.

На титульном листе указывается фамилия и инициалы студента, № группы, фамилия и инициалы преподавателя, год. На втором листе должен быть представлен план работы, пункты которого выделяются в тексте диагностической сводки. Текст должен быть напечатан или написан четким почерком на одной стороне листа, с полями. Диагностическая сводка должна включать такие разделы, как жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективный осмотр, лабораторное и инструментальное обследование, обоснование диагноза, диагноз, лечение, прогноз.

В процессе прохождения каждого модуля дисциплины «госпитальная педиатрия» каждым студентом выполняется реферат. Объем курсового реферата составляет 20-25 рукописных страниц формата А4.

На титульном листе указывается тема реферата, фамилия и инициалы студента, № группы, фамилия и инициалы преподавателя, год. На втором листе должен быть представлен план работы, пункты которого выделяются в тексте реферата. Текст должен быть напечатан или написан четким почерком на одной стороне листа, с полями. При цитировании необходимо давать сноску с указанием источника и страницы, откуда взята цитата. В конце обязательно указывается использованная литература (автор, название, место и год издания каждой книги или статьи). Желательно иллюстрировать текст фотографиями или рисунками; запрещается использование иллюстраций, вырезанных из книг.

При выполнении реферата студент может пользоваться читальным залом студенческой библиотеки СПбГПМУ, Российской национальной библиотекой, а также другими библиотека-

ми города. Используемая при подготовке реферата литература не может ограничиваться одной книгой или статьей (не менее 3-4 источников).

Рефераты могут быть посвящены отдельным нозологическим формам, которые рассматриваются в данном модуле (кардиоревматология, неонатология, гематология, раннее детство).

Пример: Синдром Вискота-Олдрича.

В процессе прохождения дисциплины «Госпитальная педиатрия» каждым студентом выполняется устный доклад, посвященный отдельной нозологической форме, которая изучается в данном модуле (кардиоревматология, неонатология, гематология, раннее детство). Регламент – 7-8 минут. Представление доклада в письменном виде необязательно. В докладе необходимо осветить следующие разделы: определение, статистика, этиология, патогенез, клиническая картина, методы обследования, дифференциальный диагноз, лечение, наблюдение в амбулаторно-поликлиническом звене, прогноз, литература. Тема доклада предлагается преподавателем. Литература к докладам имеется в читальном зале студенческой библиотекой СПбГПМУ. Докладчикам рекомендуется обращать внимание не только на содержание, но и на форму выступления (логику, язык, жесты, голос). Чтение «по бумажке» крайне нежелательно.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ЛЕКЦИЙ

1. Тема 1:	Оценка физического и психомоторного развития новорожденных и детей раннего возраста	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель:	сформировать представление о важности оценки физического и психомоторного развития у детей раннего возраста, как показателей здоровья и прогноза на дальнейшее развитие, показать возможные варианты и принципы оценки, варианты интерпретации этих оценок в зависимости от возрастных и гендерных различий.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:	1.1. Актуальность темы на показателях здоровья детей раннего возраста 1.2. Оценка новорожденного (ГВ и постнатальная), ее значимость, шкалы 1.3. Оценка неврологического статуса новорожденного, оценка ПМР детей в постнеонатальном периоде и первых лет жизни, шкалы 1.4. Оценка физического развития новорожденного, шкалы. 1.5. Оценка физического развития в постнеонатальном периоде, значимость роста головы, шкалы 1.6. Примеры	
9. Иллюстрационные материалы:	Презентация	
10. Литература:	см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 2:	Физиологические и психологические аспекты взаимодействия "мать-новорожденный"	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель:	сформировать понятие о перинатальной психологии и важности внимания к новорожденному с его взаимодействия с матерью	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	

8. План лекции, последовательность ее изложения:	
1.1. История развития перинатальной психологии	
1.2. Формирование диады «мать-ребенок». Взаимосвязь.	
1.3. Послеродовый период. Симбиоз «мать-дитя»	
1.4. Развитие психологических функций здорового новорожденного. Постнатальное сенсорное взаимодействие в системе «мать-дитя».	
1.5. «Больной» новорожденный. Темперамент новорожденного	
1.6. Этические проблемы в неонатологии и постнатальном развитии младенца	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 3:	Актуальные проблемы неонатологии
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: сформировать основные представления о перинатальной медицины, современной организации перинатальной и неонатальной службы. Перспективы развития неонатологии, основные проблемы и понятие ятрогении в неонатологии	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения:	
1.1. Краткая история развития неонатологии	
1.2. Перинатальная медицина и ее концепции	
1.3 Организация неонатологической службы и перспективы развития	
1.4. Современные концепции оказания помощи с точки зрения физиологии неонатального периода и концепции зрелости	
1.5. Проблемы ятрогении в неонатологии	
1.6. Клинические рекомендации и протоколы оказания помощи – базовая помощь – как важнейший компонент поддержания здоровья новорожденного	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 4:	Современные подходы к вскармливанию новорожденных
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: Внести вклад в формирование профессиональных компетенций участкового врача-педиатра	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения:	
1.1. История развития взглядов на кормление новорожденных	
1.2. АФО желудочно-кишечного тракта у новорожденных, особенности недоношенных.	
1.3. Энтеральное питание, противопоказания. Грудное вскармливание и его важность, положение ВОЗ о грудном вскармливании,	
1.4. Искусственное вскармливание. Современные требования к смесям, расчеты кормления	
1.5. Основы парентерального питания	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 5:	Патология гемостаза новорожденных
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа

5. Учебная цель: сформировать представление о практическом подходе к новорожденным с кровоточивостью, понятии о расстройствах гемостаза в неонатальном периоде		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Компоненты системы гемостаза и их физиологические особенности в неонатальном периоде		
1.2. Структура геморрагических расстройств в анамнезе матери и их взаимосвязь с неонатальным периодом		
1.3. Классификация геморрагических расстройств у новорожденных		
1.4 Геморрагическая болезнь новорожденного		
1.5. Вторичные причины кровоточивости в неонатальном периоде		
1.6. Неонатальные тромбозы		
9. Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 6:	Внутриутробные инфекции	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о внутриутробных инфекциях, терминологии, АФО иммунной системы новорожденного, понятие TORCH-синдрома и основных возбудителях ВУИ.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Актуальность и основная терминология, частота ВУИ		
1.2. АФО иммунитета новорожденных		
1.3. Группы высокого риска по внутриутробным инфекциям		
1.4. Клиника ВУИ (что определяет?) – пути передачи и основные формы, TORCH-синдром		
1.5. Отдельные нозологические формы		
1.6. Клинические примеры		
9. Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 7:	Эндокринопатии новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление об анатомо-физиологических особенностях (АФО) об эндокринной функции плаценты, формировании эндокринной системы плода и новорожденного, основных заболеваниях желез внутренней секреции		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. АФО желез внутренней секреции, гормональная регуляция раннего неонатального периода		
1.2. Сахарный диабет и беременность, диабетическая фетопатия новорожденных. Сахарный диабет новорожденных		
1.3. Врожденный гипотиреоз		
1.4. Аденогенитальный синдром		
1.5. Актуальность доклинического скрининга новорожденного.		
1.6. Клинические примеры		

9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 8:	Качество жизни недоношенных новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление об анатомо-физиологических особенностях (АФО) недоношенных детей, группы недоношенных в соответствии с современной концепцией зрелости, основные принципы развивающего ухода (выхаживания) с позиций качества жизни недоношенных. Понятия постнатальной и неонатальной заболеваемости недоношенных детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. История развития оказания помощи недоношенным новорожденным		
1.2. Терминология – понятие постконцептуального возраста, оценки зрелости физической и готовности к выписке		
1.3. «Планета» развивающего ухода		
1.4. Температурный режим, питание недоношенных		
1.5. Психологическая поддержка - метод Кенгуру и контакта кожа к коже		
1.6. Лечить или выхаживать?		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 9:	Анатомо-физиологические особенности сердца и сосудов у детей.	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление об анатомо-физиологических особенностях (АФО) сердечно-сосудистой системы детей различных возрастных групп, ЭКГ, вариантах интерпретации результатов последней с акцентуацией на возрастные и гендерные различия. Особенности кровообращения плода и новорожденного.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. АФО сердечно-сосудистой системы у детей различных возрастных групп.		
1.2. Особенности кровообращения плода и новорожденного.		
1.3. Нормальная ЭКГ. Особенности ЭКГ плода и новорожденного, детей грудного возраста.		
1.4. Интерпретации ЭКГ, анализ потенциальных изменений на клинических примерах.		
1.5. Дифференциальная диагностика потенциальных ЭКГ – изменений у детей.		
1.6. Актуальность доклинического скрининга ЭКГ плода, новорожденного.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 10:	Неревматические кардиты	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о неревматических кардитах у детей, этиологии, особенностях патогенеза, предрасполагающих факторах развития неревматических кардитов у детей, классификации по Н. А. Белоконов, особенностях клиники, диагностики, проведении дифференциального диагноза, видах лечения, показаниях к назначению стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, сердечных гликозидов, особенностях		

при лечении сердечной недостаточности, возможных исходах, прогнозе.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7.Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1.Этиология, классификация неревматических кардитов.		
1.2.Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания.		
1.3.Причины жалоб экстракардиального характера. Клиника. Клинические критерии постановки диагноза.		
1.4.Особенности течения первичных и вторичных неревматических кардитов, врожденных и приобретенных, ранних и поздних.		
1.5.Диагностика (лабораторные и инструментальные методы исследований). Алгоритм анализа лабораторных и инструментальных показателей. Причины отсутствия роста флоры. Дифференциальный диагноз.		
1.6.Лечение. Принципы антибактериальной терапии. Показания к применению кортикостероидных препаратов.		
1.7.Исходы неревматических кардитов с акцентом на потенциальные осложнения. Прогноз неревматических кардитов у детей.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 11:		Нарушения ритма сердца у детей
2. Дисциплина:		Госпитальная педиатрия
3. Специальность		31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):		2 часа
5. Учебная цель: формировать представление об аспектах этиологии (функциональных (психогенные и рефлекторные) и органических), классификации нарушений ритма и проводимости сердца (нарушении образования импульса, нарушении проведения импульса, сочетании нарушения ритма и проводимости), особенностях диагностики нарушений ритма и проводимости сердца (показаниях и противопоказаниях к проведению ЭКГ, ЭХО-КГ, суточного ЭКГ – мониторингирования, пробы с физической нагрузкой (стресс-тест), чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца с медикаментозным тестированием, эндокардиального электрофизиологического исследования сердца, эндомиокардиальной биопсии из правых камер сердца), особенностях купирования пароксизмальных нарушений сердечного ритма (медикаментозные и немедикаментозные (рефлекторные пробы) методах, видах лечения нарушений ритма и проводимости сердца (медикаментозным, включая антиаритмическую терапию с обсуждением показаний, противопоказаний, побочных эффектов, проаритмогенных эффектов, рекомендуемых доз препаратов у детей, показаний к оперативному лечению (имплантации электрокардиостимуляторов, радиочастотных воздействий), правилах ведения детей с имплантированными электрокардиостимуляторами.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7.Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Аспекты этиологии (функциональные (психогенные и рефлекторные), органические причины) различных нарушений ритма и проводимости сердца.		
1.2. Классификация нарушений ритма и проводимости сердца (нарушение образования импульса (номотопные (синусовая аритмия, синусовые тахикардии, синусовые брадикардии), гетеротопные нарушения ритма сердца (миграция водителя ритма, экстрасистолы, эктопические непароксизмальные тахикардии, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция – трепетание предсердий, фибрилляция желудочков), нарушение проведения импульса (внутрипредсердные блокады, синоатриальные блокады, АВ блокады (1, 2, 3 степени), блокады ножек пучка Гиса), комбинированные нарушения ритма и проводимости сердца (синдром слабости синусового узла, феномен (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, феномен (синдром короткого интервала PQ, феномен (синдром удлиненного интервала QT (Романо-		

Уорда).

1.3. Разбор потенциальных механизмов аритмий (повышенный автоматизм, «реентри»).

1.4. Особенности диагностики нарушений ритма и проводимости сердца с использованием новых технологий. Обсуждение показаний и противопоказаний к проведению ЭКГ, ЭХО-КГ, суточному ЭКГ – мониторингованию, пробы с физической нагрузкой (велозергометрии, тредмила, стресс-теста), чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца с медикаментозным тестированием, эндокардиального электрофизиологического исследования сердца, эндомиокардиальной биопсии из правых камер сердца, сцинтиграфии миокарда, МРТ сердца).

1.5. Особенности купирования пароксизмальных нарушений сердечного ритма (медикаментозные и немедикаментозные (рефлекторные пробы, электростимуляция) методы.

1.6. Анализ потенциальных осложнений нарушений ритма и проводимости сердца у детей.

1.7. Виды лечения нарушений ритма и проводимости сердца (медикаментозным, включая антиаритмическую терапию с обсуждением показаний, противопоказаний, побочных эффектов, проаритмогенных эффектов, рекомендуемых доз препаратов у детей, показаний к оперативному лечению (имплантации электрокардиостимуляторов, радиочастотных воздействий).

1.8. Особенности правил ведения детей с имплантированными электрокардиостимуляторами.

1.9. Диспансерное наблюдение детей с различными нарушениями ритма и проводимости сердца. Вопросы профориентации.

9. Иллюстрационные материалы: Презентация

10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой

1. Тема 12:	Инфекционные эндокардиты у детей
-------------	----------------------------------

2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
----------------	------------------------

3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
------------------	--------------------

4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
--	--------

5. Учебная цель: сформировать представление об аспектах этиологии, частоте встречаемости данного заболевания в детской популяции, понятиях «первичный» и «вторичный» эндокардит, стадиях патогенеза, клинических проявлениях последних, клинических синдромах, критериях постановки диагноза, включая разбор потенциальных причин получения «стерильных» гемокультур, особенностях проведения дифференциального диагноза, видах лечения (консервативное (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое (стационарное и амбулаторное или санаторно-курортное) и оперативное), принципах назначения антибактериальной терапии у детей с инфекционным эндокардитом, показаниях и противопоказаниях к терапии сердечными гликозидами инфекционных эндокардитов у детей, показаниях к назначению терапии кортикостероидными препаратами, прогноза заболевания.

6. Объем повторной информации (в минутах):	10
--	----

7. Объем новой информации (в минутах):	80
--	----

8. План лекции, последовательность ее изложения:

1.1. Термин «инфекционный эндокардит» у детей, особенности этиологии, эпидемиологии эндокардитов у детей.

1.2. Обсуждение потенциальных причин получения «стерильных» гемокультур, групп риска по инфекционному эндокардиту, особенностей видов классификаций инфекционных эндокардитов у детей.

1.3. Анализ патогенетических фаз и синдромальных проявлений каждого из вышеуказанных.

1.4. Особенности диагностики различных форм инфекционных эндокардитов (лабораторных, инструментальных исследований) у детей с использованием новых технологий, обсуждение показаний и противопоказаний, трактовки полученных результатов у детей.

1.5. Аспекты проведения дифференциального диагноза; особенности у детей.

1.6. Анализ возможных осложнений инфекционных эндокардитов у детей. Меры по предупреждению.

1.7. Принципы лечения поражений эндокарда у детей (консервативного (медикаментозного

этиотропного, патогенетического, симптоматического) и санаторно-курортного) и оперативного). Принципы антибактериальной терапии инфекционных эндокардитов у детей. Показания и противопоказания к назначению стероидных препаратов, сердечных гликозидов.		
1.8. Потенциальные прогнозы инфекционных эндокардитов у детей.		
1.9. Особенности диспансерного наблюдения пациентов с перенесенными инфекционными эндокардитами.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 13:	Сердечная недостаточность	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):		2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о синдроме сердечной недостаточности как с частью понятия «недостаточность кровообращения», этиологии (экстракардиальными и кардиальными факторами), первичных и вторичных механизмах адаптации, клинических примерах декомпенсации по лево- и правожелудочковому типам, инструментальных методах диагностики с учетом разбора показаний и противопоказаний, осложнениях сердечной недостаточности, особенностях проведения дифференциального диагноза, принципах лечения сердечной недостаточности.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7.Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Термин «синдром сердечной недостаточности», как часть понятия «недостаточность кровообращения».		
1.2. Разбор особенностей этиологии (экстракардиальных и кардиальных факторов), первичных и вторичных механизмов адаптации, клинических примеров декомпенсации по лево- и правожелудочковому типам сердечной недостаточности (СН) у детей,		
1.3. Разбор инструментальных методов диагностики с учетом разбора показаний и противопоказаний		
1.4. Разбор потенциальных осложнений сердечной недостаточности у детей.		
1.5. Особенности проведения дифференциального диагноза, принципов лечения сердечной недостаточности у детей.		
1.6. Принципы лечения недостаточности кровообращения (СН) в детской кардиологической практике. Показания и противопоказания к применению основных групп медикаментозных препаратов, включая терапию сердечными гликозидами, кардиопротекторами, антиаритмическими препаратами, диуретиками.		
1.7. Особенности проведения инфузионной терапии.		
1.8.Особенности диагностики дигиталисной интоксикации.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 14:	Кардиомиопатии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):		2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «кардиомиопатии» у детей, об этиологии (экстракардиальных и кардиальных факторах), классификации (дилатационной, гипертрофической, в том числе и идиопатическом гипертрофическом субаортальном стенозе, как отдельной формой гипертрофической КМП, рестриктивной, а также с иными, редко встречающимися видами кардиомиопатий), частоте встречаемости данного заболевания в детской популяции, клинических симптомах и синдромах, особенностях диагностики, проведении дифференциального диагноза и тактики ведения и лечения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10

7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения:	
1.1. Термин «кардиомиопатии» у детей, особенности этиологии, эпидемиологии, с акцентом на кардиальные и экстракардиальные факторы.	
1.2. Обсуждение основных принципов классификации, клинических симптомов и синдромов кардиомиопатий у детей. Особенности клинической диагностики различных форм кардиомиопатий у детей.	
1.3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики кардиомиопатий у детей с использованием новых технологий с учетом разбора показаний и противопоказаний. Интерпретация полученных данных. Особенности диагностики редких форм кардиомиопатий у детей.	
1.4. Усвоение особенностей проведения дифференциального диагноза, кардиомиопатий у детей. Современные возможности генетического картирования при семейных наследственных формах кардиомиопатий.	
1.5. Алгоритм проведения лечения детей с различными видами кардиомиопатий, с акцентуацией на субаортальный стеноз как отдельную форму гипертрофической кардиомиопатии у детей.	
1.6. Анализ потенциальных осложнений кардиомиопатий у детей.	
1.7. Анализ потенциальных прогнозов различных форм кардиомиопатий у детей.	
1.8. Диспансерное наблюдение детей с кардиомиопатиями. Вопросы профориентации.	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 15:	Болезни перикарда
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «перикардит» у детей», этиологии, частоте встречаемости данного заболевания в детской популяции, особенностях поражения перикарда невоспалительного генеза, а именно, паразитарных поражениях, кистах, опухолях, инородных телах, ранениях, принципах классификации, клинических симптомах и синдромах перикардитов у детей, диагностических методах различных форм перикардитов у детей, проведении дифференциального диагноза, особенностях течения заболевания у детей, потенциальных осложнениях, условиях возникновения тампонады сердца, особенностях диагностики последней, тактике ведения и лечения, мерах по снижению риска потенциальных осложнений перикардитов в детской кардиологической практике.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения:	
1.1. Термин «перикардит» у детей, особенности этиологии, эпидемиологии, классификации перикардитов с акцентуацией на частоту встречаемости редких форм перикардитов у детей.	
1.2.. Особенности клинических симптомов и синдромов, клинической диагностики различных форм перикардитов у детей. Обсуждение редких форм данного заболевания в детской популяции.	
1.3. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм перикардитов. Итерпретация результатов обследования. Условия возникновения тампонады сердца, особенностей диагностики последней.	
1.4. Особенности проведения дифференциального диагноза.	
1.5. Алгоритм проведения лечения детей с перикардитами (консервативных и хирургических аспектов), показаний к диагностической и лечебной пункции перикарда.	
1.6. Анализ потенциальных осложнений перикардитов у детей. Особенности диагностики тактики лечения тампонады сердца.	
1.7. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм перикардиов у детей.	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	

10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 16:	Артериальные гипертензии у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «артериальные гипертензии», особенностях этиологии артериальных гипертензий в детской популяции в разных возрастных группах, классификации с акцентуацией на актуальность вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий в детской кардиологической практике, механизмах развития, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, важности вариантах формулировки клинического заключительного диагноза, вариантах современного подхода к лечению артериальных гипертензий у детей, вариантах потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения развития и прогрессирования артериальной гипертензии, снижения риска формирования гипертонической болезни в старших возрастных группах.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Термин «артериальные гипертензии» в детской популяции. Особенности этиологии. Актуальность вторичных артериальных гипертензий в детской кардиологической практике.		
1.2. Обсуждение возможных механизмов развития артериальных гипертензий в детском возрасте. Особенности гемодинамики. Варианты изменения гемодинамики при прогрессировании заболевания.		
1.3. Особенности клинических проявлений различных форм артериальной гипертензии у детей.		
1.4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм артериальных гипертензий в современных условиях с использованием новых технологий. Интерпретация результатов обследования.		
1.5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
1.6. Алгоритм проведения лечения детей с различными формами артериальной гипертензии.		
1.7. Анализ потенциальных осложнений.		
1.8. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм артериальной гипертензии у детей. Риски прогрессирования с потенциальным переходом в гипертоническую болезнь. Значение результатов суточного АД – мониторингирования в прогнозировании течения заболевания. Важность профориентации.		
1.9. Особенности диспансерного наблюдения детей с различными формами артериальной гипертензии.		
9. Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 17:	Артериальные гипотензии у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «артериальные гипотензии», особенностях этиологии артериальных гипотензий в детской популяции в разных возрастных группах, классификации с акцентуацией на актуальность данной патологии в детской кардиологической практике, механизмах развития, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах лечения артериальных гипотензий у детей, вариантах потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения развития и прогрессирования артериальной гипотензии, снижения риска		

формирования стойкой гипотонии в старших возрастных группах.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7. Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Термин «артериальные гипотензии» в детской популяции. Особенности этиологии, классификации (с акцентуацией на варианты физиологической и патологической гипотонии) Актуальность вторичной артериальной гипотензии в детской кардиологической практике.		
1.2. Обсуждение возможных механизмов развития артериальных гипотензий в детском возрасте. Особенности гемодинамики. Варианты изменения гемодинамики при прогрессировании заболевания.		
1.3. Особенности клинических проявлений различных форм артериальной гипотензии у детей.		
1.4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм артериальных гипотензий в современных условиях с использованием новых технологий. Интерпретация результатов обследования.		
1.5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
1.6. Алгоритм проведения лечения детей с различными формами артериальной гипотензии.		
1.7. Анализ потенциальных осложнений. Алгоритм купирования проявлений острой симптоматической артериальной гипотензии (шока, недостаточности кровообращения).		
1.8. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм артериальной гипотензии у детей. Значение результатов суточного АД – мониторингирования в прогнозировании течения заболевания. Важность профориентации.		
1.9. Особенности диспансерного наблюдения детей с различными формами артериальной гипотензии. Актуальность санаторно-курортного лечения в санаториях кардиологического профиля.		
9. Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 18:		Синдром вегетативной дисфункции
2. Дисциплина:		Госпитальная педиатрия
3. Специальность		31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):		2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «синдром вегетативной дисфункции», особенностях этиологии и проявлениях в различных возрастных группах с акцентуацией на подростковый период, классификации, потенциальных механизмах развития в детской популяции, важности генеалогического анамнеза, особенностях клинических проявлений, исследовании исходного вегетативного статуса, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, принципах отличия ВСД от нейроциркуляторной дистонии, вариантах лечения синдрома вегетативно дисфункции в детской кардиологической практике, потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения прогрессирования заболевания.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7. Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Термин «синдром вегетативной дисфункции» в детской популяции. Особенности этиологии, классификации, варианты патогенеза.		
1.2. Отличие понятия вегетососудистой дистонии от нейроциркуляторной дистонии в детской кардиологии.		
1.3. Особенности клинических проявлений различных форм вегетососудистой дистонии у детей. Варианты оценки вегетативного статуса с акцентуацией на особенности проявлений заболевания в подростковом возрасте. Потенциальные трудности в интерпретации клинических данных.		

1.4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм ВСД. Интерпретация результатов обследования.		
1.5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
1.6. Алгоритм проведения лечения детей с различными вариантами проявления ВСД. Актуальность участия родителей в процессе лечения ребенка.		
1.7. Анализ потенциальных осложнений. Тактика при развитии синкопе. Исключение потенциальных иных патологий в генезе синкопальных состояний. Экстренная доврачебная и специализированная врачебная помощь.		
1.8. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм вегетососудистой дистонии.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 19:	Синкопальные состояния в детской кардиологии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «синкопальные состояния», особенностях потенциальной этиологии у детей в различных возрастных группах с акцентуацией на ранний детский и подростковый периоды, классификации, потенциальных вариантах патогенеза, важности генеалогического анамнеза, особенностях клинических проявлений, исследовании исходного вегетативного статуса, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинко-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах лечения синкопе в детской кардиологической практике, неотложной доврачебной и специализированной врачебной помощи, стратификации степени риска, профилактических мер для предупреждения рецидивов.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Термин «синкопальные состояния в детской популяции. Особенности этиологии, варианты патогенеза. Группы риска. Актуальность генеалогического анамнеза.		
1.2. Классификация с учетом вариантов этиопатогенеза синкопальных состояний (.нейрогенные рефлекторные, ортостатические, аритмогенные, цереброваскулярные, связанные с наличием органической патологии сердца.		
1.3. Клинические варианты синкопе у детей. Особенности клинических проявлений в зависимости от этиопатогенетической формы синкопе. Потенциальные трудности в интерпретации клинических данных.		
1.4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм синкопальных состояний с использованием новых технологий в детской кардиологической практике. Варианты интерпретация результатов обследования.		
1.5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
1.6. Алгоритм проведения лечения детей с синкопе с учетом этиопатогенетических вариантов. Экстренная доврачебная и специализированная врачебная помощь.		
1.7. Анализ потенциальных осложнений. Стратификация степени риска и профилактика.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 20:	Современная ревматология (состояние проблемы)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о современном развитии и проблемах ревматологии		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	

8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1. Скелетный рост у детей		
1.2 Факторы, нарушающие нормальный рост		
1.3 Рост в пубертатном периоде и его характеристики		
1.4 Психологическое развитие		
1.5 Распознавание остеопороза у детей с хроническим воспалением		
1.6 Лечение и мониторинг остеопороза		
1.7 Необходимость вакцинации у детей с хроническим воспалением		
1.8 Возможность вакцинации в процессе активного воспаления		
1.9 Влияние иммуносупрессивных препаратов на иммуногенность вакцин		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 21:	Дифференциальная диагностика суставного синдрома	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о дифференциальной диагностике суставного синдрома у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1.Клинические признаки суставного синдрома		
1.2.Особенности боли у детей		
1.3.Шкалы для измерения активности		
1.4.Принципы группирования причин, сопровождающихся суставным синдромом		
1.5 Алгоритм клинического подхода		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 22:	Системные васкулиты у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о диагностике и лечении системных васкулитов у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10 минут	
7.Объем новой информации (в минутах):	80 минут	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
1.1 Деление и строение сосудов, их протяженность		
1.2. Современная классификация системных васкулитов у детей		
1.3.Анамнестические, клинические и лабораторные признаки СВ		
1.4.Клиническая картина, классификация, диагностика ПШГ		
1.5 Клиническая картина, классификация, диагностика васкулита Такаясу		
1.6 Клиническая картина, классификация, диагностика АНЦА ассоциированных васкулитов		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 23:	Подходы к диагностике и лечению наследственных нарушений обмена веществ	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмен-		

на веществ», Изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена веществ как медицинскую, социальную и общекультурную проблему	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7. Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Гистологические основы нарушений обмена. Биология клетки, лизосомы, характеристика лизосомных ферментов. Общие представления о нарушениях обмена веществ. Характеристика мукополисахаридозов как группы заболеваний. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.	
9. Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 24:	Наследственные нарушения обмена аминокислот
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5 Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена аминокислот». Изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена аминокислот как медицинскую, социальную и общекультурную проблему	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7. Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Гистологические основы нарушений обмена аминокислот. Общие представления о нарушениях обмена аминокислот. Характеристика группы заболеваний. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Клиника, диагностика, лечение.	
9. Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 25:	Наследственные нарушения обмена липидов
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5 Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена липидов». Изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена липидов как медицинскую, социальную и общекультурную проблему	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7. Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Гистологические основы нарушений обмена сфинголипидов. Общие представления о нарушениях обмена липидов. Характеристика липидозов как группы заболеваний. Классификация.	

Патогенез.	
Клиника.	
Диагностика.	
Лечение.	
Клиника, диагностика, лечение болезни Гоше.	
Клиника, диагностика, лечение болезни Фабри.	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 26:	Наследственные нарушения обмена углеводов
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена липидов», Изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена липидов как медицинскую, социальную и общекультурную проблему	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Гистологические основы нарушений обмена гликогена. Общие представления о нарушениях обмена углеводов. Характеристика гликогенозов как группы заболеваний. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Клиника, диагностика, лечение галактоземии. Клиника, диагностика, лечение фруктозурии.	
9.Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 27:	Иммунодефицитные состояния у детей
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: Изучить: патогенез, клинику, диагностику, современные направления в лечении первичных ИДС - ИДС с преимущественной недостаточностью антител (гуморальные ИДС): агаммоглобулинемия (болезнь Брутона),аутосомно-рецессивная агаммоглобулинемия (швейцарский тип), гипогаммоглобулинемия, общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН), избирательный дефицит IgA. ИДС с преимущественной недостаточностью клеточного звена иммунитета (синдром Незелофа). Тяжелая комбинированная иммунологическая недостаточность – ТКИН (с низким содержанием Т- и В-клеток).	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7.Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Первичные ИДС. Классификация. ИДС с преимущественной недостаточностью антител (гуморальные ИДС): агаммоглобулинемия (болезнь Брутона), аутосомно-рецессивная агаммоглобулинемия (швейцарский тип), гипогаммоглобулинемия, общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН), избирательный дефицит IgA. ИДС с преимущественной недостаточностью клеточного звена иммунитета (синдром Незелофа).	

9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 27:	Иммунодефицитные состояния у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: Изучить: патогенез, клинику, диагностику, современные направления в лечении первичных ИДС - Тяжелая комбинированная иммунологическая недостаточность – ТКИН (с низким содержанием Т- и В-клеток).		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения: Тяжелая комбинированная иммунологическая недостаточность – ТКИН (с низким содержанием Т- и В-клеток). ИДС, связанные с дефицитом комплемента и нарушением фагоцитоза. ИДС, связанные с другими значительными дефектами. Синдром Вискота-Олдрича. Синдром Ди-Джорджи. Синдром Луи-Бар. Синдром гипериммуноглобулемии Е. Патогенез. Клиника. Диагностика. Современные направления в лечении первичных ИДС. Прогноз.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 28:	Лихорадка неясного генеза у детей раннего возраста	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	
5. Учебная цель: Изучить подходы к диагностике, дифференциальному диагнозу, современные взгляды на лечение и прогноз заболеваний, наиболее часто проявляющихся лихорадка неясного генеза у детей раннего возраста		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7.Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения: Современные представления о молекулярных механизмах формирования гипертермии и лихорадки у детей. Генетические основы наследуемых синдромов периодической лихорадки Ошибка распознавания цитокинов и периодические лихорадки. Роль интерлейкина-1, нуклеарного каппа-В фактора, дефекты апоптоза в патогенезе лихорадки. Постинфекционный субфебрилитет как следствие мутации гена рецептора TNF и отмены апоптоза лейкоцитов.		
9.Иллюстрационные материалы: Презентация		
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 29:	Синдром нарушенного кишечного всасывания у детей раннего возраста	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	Педиатрия	
4. Продолжительность лекций (в академических часах):	2 часа	

5. Учебная цель: Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, современные взгляды на лечение и прогноз нарушенного кишечного всасывания при муковисцидозе, целиакии, экссудативной энтеропатии, дисахаридазной недостаточности.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7. Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: Возможные причины нарушенного кишечного всасывания. Муковисцидоз. Целиакия. Экссудативная энтеропатия. Дисахаридазная недостаточность. Пищевая аллергия. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные взгляды на лечение и прогноз. Исходы.	
9. Иллюстрационные материалы: Презентация	
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 30:	Геморрагические васкулопатии
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность:	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность лекции (в академических часах):	2 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о различных формах геморрагических васкулопатий у детей, включая пурпуру Шенлейна-Геноха и некоторые другие формы васкулитов сосудов мелкого калибра. Ознакомить обучающихся с классификацией, возможными этиологическими факторами, особенностями патогенеза и клинических проявлений, критериями диагностики, кругом дифференциальной диагностики, особенностями терапии, прогнозом данных заболеваний.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	10
7. Объем новой информации (в минутах):	80
8. План лекции, последовательность ее изложения: 8.1. Классификация геморрагических васкулопатий у детей. 8.2. Основные клинико-патогенетические особенности наследственных форм геморрагических васкулопатий. 8.3. Основные клинико-патогенетические особенности приобретенных форм геморрагических васкулопатий. 8.4. Определение и распространенность пурпуры Шенлейна-Геноха. 8.5. Этиология и патогенез пурпуры Шенлейна-Геноха. 8.6. Морфологические особенности поражения сосудов при пурпуре Шенлейна-Геноха. 8.7. Клинические проявления пурпуры Шенлейна-Геноха. 8.8. Критерии диагностики пурпуры Шенлейна-Геноха. 8.8. Особенности терапии и оценка эффективности. 8.9. Показания и особенности проведения эфферентной терапии при пурпуре Шенлейна-Геноха. 8.10. Диспансерное наблюдение пациентов.	
9. Иллюстрационные материалы:	Презентация
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 31:	Лимфаденопатии у детей
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность:	31.05.02 Педиатрия

4. <i>Продолжительность лекции (в академических часах) :</i>	2 часа
5. <i>Учебная цель:</i> сформировать представление о причинах увеличения лимфатических узлов и селезенки в норме и патологии у детей. Определить основные патогенетические механизмы гиперплазии лимфоидных органов формирующие варианты течения заболевания, классификацию, алгоритмы диагностики, показания к выбору инвазивных методов дифференциальной диагностики. Определить выбор терапии в зависимости от прогноза различных состояний, вызывающих лимфаденопатию.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах)</i>	10
7. <i>Объем новой информации (в минутах)</i>	80
8. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> 8.1. Анатомические размеры и положение лимфатических узлов и селезенки в норме и патологии 8.2. Патологические варианты гиперплазии лимфоидной ткани у детей 8.3. Клинические проявления отдельных патогенетических вариантов 8.4. Классификация лимфаденопатий у детей 8.5. Клинические примеры наиболее частых заболеваний, сопровождающихся увеличением лимфатических узлов 8.6. Стартовые алгоритмы диагностики 8.7. Дополнительные алгоритмы диагностики, показания к инвазивным (биопсия) методам диагностики 8.8. Выбор стартовой терапии и оценка эффективности 8.9. Спленомегалия как частный случай лимфаденопатий, причины, диагностика, лечение, прогноз.	
9. <i>Иллюстрационные материалы:</i>	Презентация
10. <i>Литература:</i> см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. <i>Тема 32:</i>	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
2. <i>Дисциплина:</i>	Госпитальная педиатрия
3. <i>Специальность:</i>	31.05.02 Педиатрия
4. <i>Продолжительность лекции (в академических часах):</i>	2 часа
5. <i>Учебная цель:</i> сформировать представление о синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания у детей. Ознакомить обучающихся с классификацией, возможными этиологическими факторами, особенностями патогенеза и клинических проявлений, критериями диагностики, особенностями терапии, прогнозом.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	10
7. <i>Объем новой информации (в минутах):</i>	80
8. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> Актуальность проблемы, распространенность синдрома, сложности дифференциальной диагностики; Прогноз при ДВС-синдроме; Патоморфологическая характеристика ДВС-синдрома; Перечень заболеваний, ассоциированных с ДВС-синдромом, и их патогенетическая характеристика; Патогенетические варианты развития ДВС-синдрома; Место ДВС-синдрома в концепции гемостаза: первичные механизмы, коагуляционный каскад, система фибринолиза; Лабораторная диагностика и интерпретация коагуляционных тестов; Этапы развития ДВС-синдрома; Классификация ДВС-синдрома (по стадиям процесса, по течению); Диагностика ДВС-синдрома в зависимости от стадии процесса; Дифференциальная диагностика ДВС-синдрома от коагулопатий, обусловленных дефицитом витамина К и заболеваниями печени; Принципиальные возможности терапии ДВС-синдрома;	

Терапия ДВС-синдрома в зависимости от патофизиологической стадии процесса. Прогноз; Диспансерное наблюдение.		
9. Иллюстрационные материалы:		Презентация
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1.Тема 33:	Лейконейтропении	
2.Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3.Специальность:	31.05.02 Педиатрия	
4.Продолжительность лекции (в академических часах):	2 часа	
5.Учебная цель: сформировать представление о различных формах лейконейтропений у детей, включая врожденные и приобретенные формы. Ознакомить обучающихся с классификацией, возможными этиологическими факторами, особенностями патогенеза и клинических проявлений, критериями диагностики, кругом дифференциальной диагностики, особенностями терапии, прогнозом данных заболеваний.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции , последовательность ее изложения:		
8.1. Классификация лейконейтропений у детей.		
8.2. Основные клинические синдромы при лейконейтропиях у детей.		
8.3. Основные клинико-патогенетические особенности врожденных форм лейконейтропений.		
8.4. Критерии диагностики врожденных форм лейконейтропений.		
8.5. Терапия врожденных форм лейконейтропений, включая показания к ТКМ.		
8.6. Этиология первичных и вторичных форм приобретенных лейконейтропений.		
8.7. Особенности клинического течения и терапии иммунной нейтропении.		
8.8. Особенности клинического течения и терапии ХДНДВ.		
8.8. Особенности клинического течения и терапии вторичных лейконейтропений.		
8.9. Показания и особенности проведения терапии Г-КСФ.		
8.10. Диспансерное наблюдение пациентов.		
9. Иллюстрационные материалы:		Презентация
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1.Тема 34:	Апластические анемии	
2.Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3.Специальность:	31.05.02 Педиатрия	
4.Продолжительность лекции (в академических часах):	2 часа	
5.Учебная цель: сформировать представление о различных формах апластических анемий у детей, включая врожденные и приобретенные формы. Ознакомить обучающихся с классификацией, возможными этиологическими факторами, особенностями патогенеза и клинических проявлений, критериями диагностики, кругом дифференциальной диагностики, особенностями терапии, прогнозом данных заболеваний.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	10	
7. Объем новой информации (в минутах):	80	
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
8.1. Классификация апластических анемий у детей.		
8.2. Основные клинические синдромы при апластических анемиях у детей.		
8.3. Основные клинико-патогенетические особенности врожденных форм апластических анемий.		
8.4. Критерии диагностики врожденных форм апластических анемий.		
8.5. Терапия врожденных форм апластических анемий, включая показания к ТКМ.		
8.6. Этиология приобретенных апластических анемий.		
8.7. Особенности патогенеза и клинического течения приобретенных апластических анемий.		

8.8. Особенности диагностики приобретенных апластических анемий.		
8.9. Особенности дифференциальной диагностики приобретенных апластических анемий.		
8.10. Особенности терапии приобретенных апластических анемий.		
8.11. Показания и особенности проведения сопроводительной терапии.		
8.12. Диспансерное наблюдение пациентов.		
9. Иллюстрационные материалы:		Презентация
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1.Тема 35:	Гипохромные анемии	
2.Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3.Специальность:	31.05.02 Педиатрия	
4.Продолжительность лекции (в академических часах):		2 часа
5.Учебная цель: сформировать представление о различных формах гипохромных анемий у детей, включая сидеропенические анемии, анемии воспаления и талассемии. Ознакомить обучающихся с возможными этиологическими факторами, особенностями патогенеза и клинических проявлений, критериями лабораторной диагностики, особенностями дифференциальной диагностики, подходами к терапии, прогнозом данных заболеваний.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7. Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
8.1. Классификация гипохромных анемий у детей.		
8.2. Особенности сбора анамнеза при выявлении гипохромной анемии.		
8.3. Основные клинические синдромы при гипохромных анемиях у детей.		
8.4. Основные клинико-патогенетические особенности сидеропенических анемий.		
8.5. Основные клинико-патогенетические особенности анемии воспаления.		
8.6. Основные клинико-патогенетические особенности талассемий.		
8.7. Критерии лабораторной диагностики гипохромных анемий.		
8.8. Оценка статуса железа при различных вариантах гипохромных анемий.		
8.9. Показания и противопоказания к терапии препаратами железа при гипохромных анемиях.		
8.10. Показания к заместительной гемокомпонентной и стимулирующей ЭПО-терапии при гипохромных анемиях.		
9. Иллюстрационные материалы:		Презентация
10. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1.Тема 36:	Заместительная и стимулирующая терапия в гематологии	
2.Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3.Специальность:	31.05.02 Педиатрия	
4.Продолжительность лекции (в академических часах):		2 часа
5.Учебная цель: сформировать представление о различных видах заместительной терапии в гематологии. Ознакомить обучающихся с принципами переливания компонентов крови и использования стимуляторов кроветворения, методами оценки эффективности лечения, характером и видами осложнений.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		10
7. Объем новой информации (в минутах):		80
8. План лекции, последовательность ее изложения:		
8.1. Историческая справка.		
8.2. Общие принципы выбора гемотрансфузионной терапии.		
8.3. Компоненты крови для заместительной терапии.		
8.4. Клиническое применение эритроцит-содержащих сред.		
8.5. Клиническое применение концентратов донорских тромбоцитов.		
8.6. Клиническое применение свежезамороженной плазмы.		
8.7. Клиническое применение концентрата гранулоцитов.		

8.8. Осложнения, связанные с переливанием компонентов крови.	
8.9. Клиническое применение Г-КСФ.	
8.10. Клиническое применение ЭПО.	
9. <i>Иллюстрационные материалы:</i>	Презентация
10. <i>Литература:</i> см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЮЩИМСЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ (ОСВОЕНИЮ) ДИСЦИПЛИНЫ

По дисциплине	«Госпитальная педиатрия» (наименование дисциплины)
Для специальности	Педиатрия, 31.05.02 (наименование и код специальности)

6.1. Методические указания к практическим занятиям

См. методические разработки к практическим занятиям.

6.2. Формы и методика базисного, текущего и итогового контроля

Базисный контроль выполняется по разделам программы дисциплины «Госпитальная педиатрия» для высших учебных заведений на первом практическом занятии путем проведения собеседования.

На основании полученных результатов определяются базовые знания обучающихся.

Текущий контроль выполняется путем:

- проведения и оценки устных или письменных опросов на лекциях и практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения самостоятельных и контрольных заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки качества ведения конспектов.

Промежуточный контроль проводится по завершении раздела и осуществляется в форме тестового опроса. На основании процента правильных ответов определяется результат промежуточного контроля.

Итоговый контроль выполняется приемом экзамена, на котором оценивается степень усвоения обучающимися содержания дисциплины в целом.

К экзамену допускаются обучающиеся, выполнившие полностью учебную программу.

Экзамен состоит из собеседования по трем теоретическим вопросам.

Теоретические вопросы представлены в разделе «Перечень вопросов, выносимых на экзамен»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

1. Тема 1:	Организация перинатальной службы. Перинатальный период и перинатальная патология	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель:	Изучить современную организацию региональной перинатальной службы и помощи новорожденным – стратегия снижения младенческой и перинатальной смертности, понятие о перинатальном периоде и патологии этого периода. Перинатальная психология.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	

7.Объем новой информации (в минутах):	70
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:	
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).	
2. Представление об организации перинатальной службы и помощи новорожденным (отделения реанимации и интенсивной терапии, ОПН, принципы выхаживания новорожденных). Периоды внутриутробного развития, фетопатии – антенатальный отрезок перинатального периода, беременность высокого риска патологии плода и новорожденного, новорожденные высокого риска по нарушению течения адаптации. Психологические аспекты постнатального периода.	
3. Разбор случаев из клинической практики.	
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.	
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы	
12.Иллюстрационные материалы: Презентация	
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 2:	Перинатальная патология нервной системы (1)
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа
5. Учебная цель: Изучить современные представления о перинатальных повреждениях нервной системы, причинах церебральной патологии у доношенных и недоношенных новорожденных.	
6. Объем повторной информации (в минутах):	20
7.Объем новой информации (в минутах):	70
8.Отработка практических навыков(в минутах):	90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:	
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).	
2. Разбор классификации перинатальных поражений НС у новорожденных (2000 г), понятия – энцефалопатия. Анатомо-физиологические особенности развития нервной системы. Оценка неврологического статуса новорожденного. Травматические повреждения НС. Дисметаболические и токсико-метаболические повреждения. Патогенез, диагностика, клиника, лечение	
3. Разбор случаев из клинической практики.	
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок	
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.	
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы	
12.Иллюстрационные материалы: Презентация	
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой	
1. Тема 3:	Перинатальная патология нервной системы (2)
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа
5. Учебная цель: Изучить современные представления о перинатальных повреждениях нервной	

системы, причинах церебральной патологии у доношенных и недоношенных новорожденных.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Гипоксические повреждения головного мозга в зависимости от патогенетического варианта (ишемические и геморрагические), гестационного возраста, времени возникновения, ятрогенные причины повреждения головного мозга. Инфекционные повреждения. Клиническая картина, диагностика, лечение.		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 4:	Сепсис новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить предрасполагающие факторы в развитии сепсиса, особенности этиологии, патогенеза и клинической картины у доношенных и недоношенных новорожденных детей; принципы диагностики, лечения и организации противоэпидемических и профилактических мероприятий.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности иммунитета новорожденных, предрасполагающие факторы. Классификация сепсиса в неонатальном периоде в зависимости от времени развития клинической картины, возбудителя, клиническое течение. Инфекционный контроль в неонатальных отделениях. Принципы диагностики, антибактериальная терапия и уход за новорожденными		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 5:	Внутриутробные инфекции	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	

4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: получить представление о внутриутробных инфекциях, клинических проявлениях, диагностике и лечении.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Представление о внутриутробном инфицировании и инфекции, клинических проявлениях TORCH-комплекса. Основные понятия - инфицирование, инфекция, авидность, аффинность. Этиология, патогенез, клинические проявления, лабораторная диагностика, лечение отдельных заболеваний (токсоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, листериоз, краснуха и другие). Оценка лабораторных показателей ВУИ.		
3. Подготовка и чтение докладов по теме ВУИ		
4. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 6:	Инфекционные заболевания кожи и подкожно жировой клетчатки	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: Изучение предрасполагающих факторов, этиологии, патогенеза,особенностей клинической картины течения инфекционных заболеваний кожи и подкожножировой клетчатки в неонатальном периоде.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Адипонекроз, склерема, склередема, опрелости. Причины. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
3. Везикулопустулез, псевдофурункулез. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
4. Пузырчатка, эксфолиативный дерматит Риттера. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
5.Флегмона. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
6.Омфалит у новорожденных. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
7.Мастит новорожденного. Этиология. Клинические проявления. Лечение. Профилактика.		
8. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		

10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 7:	Пневмонии новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.5.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучение предрасполагающих факторов, этиологии, патогенеза,особенностей клинической картины течения пневмонии в неонатальном периоде.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Разбор течения пневмоний новорожденных в зависимости от времени инфицирования, гестационного возраста ребенка, вирулентности возбудителя пневмонии. Диагностика, оценка рентгенограмм. Лечение.		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 8:	Дифференциальный диагноз желтух новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучение особенностей течения желтух у новорожденных детей в зависимости от патогенеза, вида билирубина и отягощающих факторов. Диагностика. Основные принципы лечения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. особенности обмена билирубина. Характеристика желтух новорожденных как группы заболеваний, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Желтухи здоровых новорожденных, неонатальный холестаз.		
3. Подготовка и чтение докладов по теме: Наследственные формы желтух		
4. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обес-		

печения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 9:	Геморрагическая болезнь новорожденных	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить физиологические особенности и современные критерии оценки свертывающей и противосвертывающей систем крови у новорожденного.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Физиологические особенности свертывающей и противосвертывающей систем крови у новорожденного. Первичные и вторичные причины кровоточивости. Причины, патогенез, клинические формы, диагностика, лечение, профилактика.		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 10:	Заболевания желёз внутренней секреции	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить наиболее часто встречающиеся заболевания желёз внутренней секреции у новорожденных, предрасполагающие факторы развития, особенности течения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Врожденный гипотиреоз (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение). Транзиторный неонатальный гипотиреоз – ТНГ. Неонатальный тиреотоксикоз – ТНГ. Сахарный диабет (этиология, патогенез, клиника, лечение). Острая недостаточность коры надпочечников (синдром Уотерхауса – Фридериксена). Врожденная гиперплазия коры надпочечников – адреногенитальный синдром (этиология, патогенез, клиника, диагноз, лечение). Врожденная гипоплазия коры надпочечников (этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз).		

Лечение острой недостаточности надпочечников. Гермафродитизм.		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 11:	Недоношенные новорожденные. Современные подходы к выхаживанию (1)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить современные критерии оценки зрелости и физического развития недоношенных новорожденных. Понятие постнатальной и неонатальной заболеваемости. Организация выхаживания и последующего наблюдения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Недоношенный ребенок. Понятие. Причины недоношенности. Факторы, способствующие повышенной заболеваемости и летальности недоношенных. Понятие о заболеваниях, обуславливающих возможную инвалидность у недоношенных.		
3. Анатомо-физиологические особенности недоношенных детей.		
4. Классификация детей с низкой массой при рождении. Особенности течения периода адаптации у маловесных новорожденных. Профилактика нарушений периода адаптации. Понятие о методе «кенгуру».		
5. Понятие о трехэтапной системе выхаживания недоношенных детей. Организация режима ухода за недоношенными детьми в род. доме.		
6. Организация ухода за недоношенными детьми на втором этапе выхаживания. Показания и противопоказания для перевода недоношенных детей на второй этап выхаживания. Правила выписки детей.		
7. Особенности вскармливания недоношенных детей в неонатальном периоде. Условия начала энтерального кормления. Способы кормления. Расчет питания. Понятие трофического питания.		
8. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 12:	Недоношенные новорожденные. Современные подходы к выхаживанию (2)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	

3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить современные критерии оценки зрелости и физического развития недоношенных новорожденных. Понятие постнатальной и неонатальной заболеваемости. Организация выхаживания и последующего наблюдения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Перивентрикулярная лейкомаляция у недоношенных. Этиология, патогенез, клинические проявления. Лечение. Исходы.		
3. Особенности физического развития и неврологического статуса недоношенных новорожденных.		
4. Оценка физической зрелости, понятие постконцептуального возраста, скорректированного возраста, оценка качества жизни новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, патогенез, диагностика, клиническая картина отдельных нозологических форм – ретинопатия недоношенных, НЭК, БЛД, профилактика.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 13:	Неревматические кардиты, кардиомиопатии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о неревматических кардитах у детей, этиологии, особенностях патогенеза, предрасполагающих факторах развития неревматических кардитов у детей, классификации по Н. А. Белоконов, особенностях клиники, диагностики, проведении дифференциального диагноза, видах лечения, показаниях к назначению стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, сердечных гликозидов, особенностях при лечении сердечной недостаточности, возможных исходах, прогнозе.		
Ознакомить обучающихся с определением «кардиомиопатии» у детей», этиологией (экстракардиальными и кардиальными факторами), классификацией (дилатационной, гипертрофической, в том числе и идиопатическим гипертрофическим субаортальным стенозом, как отдельной формой гипертрофической КМП, рестриктивной, а также с иными, редко встречающимися видами кардиомиопатий), частотой встречаемости данного заболевания в детской популяции, клиническими симптомами и синдромами, особенностями диагностики, проведения дифференциального диагноза и тактикой ведения и лечения.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		

1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии, патогенеза, предрасполагающих факторов в развитии неревматических кардитов у детей различных возрастных групп.		
3. Классификация по Н. А. Белоконов с учетом потенциальных возбудителей, сроков возникновения, вариантов поражения миокарда и проводящей системы сердца.		
4. Стадии патогенеза в соответствии с клиническими проявлениями заболевания.		
5. Причины жалоб экстракардиального характера. Особенности течения первичных и вторичных неревматических кардитов, врожденных и приобретенных, ранних и поздних, потенциальной сердечной недостаточности.		
6. Вопросы диагностики (лабораторно-инструментальные методы исследований с использованием современных технологий, показания, противопоказания). Алгоритм анализа полученных показателей. Причины отсутствия роста флоры.		
7. Проведение дифференциальной диагностики неревматических кардитов у детей.		
8. Схема лечения неревматических кардитов у детей. Принципы назначения антибактериальной терапии. Показания и противопоказания к проведению терапии стероидными и нестероидными противовоспалительными средствами неревматических кардитов у детей. Лечение сердечной недостаточности.		
9. Исходы неревматических кардитов с акцентом на потенциальные осложнения.		
10. Прогноз неревматических кардитов у детей.		
11. Особенности диспансерного наблюдения неревматических кардитов в детской популяции.		
12. Разбор случаев из клинической практики.		
13. Особенности этиологии, эпидемиологии кардиомиопатий у детей с акцентом на кардиальные и экстракардиальные факторы.		
14. Обсуждение основных принципов классификации, клинических симптомов и синдромов кардиомиопатий у детей. Особенности клинической диагностики различных форм кардиомиопатий у детей.		
15. Лабораторно-инструментальные методы диагностики кардиомиопатий у детей с использованием новых технологий с учетом разбора показаний и противопоказаний. Интерпретация полученных данных.		
16. Особенности диагностики редких форм кардиомиопатий у детей.		
17. Особенности проведения дифференциального диагноза, кардиомиопатий у детей. Современные возможности генетического картирования при семейных наследственных формах кардиомиопатий.		
18. Алгоритм проведения лечения детей с различными видами кардиомиопатий, с акцентуацией на субаортальный стеноз как отдельную форму гипертрофической кардиомиопатии у детей.		
19. Анализ потенциальных осложнений кардиомиопатий у детей.		
20. Анализ потенциальных прогнозов различных форм кардиомиопатий у детей.		
21. Диспансерное наблюдение детей с кардиомиопатиями. Вопросы профориентации.		
22. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 14:	Инфекционный эндокардит	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академиче-	4 часа	

<i>ских часах):</i>	
5. <i>Учебная цель:</i> сформировать представление об аспектах этиологии, частоте встречаемости данного заболевания в детской популяции, понятиях «первичный» и «вторичный» эндокардит, стадиях патогенеза, клинических проявлениях последних, клинических синдромах, критериях постановки диагноза, включая разбор потенциальных причин получения «стерильных» гемокультур, особенностях проведения дифференциального диагноза, видах лечения (консервативное (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое (стационарное и амбулаторное или санаторно-курортное) и оперативное), принципах назначения антибактериальной терапии у детей с инфекционным эндокардитом, показаниях и противопоказаниях к терапии сердечными гликозидами инфекционных эндокардитов у детей, показаниях к назначению терапии кортикостероидными препаратами, прогноза заболевания. Ознакомить обучающихся с определением «перикардит» у детей», этиологией, частотой встречаемости данного заболевания в детской популяции, особенностями поражения перикарда невоспалительного генеза, а именно, паразитарными поражениями, кистами, опухолями, наличием инородных тел, ранениями, принципами классификации, клинических симптомами и синдромами перикардитов у детей, диагностическими методами различных форм перикардитов у детей, проведением дифференциального диагноза, особенностями течения заболевания у детей, потенциальными осложнениями, условиями возникновения тампонады сердца, особенностями диагностики последней, тактикой ведения и лечения, мерами по снижению риска потенциальных осложнений перикардитов в детской кардиологической практике.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	20
7. <i>Объем новой информации (в минутах):</i>	70
8. <i>Отработка практических навыков (в минутах):</i>	90
8. <i>План практического занятия, последовательность его изложения:</i> 1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия). 2. Особенности этиологии, эпидемиологии эндокардитов у детей. 3. Обсуждение потенциальных причин получения «стерильных» гемокультур, групп риска по инфекционному эндокардиту, особенностей видов классификаций инфекционных эндокардитов у детей. 4. Анализ патогенетических фаз и синдромальных проявлений каждого из вышеуказанных. 5. Особенности диагностики различных форм инфекционных эндокардитов (лабораторных, инструментальных исследований) у детей с использованием новых технологий, обсуждение показаний и противопоказаний, трактовки полученных результатов у детей. 6. Аспекты проведения дифференциального диагноза; особенности у детей. 7. Анализ возможных осложнений инфекционных эндокардитов у детей. Меры по предупреждению. 8. Принципы лечения поражений эндокарда у детей (консервативного (медикаментозного этиотропного, патогенетического, симптоматического) и санаторно-курортного) и оперативного). Принципы антибактериальной терапии инфекционных эндокардитов у детей. Показания и противопоказания к назначению стероидных препаратов, сердечных гликозидов. 9. Потенциальные прогнозы инфекционных эндокардитов у детей. 10. Особенности диспансерного наблюдения пациентов с перенесенными инфекционными эндокардитами. 11. Разбор случаев из клинической практики. 12. Особенности этиологии, эпидемиологии, классификации перикардитов с акцентуацией на частоту встречаемости редких форм перикардитов у детей. 13. Особенности клинических симптомов и синдромов, клинической диагностики различных форм перикардитов у детей. Обсуждение редких форм данного заболевания в детской популяции. 14. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм перикардитов. Интерпретация результатов обследования. Условия возникновения тампонады сердца, особенностей	

диагностики последней.		
15. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
16. Алгоритм проведения лечения детей с перикардитами (консервативных и хирургических аспектов), показаний к диагностической и лечебной пункции перикарда.		
17. Анализ потенциальных осложнений перикардитов у детей. Особенности диагностики тактики лечения тампонады сердца.		
18. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм перикардитов у детей.		
19. Разбор случаев из клинической практики.		
9. <i>Условия для проведения занятия:</i> Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. <i>Самостоятельная работа обучающегося:</i> Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. <i>Иллюстрационные материалы:</i> Презентация		
13. <i>Литература:</i> см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. <i>Тема 15:</i>	Болезни перикарда	
2. <i>Дисциплина:</i>	Госпитальная педиатрия	
3. <i>Специальность</i>	31.05.02 Педиатрия	
4. <i>Продолжительность практического занятия (в академических часах):</i>	4 часа	
5. <i>Учебная цель:</i> Ознакомить обучающихся с определением «перикардит» у детей», этиологией, частотой встречаемости данного заболевания в детской популяции, особенностями поражения перикарда невоспалительного генеза, а именно, паразитарными поражениями, кистами, опухолями, наличием инородных тел, ранениями, принципами классификации, клинических симптомами и синдромами перикардитов у детей, диагностическими методами различных форм перикардитов у детей, проведением дифференциального диагноза, особенностями течения заболевания у детей, потенциальными осложнениями, условиями возникновения тампонады сердца, особенностями диагностики последней, тактикой ведения и лечения, мерами по снижению риска потенциальных осложнений перикардитов в детской кардиологической практике.		
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	20	
7. <i>Объем новой информации (в минутах):</i>	70	
8. <i>Отработка практических навыков (в минутах):</i>	90	
8. <i>План практического занятия, последовательность его изложения:</i>		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии, эпидемиологии, классификации перикардитов с акцентуацией на частоту встречаемости редких форм перикардитов у детей.		
3. Особенности клинических симптомов и синдромов, клинической диагностики различных форм перикардитов у детей. Обсуждение редких форм данного заболевания в детской популяции.		
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм перикардитов. Интерпретация результатов обследования. Условия возникновения тампонады сердца, особенностей диагностики последней.		
5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
6. Алгоритм проведения лечения детей с перикардитами (консервативных и хирургических аспектов), показаний к диагностической и лечебной пункции перикарда.		
7. Анализ потенциальных осложнений перикардитов у детей. Особенности диагностики тактики лечения тампонады сердца.		
8. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм перикардитов у детей.		
9. Разбор случаев из клинической практики.		

9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 16:	Артериальная гипертензия и гипотензия у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «артериальные гипертензии», особенностях этиологии артериальных гипертензий в детской популяции в разных возрастных группах, классификации с акцентуацией на актуальность вторичных (симптоматических) артериальных гипертензий в детской кардиологической практике, механизмах развития, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, важности вариантах формулировки клинического заключительного диагноза, вариантах современного подхода к лечению артериальных гипертензий у детей, вариантах потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения развития и прогрессирования артериальной гипертензии, снижения риска формирования гипертонической болезни в старших возрастных группах. Ознакомить обучающихся с понятием «артериальные гипотензии», особенностях этиологии артериальных гипотензий в детской популяции в разных возрастных группах, классификации с акцентуацией на актуальность данной патологии в детской кардиологической практике, механизмах развития, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах лечения артериальных гипотензий у детей, вариантах потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения развития и прогрессирования артериальной гипотензии, снижения риска формирования стойкой гипотонии в старших возрастных группах.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
7.Объем новой информации (в минутах):		70
8.Отработка практических навыков (в минутах):		90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии. Актуальность вторичных артериальных гипертензий в детской кардиологической практике.		
3. Обсуждение возможных механизмов развития артериальных гипертензий в детском возрасте. Особенности гемодинамики. Варианты изменения гемодинамики при прогрессировании заболевания.		
4. Особенности клинических проявлений различных форм артериальной гипертензии у детей.		
5. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм артериальных гипертензий в современных условиях с использованием новых технологий. Интерпретация результатов обследования.		
6. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
7. Алгоритм проведения лечения детей с различными формами артериальной гипертензии.		
8. Анализ потенциальных осложнений.		
9. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм артериальной гипертензии у детей		

Риски прогрессирования с потенциальным переходом в гипертоническую болезнь. Значение результатов суточного АД – мониторингирования в прогнозировании течения заболевания. Важность профориентации.		
10. Особенности диспансерного наблюдения детей с различными формами артериальной гипертензии.		
11. Разбор случаев из клинической практики.		
12. Особенности этиологии, классификации (с акцентуацией на варианты физиологической и патологической) гипотонии. Актуальность вторичной артериальной гипотензии в детской кардиологической практике.		
13. Обсуждение возможных механизмов развития артериальных гипотензий в детском возрасте. Особенности гемодинамики. Варианты изменения гемодинамики при прогрессировании заболевания.		
14. Особенности клинических проявлений различных форм артериальной гипотензии у детей.		
15. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм артериальных гипотензий в современных условиях с использованием новых технологий. Интерпретация результатов обследования.		
16. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
17. Алгоритм проведения лечения детей с различными формами артериальной гипотензии.		
18. Анализ потенциальных осложнений. Алгоритм купирования проявлений острой симптоматической артериальной гипотензии (шока, недостаточности кровообращения).		
19. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм артериальной гипотензии у детей. Значение результатов суточного АД – мониторингирования в прогнозировании течения заболевания. Важность профориентации.		
20. Особенности диспансерного наблюдения детей с различными формами артериальной гипотензии. Актуальность санаторно-курортного лечения в санаториях кардиологического профиля.		
21. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 17:	Синдром вегетативной дисфункции	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «синдром вегетативной дисфункции», особенностях этиологии и проявлениях в различных возрастных группах с акцентуацией на подростковый период, классификации, потенциальных механизмах развития в детской популяции, важности генеалогического анамнеза, особенностях клинических проявлений, исследовании исходного вегетативного статуса, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинко-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, принципах отличия ВСД от нейроциркуляторной дистонии, вариантах лечения синдрома вегетативно дисфункции в детской кардиологической практике, потенциальных прогнозов, важности профилактических мер для предупреждения прогрессирования заболевания.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		

1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии, классификации, варианты патогенеза. Отличие понятия вегетососудистой дистонии от нейроциркуляторной дистонии в детской кардиологии.		
3. Особенности клинических проявлений различных форм вегетососудистой дистонии у детей. Варианты оценки вегетативного статуса с акцентуацией на особенности проявлений заболевания в подростковом возрасте. Потенциальные трудности в интерпретации клинических данных.		
4. Лабораторно-инструментальные методы диагностики различных форм ВСД. Интерпретация результатов обследования.		
5. Особенности проведения дифференциального диагноза.		
6. Алгоритм проведения лечения детей с различными вариантами проявления ВСД. Актуальность участия родителей в процессе лечения ребенка.		
7. Анализ потенциальных осложнений. Тактика при развитии синкопе. Исключение потенциальных иных патологий в генезе синкопальных состояний. Экстренная доврачебная и специализированная врачебная помощь.		
8. Обсуждение потенциальных прогнозов различных форм вегетососудистой дистонии.		
9. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 18:	Сердечная недостаточность	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о сердечной недостаточности как о части понятия «недостаточность кровообращения», этиологии (экстракардиальными и кардиальными факторами), первичных и вторичных механизмах адаптации, клинических примерах декомпенсации по лево- и правожелудочковому типам, инструментальных методах диагностики с учетом разбора показаний и противопоказаний, осложнениях сердечной недостаточности, особенностях проведения дифференциального диагноза, принципах лечения сердечной недостаточности.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения: Сердечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Синдром малого сердечного выброса (острая сердечная недостаточность). Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Хроническая сердечная недостаточность. Причины развития. Классификация и клиническая картина. Диагностика. Лечение.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		

13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 19:	Нарушения ритма сердца у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление об аспектах этиологии (функциональных (психогенных и рефлекторных) и органических), классификации, нарушений ритма и проводимости сердца (нарушении образования импульса, нарушении проведения импульса, сочетании нарушения ритма и проводимости), особенностях диагностики нарушений ритма и проводимости сердца (показаниях и противопоказаниях к проведению ЭКГ, ЭХО-КГ, суточного ЭКГ – мониторингирования, пробы с физической нагрузкой (стресс-тест), чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца с медикаментозным тестированием, эндокардиального электрофизиологического исследования сердца, эндомиокардиальной биопсии из правых камер сердца), особенностях купирования пароксизмальных нарушений сердечного ритма (медикаментозные и немедикаментозные (рефлекторные пробы) методах, видах лечения нарушений ритма и проводимости сердца (медикаментозным, включая антиаритмическую терапию с обсуждением показаний, противопоказаний, побочных эффектов, проаритмогенных эффектов, рекомендуемых доз препаратов у детей, показаний к оперативному лечению (имплантации электрокардиостимуляторов, радиочастотных воздействий), правилах ведения детей с имплантированными электрокардиостимуляторами.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Аспекты этиологии (функциональные (психогенные и рефлекторные), органические причины) различных нарушений ритма и проводимости сердца.		
3. Классификация нарушений ритма и проводимости сердца (нарушение образования импульса (номотопные (синусовая аритмия, синусовые тахикардии, синусовые брадикардии), гетеротопные нарушения ритма сердца (миграция водителя ритма, экстрасистолы, эктопические непароксизмальные тахикардии, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция – трепетание предсердий, фибрилляция желудочков), нарушение проведения импульса (внутрипредсердные блокады, синоатриальные блокады, АВ блокады (1, 2, 3 степени), блокады ножек пучка Гиса), комбинированные нарушения ритма и проводимости сердца (синдром слабости синусового узла, феномен (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, феномен (синдром короткого интервала PQ, феномен (синдром удлиненного интервала QT (Романо-Уорда).		
4. Разбор потенциальных механизмов аритмий (повышенный автоматизм, «реентри»).		
5. Особенности клинических проявлений различных форм нарушений ритма и проводимости сердца. Исключение аритмогенного генеза как одной из потенциальных причин синкопальных состояний у детей различных возрастных групп.		
6. Особенности лабораторно-инструментальных методов диагностики различных видов нарушений ритма и проводимости сердца с использованием новых технологий. Обсуждение показаний и противопоказаний к проведению ЭКГ, ЭХО-КГ, суточному ЭКГ – мониторингированию, пробы с физической нагрузкой (велозргометрии, тредмила, стресс-теста), чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца с медикаментозным тестированием, эндокардиального электрофизиологического исследования сердца, эндомиокардиальной биопсии из правых камер сердца, сцинтиграфии миокарда, МРТ сердца). Интерпретация полученных данных.		
7. Особенности купирования пароксизмальных нарушений сердечного ритма (медикаментозные и немедикаментозные (рефлекторные пробы, электростимуляция) методы.		

8. Анализ потенциальных осложнений нарушений ритма и проводимости сердца у детей.		
9. Виды лечения нарушений ритма и проводимости сердца (медикаментозное, включая антиаритмическую терапию с обсуждением показаний, противопоказаний, побочных и проаритмогенных эффектов, рекомендуемых доз препаратов у детей) и оперативное с обсуждением показаний к имплантации электрокардиостимуляторов, радиочастотных воздействиям, криоаблации.		
10. Особенности правил ведения детей с имплантированными электрокардиостимуляторами.		
11. Диспансерное наблюдение детей с различными нарушениями ритма и проводимости сердца. Вопросы профориентации.		
12. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 20:	Врождённые пороки сердца с увеличенным лёгочным кровотоком (1)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать современное представление этиологии ВПС. Гемодинамические нарушения при различных видах ВПС. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида порока. Алгоритм диагностики ВПС у детей. Врождённые пороки сердца с увеличенным лёгочным кровотоком. ОАП, ДМПП, ДМЖП. Гемодинамика. Клинические проявления. Диагностика. Течение. Осложнения. Сроки оперативного лечения		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Современное представление этиологии ВПС. Классификация ВПС. Гемодинамические нарушения при различных видах ВПС. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида порока. Алгоритм диагностики ВПС у детей.		
3. Врождённые пороки сердца с увеличенным лёгочным кровотоком. ОАП, ДМПП, ДМЖП. Гемодинамика. Клинические проявления. Диагностика. Течение. Осложнения. Сроки оперативного лечения		
4. Диспансерное наблюдение детей с ВПС. Вопросы профориентации.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 21:	Врождённые пороки сердца с обеднённым лёгочным кровотоком (2)	

2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать современное представление этиологии ВПС. Гемодинамические нарушения при различных видах ВПС. Особенности клинических проявлений в зависимости от вида порока. Алгоритм диагностики ВПС у детей. Врождённые пороки сердца с обеднённым лёгочным кровотоком. Изолированный стеноз лёгочной артерии. Болезнь Тетрада Фалло. Транспозиция магистральных сосудов. Гемодинамика. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Прогноз. Лечение. Неотложная помощь при гипоксическом приступе. Врождённые пороки сердца с обеднением большого круга кровообращения (стеноз устья аорты коарктация аорт). Гемодинамика. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальный диагноз. Течение Осложнения. Прогноз. Лечение.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Врождённые пороки сердца с обеднённым лёгочным кровотоком. Изолированный стеноз лёгочной артерии. Болезнь Тетрада Фалло. Транспозиция магистральных сосудов. Гемодинамика. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Прогноз. Лечение. Неотложная помощь при гипоксическом приступе.		
3. Врождённые пороки сердца с обеднением большого круга кровообращения. (стеноз устья аорты коарктация аорты). Гемодинамика. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальный диагноз. Течение Осложнения. Прогноз. Лечение.		
4. Диспансерное наблюдение детей с ВПС. Вопросы профориентации.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 22:	Ювенильные артриты	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Ювенильный идиопатический артрит», этиологии, патогенезе артритов в детской популяции в разных возрастных группах, классификации, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах формулировки клинического заключительного диагноза, вариантах современного подхода к лечению артритов у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		

Сустав-соединение костей. 3 главных типа суставов.		
Методика исследования суставов		
Понятие ювенильного артрита		
Заболеваемость и распространенность ЮРА		
Критерии ЮРА, ЮХА, ЮИА		
Этиопатогенез ЮРА		
Клиническая картина различных вариантов дебюта: суставной синдром, признаки системного воспаления, экстраартикулярные вовлечения.		
Дифференциальная диагностика: инфекции, неопластический процесс, реактивный артрит.		
Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями соединительной ткани		
Формулировка диагноза		
Анатомические стадии		
Функциональные классы		
Рентгенологические признаки		
Критерии ремиссии		
Лабораторные тесты		
Лечение		
Прогноз		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 23:	Диффузные заболевания соединительной ткани	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Диффузные заболевания соединительной ткани», этиологии, патогенезе коллагенозов в детской популяции в разных возрастных группах, классификации, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах формулировки клинического заключительного диагноза, вариантах современного подхода к лечению диффузных заболеваний соединительной ткани у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
Системная красная волчанка:		
Этиология		
Значение генетических и триггерных факторов		
Патогенез		
Патоморфология		
Основные патологические проявления: общие проявления, поражение кожи и ее придатков, поражение слизистых, суставов, костные изменения, поражение мышц, серозных оболочек, сердца, легких, почек, ЖКТ, ЦНС.		
Понятие антифосфолипидного синдрома		
Лабораторная диагностика		

Классификация и диагностические критерии АРА 1997 г.		
Лечение		
Прогноз		
Дерматомиозит		
Классификация		
Клинико-морфологические особенности		
Диагностические критерии		
Специфические лабораторные тесты, электрофизиологические, морфологические методы диагностики		
Лечение		
Прогноз		
Системная склеродермия		
Патогенез: роль патологического коллагено и фиброобразования, нарушение микроциркуляции		
Вирусно-генетические и иммунные механизмы		
Клинические проявления		
Диагностические критерии		
Лечение		
Течение		
Прогноз		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 24:	Системные васкулиты	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Системные васкулиты», этиологии, классификации, особенностях клинических проявлений, современных методах диагностики, интерпретации результатов клинико-инструментальных исследований, особенностях дифференциального диагноза, вариантах формулировки клинического заключительного диагноза, вариантах современного подхода к лечению системных васкулитов у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения: Педиатрические аспекты васкулитов. Формы, встречающиеся только в детском возрасте. Формы, не характерные для детей. Узелковый периартериит: Определение. Классификация. Полиморфизм клинических проявлений. Выделение основных синдромов. Артериальная гипертензия. Диагностические критерии. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Геморрагический васкулит. Диагностические критерии. Клиническая картина. Лечение. Прогноз Аортоартериит. Диагностические критерии. Клиническая картина. Лечение. Прогноз Болезнь Кавасаки. Диагностические критерии. Клиническая картина. Лечение. Прогноз Гранулематоз Вегенера. Диагностические критерии. Клиническая картина. Лечение. Прогноз		

9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 25:	Наследственные нарушения обмена веществ. Общие подходы к диагностике. Мукополисахаридозы	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Аминоацидопатии», изучить наиболее часто встречающиеся аминокислотопатии как медицинскую, социальную и общекультурную проблему		
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
7.Объем новой информации (в минутах):		70
8.Отработка практических навыков (в минутах):		90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Биохимические основы нарушений обмена. Общие представления об аминокислотопатиях.		
3. Гиперфенилаланинемия, классификация, патогенез, клинические проявления в зависимости от сроков установления диагноза. Диагностика.Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении. Течение. Исходы.		
4. Тирозинемия I, II типа, классификация, патогенез, клинические проявления в зависимости от сроков установления диагноза. Диагностика.Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении. Течение. Исходы.		
5. Нарушение обмена триптофана Клинические проявления в зависимости от сроков установления диагноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении. Течение. Исходы.		
6. Алкаптонурия, клинические проявления в зависимости от сроков установления диагноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Основные направления в лечении. Течение. Исходы.		
7. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 26:	Наследственные нарушения обменов липидов	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена веществ», изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена веществ		

как медицинскую, социальную и общекультурную проблему. Сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена липидов» и «Дислипидопротеинемии», изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена липидов как медицинскую, социальную и общекультурную проблему.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Гистологические основы нарушений обмена, биология клетки, лизосомы, характеристика лизосомных ферментов. Общие представления о нарушениях обмена веществ. Характеристика мукополисахаридозов как группы заболеваний, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
3. Гистологические основы нарушений обмена сфинголипидов. Общие представления о нарушениях обмена липидов. Характеристика липидозов как группы заболеваний.		
4. Болезнь Гоше. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
5. Болезнь Фабри. Классификация, клиника, диагностика, лечение.		
6. Болезнь Нимана-Пика. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
7. Болезнь Тея-Сакса. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
8. Дислипидопротеинемии (гиперхолестеринемии, гиперглицидемии). Этиология. Дифференциальный диагноз. Современные возможности терапии. Течение. Исходы. Прогноз.		
9. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 27:	Наследственные нарушения обмена углеводов	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: сформировать представление о понятии «Наследственные нарушения обмена липидов», Изучить наиболее часто встречающиеся наследственные нарушения обмена липидов как медицинскую, социальную и общекультурную проблему		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Гистологические основы нарушений обмена гликогена. Общие представления о нарушениях обмена углеводов.		
3. Характеристика гликогенозов как группы заболеваний. Классификация.		
4. Болезнь Гирке. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
5. Болезнь Помпе. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
6. Галактоземия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.		
7. Фруктоземия. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.		

8. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 28:	Иммунодефицитные состояния (1)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить: патогенез, клинику, диагностику, современные направления в лечении первичных ИДС - ИДС с преимущественной недостаточностью антител (гуморальные ИДС): агаммоглобулинемия (болезнь Брутона), аутосомно-рецессивная агаммоглобулинемия (швейцарский тип), гипогаммоглобулинемия, общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН), избирательный дефицит IgA. ИДС с преимущественной недостаточностью клеточного звена иммунитета (синдром Незелофа, синдром Ди Джорджи).		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Иммуногенез в норме. Особенности иммунной системы у детей.		
3. Первичные ИДС. Классификация.		
4. ИДС с преимущественной недостаточностью антител (гуморальные ИДС): агаммоглобулинемия (болезнь Брутона), аутосомно-рецессивная агаммоглобулинемия (швейцарский тип), гипогаммоглобулинемия, общевариабельная иммунологическая недостаточность (ОВИН), избирательный дефицит IgA. Патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.		
5. ИДС с преимущественной недостаточностью клеточного звена иммунитета (синдром Незелофа, синдром Ди-Джорджи). Патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.		
6. Разбор случаев из клинической практики.		
7. Подготовка и чтение докладов по теме (Заболевания и синдромы, ассоциируемые с врожденными иммунодефицитами).		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 29:	Иммунодефицитные состояния (2)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить: патогенез, клинику, диагностику, современные направления в лече-		

нии первичных ИДС – комбинированных, с патологией в системе агоцитоза и системе комплимента. Вторичные иммунодефицитные состояния.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
7. Объем новой информации (в минутах):		70
8. Отработка практических навыков (в минутах):		90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Первичные ИДС. Классификация.		
3. Комбинированные иммунодефициты. Тяжелая комбинированная иммунологическая недостаточность – ТКИН (с низким содержанием Т- и В-клеток). Синдром Вискота-Олдрича, синдром Луи-Бар. Патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение.		
4. ИДС, связанные с нарушением фагоцитоза. (синдром гипериммуноглобулемии Е, хроническая гранулематозная болезнь). Патогенез. Клиника. Диагностика. Современные направления в лечении первичных ИДС. Прогноз.		
5. ИДС, связанные с дефицитом системы комплимента (наследственный ангионевротический отек, дефицит С2-компонента комплимента, дефицит С3-4 -компонентов комплимента, дефицит С5-9 -компонентов комплимента,		
6. Вторичные ИДС. Этиология. Патогенез, клинические проявления, диагностика. Лечение. Современные представления на иммунозаместительную терапию. Прогноз.		
7. Разбор случаев из клинической практики.		
8. Подготовка и чтение докладов по теме (Заболевания и синдромы, ассоциируемые с врожденными иммунодефицитами).		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 30:		Синдром нарушенного кишечного всасывания
2. Дисциплина:		Госпитальная педиатрия
3. Специальность		31.05.02 Педиатрия
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: Изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, современные взгляды на лечение и прогноз нарушенного кишечного всасывания при муковисцидозе, целиакии, экссудативной энтеропатии, дисахаридазной недостаточности.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
7. Объем новой информации (в минутах):		70
8. Отработка практических навыков (в минутах):		90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Физиология кишечного всасывания, анатомо-физиологические особенности кишечного всасывания у детей раннего возраста		
3. Основные причины нарушения кишечного всасывания (врожденная лактазная недостаточность, мальабсорбция глюкозы, муковисцидоз, целиакия, первичная интестинальная лимфангиэктазия, хлоридная диарея, гипоплазия поджелудочной железы)		
4. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обес-		

печения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 31:	Бронхообструктивный синдром (1)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, современные взгляды на лечение и прогноз бронхообструктивного синдрома		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей раннего возраста		
3. Бронхообструктивный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Современные подходы к терапии. Выбор противокашлевых лекарственных средств. Профилактика.		
4 . Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 32:	Бронхообструктивный синдром (2)	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, современные взгляды на лечение и прогноз бронхообструктивного синдрома		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы у детей раннего возраста		
3. Бронхообструктивный синдром. Этиология. Патогенез. Клиника Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Исходы. Современные подходы к терапии. Выбор противокашлевых лекарственных средств. Профилактика.		
4 . Разбор случаев из клинической практики.		

9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 33:	Гипертермический синдром	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить этиологию, патогенез, роль противовоспалительных цитокинов в развитии гипертермии, клинику, диагностику, дифференциальный диагноз, осложнения гипертермического синдрома, осложнения. Выбор современных антипиретических лекарственных средств, неотложную помощь при гипертермическом и судорожном синдромах.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Инфекционные причины гипертермии (вирусные, бактериальные, микозы, паразитозы). Неинфекционные причины гипертермии (иммунопатологические процессы, опухолевые процессы, внутричерепные травмы и кровоизлияния, тромбозы сосудов, гранулематозные болезни, прием лекарств, метаболические заболевания, эндокринные болезни, наследственные факторы)		
3. Разбор случаев из клинической практики.		
4. Подготовка и чтение докладов по теме (Особенности патогенеза формирования фебрильных судорог. Лихорадки неясного генеза: причины и дифференциальная диагностика.)		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 34:	Железодефицитные синдромы у детей	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: Изучить типичное течение, диагностику, дифференциальный диагноз, лечение и диспансерное наблюдение при железодефицитных анемиях у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		

2. Особенности этиологии, патогенеза, предрасполагающих факторов в развитии железодефицитных состояний у детей и подростков.		
3. Последствия и риски дефицита железа.		
4. Клинические проявления дефицита железа у детей и подросткжелезодефицитной анемией.		
5. Лабораторная диагностика железодефицитных анемий		
6. Классификация анемий, основанная на некоторых лабораторных показателях.		
7. Дифференциальная диагностика железодефицитных анемий.		
8. Лечение железодефицитных анемий.		
9. Современные препараты для лечения железодефицитных состояний.		
10. Прогноз при железодефицитных анемиях.		
11. Реабилитация.		
12. Диспансерное наблюдение больных железодефицитной анемией.		
13. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 35:	Мегалобластные анемии у детей наследственные и приобретенные	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить типичное течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при мегалобластных анемиях у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Определение мегалобластной анемии		
3. Метаболизм цианкобаламина и фолиевой кислоты в организме человека.		
4. Причины развития мегалобластных анемий.		
5. Особенности кроветворения при дефиците фолиевой кислоты и витамина В 12.		
6. Клиническая картина и дифференциальный диагноз мегалобластных анемий.		
7. Этиопатогенетическая классификация мегалобластных анемий.		
8. Диагностика мегалобластных анемий.		
9. План обследования больного мегалобластной анемией.		
10. Анализы, подтверждающие наличие мегалобластной анемии.		
11. Анализы, уточняющие причину развития мегалобластной анемии.		
12. Анализы, уточняющие причину развития дефицита фолиевой кислоты или витамина В12.		
13. Критерии диагноза мегалобластной анемии.		
14. Терапия витамин В12-дефицитной анемии, фолиеводефицитной анемии.		
15. Критерии эффективности лечения, основные результаты при оптимальной терапии.		
16. Диспансерное наблюдение		
17. Вакцинация		
18. Пренатальная диагностика		
19. Снятие пациента с диспансерного учета		

20. Социальная и психологическая реабилитация		
21. Возможность пребывания в организованном коллективе		
22. Возможность нагрузок и занятий спортом и выбор профессии, отношение к рождению детей		
23. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 36:	Наследственные гемолитические анемии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить классификацию, типичное течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при гемолитических анемиях у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Метаболизм билирубина в организме человека		
3. Наследственные гемолитические анемии:		
1. Ферментопатии (дефицит глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы, каталазы, пируваткиназы). Тип наследования. Этиология. Провоцирующие факторы. Патогенез (тип гемолиза). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Прогноз.		
2. Гемоглобинопатии.		
- Талассемия. Определение. Классификация. Этиология. Патогенез (неэффективный эритропоэз). Клиника в зависимости от формы талассемии (фенотип и гематологические нарушения). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к ТКМ. Пренатальная диагностика. Прогноз.		
- Серповидноклеточная анемия. Этиология. Патогенез. Клиника (ишемические и гематологические проявления). Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная помощь во время гемолитического криза.		
4. Приобретенные гемолитические анемии. Определение. Классификация.		
Иммунные гемолитические анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению глюкокортикоидов, цитостатических препаратов, спленэктомии. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Осложнения. Прогноз.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		

13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 37:	Приобретенные гемолитические анемии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить классификацию, типичное течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при гемолитических анемиях у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков(в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Метаболизм билирубина в организме человека		
3. Приобретенные гемолитические анемии. Определение. Классификация. Иммуные гемолитические анемии. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к назначению глюкокортикоидов, цитостатических препаратов, спленэктомии. Неотложная помощь во время гемолитического криза. Осложнения. Прогноз.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 38:	Депрессии кроветворения	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05. 02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить диагностику, дифференциальную диагностику, течение, лечение и диспансерное наблюдение при врожденных и приобретенных депрессиях кроветворения у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии, патогенеза, предрасполагающих факторов при апластических анемиях у детей и подростков.		
3. Классификация апластических анемий.		
4. Клинические симптомы, диагностика и дифференциальная диагностика апластических анемий.		
5. Лабораторная диагностика апластических анемий		
6. Лечение приобретенных апластических анемий.		
7. Анемия Фанкони – клиническая характеристика, лабораторные признаки, патофизиология.		

лечение, трансплантация костного мозга.		
8. Врожденный дискератоз.		
9. Парциальные красноклеточные аплазии костного мозга.		
10. Классификация парциальных красноклеточных аплазий костного мозга.		
11. Анемия Даймонда – Блэкфана.		
12. Транзиторная эритроцитопения детей.		
13. Диспансерное наблюдение больных с апластическими анемиями.		
14. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 39:	Синдром лимфоаденопатии. Синдром спленомегалии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить типичное течение, диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при болезни Ходжкина, неспецифических лимфаденопатиях у детей, синдроме спленомегалии.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7. Объем новой информации (в минутах):	70	
8. Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Анатомо-физиологические особенности лимфатической системы у детей.		
3. Патологические механизмы развития лимфоаденопатий при воспалительных заболеваниях.		
4. Методы исследования лимфатических узлов.		
5. Классификация лимфоаденопатий		
6. Локализация лимфоаденопатий в зависимости от инфекционного заболевания		
7. Дифференциальный диагноз синдрома лимфоаденопатии инфекционной и неинфекционной природы.		
8. Ошибки при диагностике лимфоаденопатии.		
9. Показания для биопсии лимфатического узла.		
10. Лимфома Ходжкина, морфологическая классификация, клиника, лабораторная диагностика, стадирование (клиническая классификация), лечение, осложнения терапии лимфомы Ходжкина, прогноз, диспансерное наблюдение.		
11. Спленомегалия. Определение. Причины спленомегалии.		
12. План обследования ребенка со спленомегалией – сбор анамнеза, физикальное обследование, методы обследования.		
13. Терапевтический алгоритм при спленомегалии.		
14. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по резуль-		

татам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 40:	Геморрагический васкулит	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить типичное течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при геморрагическом васкулите у детей		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1.Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Особенности этиологии и патогенеза при геморрагическом васкулите у детей.		
3. Классификация системных васкулитов, классификация пурпуры Шенлейна - Геноха.		
4. Клинические проявления геморрагического васкулита, пурпура, суставной синдром, абдоминальный синдром, поражение почек, транзиторный мочевого синдром.		
5. Лабораторная диагностика, критерии тяжести и прогноза геморрагического васкулита.		
6. Лечение геморрагического васкулита, базисная, альтернативная, симптоматическая терапия.		
7. Дифференциальная диагностика геморрагического васкулита.		
8. Прогноз при геморрагическом васкулите.		
9. Реабилитация.		
10. Диспансерное наблюдение больных после геморрагического васкулита.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10.Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12.Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 41:	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром).	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):	4 часа	
5. Учебная цель: изучить течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и профилактику ДВС синдрома у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):	20	
7.Объем новой информации (в минутах):	70	
8.Отработка практических навыков (в минутах):	90	
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. ДВС-синдром, патогенез.		
2. Причины развития ДВС-синдрома		
3. Клиническая картина ДВС-синдрома.		
4. Клиническая и лабораторная диагностика ДВС-синдрома.		
5. Терапия ДВС-синдрома		

6. Профилактика ДВС-синдрома.		
7. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		
1. Тема 42:	Тромбоцитопатии	
2. Дисциплина:	Госпитальная педиатрия	
3. Специальность	31.05.02 Педиатрия	
4. Продолжительность практического занятия (в академических часах):		4 часа
5. Учебная цель: изучить классификацию, типичное течение, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение и диспансерное наблюдение при тромбоцитопатиях у детей.		
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
7. Объем новой информации (в минутах):		70
8. Отработка практических навыков (в минутах):		90
8. План практического занятия, последовательность его изложения:		
1. Ежедневная аттестация (контрольные вопросы (контролирующие тесты) по теме текущего занятия).		
2. Тромбоцитопатии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация (морфологические и патогенетические формы). Клиника. Диагностика. Лечение. Типы кровотечений. Неотложная помощь при кровотечениях. Дифференциальный диагноз. Прогноз.		
5. Разбор случаев из клинической практики.		
9. Условия для проведения занятия: Наличие персональных компьютеров, программного обеспечения и методических разработок		
10. Самостоятельная работа обучающегося: Повторение пройденного на практическом занятии материала для лучшего усвоения.		
11. Методы контроля полученных знаний и навыков: Контрольный опрос. Дискуссия по результатам выполненной работы		
12. Иллюстрационные материалы: Презентация		
13. Литература: см. карту обеспеченности учебно-методической литературой		

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

По дисциплине	«Госпитальная педиатрия» (наименование дисциплины)
Для специальности	Педиатрия, 31.05.02 (наименование и код специальности)

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, практических занятий, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, помещение для самостоятельной работы, а также помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования кафедры госпитальной педиатрии, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2, лит. Я, 4 -этаж

Учебные аудитории (66,2 м²)

Оснащены мебелью:

столы учебные – 30,

стол преподавателя – 4,

стулья – 67,

проектор – 1,

компьютер – 1, с выходом в интернет

Набор методических материалов для занятий (печатных и электронных).

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ

По дисциплине	«Госпитальная педиатрия» (наименование дисциплины)
Для специальности	Педиатрия, 31.05.02 (наименование и код специальности)

К инновациям в преподавании дисциплины «Госпитальная педиатрия» относится педагогическая технология и методика обучения «портфолио». «Портфолио» представляет собой комплект документов, представляющий совокупность индивидуальных достижений обучающегося. Создание «портфолио» - творческий процесс, позволяющий учитывать результаты, достигнутые обучающимся в разнообразных видах деятельности (учебной, творческой, социальной, коммуникативной) за время изучения данной дисциплины.

Основная цель «портфолио» - помощь обучающемуся в самореализации как личности, как будущему специалисту медико-профилактического профиля, владеющему профессиональными знаниями, умениями, навыками и способным творчески решать организационные задачи.

Функциями «портфолио» является: отслеживание хода процесса учения, поддержка высокой мотивации обучающихся, формирование и организационно упорядочивание учебных умений и навыков.

Структура «портфолио» должна включать:

1. Конспект лекций.
2. Выполнение практических заданий для самостоятельной работы.
3. Решение ситуационных задач.
4. Реферат.

Оценка осуществляется по каждому разделу «портфолио».

«Портфолио» позволяет решать важные педагогические задачи:

- поддерживать высокую учебную мотивацию обучающегося;
- поощрять их активность и самостоятельность;
- расширять возможности обучения и самообучения;
- формировать умение учиться – ставить цели, планировать и организовывать собственную учебную деятельность;
- использование папки личных достижений обучающегося (портфолио) позволяет в условиях рынка труда обучить студента и самостоятельному решению технических, организационных и управленческих проблем, умение представить себя и результаты своего труда.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ,
ИЗДАНЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

По дисциплине

«Госпитальная педиатрия»

(наименование дисциплины)

Для

Педиатрия, 31.05.02

специальности

(наименование и код специальности)

№	Название	Автор (ы)	Год издания	Издательство	Гриф органов исполнительной власти	Примечание
1.	Оценка влияния образовательных технологий и внутришкольной среды на здоровье детей и подростков	Афанасьева Е.А. Барышников Е.Н. Байкова И.Г. Ванчакова Н.П. Ланда С.Б. В.Г.Часнык Носкин В.А. Носкин Л.А. Пивоваров В.В. Потапчук А.А. Рычкова С.В. Эмануэль Ю.В. Эмануэль Т.С.	2011	СПб, изд. СПбГМУ	Методические указания. Официальное издание.	128 с
2.	Васкулиты у детей	Часнык В.Г., Костик М.М., Дубко М.Ф., Солодкова И.В., Меркулова М.В.	2011	СПбГПМА	Методические рекомендации	51с
3.	Антиаритмические препараты в лечении аритмий у детей	Часнык В.Г., Малкина Е.В., Адрианов А.В., Егоров Д.Ф., Гордеев О.Л.	2012	СПбГПМА	Методические рекомендации.	27 с.
4.	Диагностика и лечение брадикардий у детей	Часнык В.Г., Малкина Е.В., Адрианов А.В., Егоров Д.Ф., Гордеев О.Л..	2012	СПб.	Методические рекомендации.	43 с.
5.	Антропометрические характеристики подростков Республики Саха (Якутия)	Часнык В.Г. Самсонова М.И. Аврусин С.Л. Солодкова Е.В. Синельникова Е.В. Дранаева Г.Г. Шадрин В.П. Бурцева Т.Е.	2012	Изд-во «Компания Дани-Алмас», Якутск	Методические рекомендации	23 с
6.	Ультразвуковая диагностика перинатальных гипоксических поражений головного мозга	Крюкова И.А., Солодкова И.В.	2013	СПбГПМУ	Учебное пособие	84 с

7.	Последствия перинатального поражения нервной системы и возможности их коррекции	Солодкова И.В. Соколова Е.В. Меркулова М.В.	2014	СПбГПМУ.	Учебное пособие	48 с
8.	Расти здоровым.	Смирнова Т.В., Бурэ Н.П., Сулова Г.А., Солодкова И.В., Завьялова А.Н.	2014	СПбГПМУ	методические рекомендации	31 с
9.	Нейросонография в диагностике перинатальных гипоксически-ишемических и гипоксически-геморрагических поражений головного мозга	Солодкова И.В., Крюкова И.А.	2016	Экспромед. Екатеринбург	учебное пособие	115 с
10.	Дети от матерей с сахарным диабетом. Сахарный диабет у новорожденных	Солодкова И.В., Мельникова Л.Н., Паршина Н.В., Иванов Д.О., Петренко Ю.В., Федосеева Т.А.	2016	Изд. «Информ-навигатор»	Клинические рекомендации (протоколы) по неонатологии	18 с
11.	Эндокринопатии новорожденных детей	Барышек Е.В., Мельникова Л.Н., Паршина Н.В., Солодкова И.В., Батилова Е.В., Аврусин С.Л., Петренко Ю.В.	2017	СПбГПМУ	Методические рекомендации	20 с
12.	Динамика антропометрических характеристик и артериального давления у детей Республики Саха (Якутия).	В.Г.Часнык Г.Г. Дранаева, Л.И. Вербицкая, М.И. Томский, Т.Е. Бурцева, В.П. Шадрин, Л.А. Николаева, С.Я. Яковлева, В.Г. Часнык, С.Л. Аврусин, Е.В.Синельникова, Я.Н. Бобко, И.В.Солодкова, Е.В. Барышек, М.Л.Синельникова, У.М.Лебедева, Ю.И. Сенкевич, В.Н.Шеповальников, В.А.Оношко	2017	Изд. «Сфера»Якутск,	Методическое пособие	160 с
13.	Врожденная гиперплазия коры надпочечников у детей и взрослых: эпидемиология, клиника, генетические и гормональные маркеры	Т.Е. Бурцева, С.Я. Яковлева, Л.А. Сыдыкова, Я.А. Мунхалова, С.С. Слепцова, В.Г. Часнык, Е.В. Синельникова, С.Л. Аврусин.	2018	Изд. "Ситм-медиа", Якутск	Учебно-методическое пособие	68 с

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине	«Госпитальная педиатрия» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Педиатрия» 31.05.02 (наименование и код специальности)

Воспитательный процесс на кафедре организован на основе рабочей программы «Воспитательная работа» ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и направлен на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в российском обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства, формирование у обучающихся чувства патриотизма, гражданственности, уважения к закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации, природе и окружающей среде.

Воспитательная работа осуществляется в соответствии с отечественными традициями высшей школы и является неотъемлемой частью процесса подготовки специалистов.

Воспитание в широком смысле представляется как «совокупность формирующего воздействия всех общественных институтов, обеспечивающих передачу из поколения в поколение накопленного социально-культурного опыта, нравственных норм и ценностей».

Целью воспитания обучающихся ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России является разностороннее развитие личности с высшим профессиональным образованием, обладающей высокой культурой, интеллигентностью, социальной активностью, качествами гражданина-патриота.

Основная задача в воспитательной работе с обучающимися - создание условий для раскрытия и развития творческих способностей, гражданского самоопределения и самореализации, гармонизации потребностей в интеллектуальном, нравственном, культурном и физическом развитии.

Наиболее актуальными являются следующие задачи воспитания:

1. Формирование высокой нравственной культуры.
2. Формирование активной гражданской позиции и патриотического сознания, правовой и политической культуры.
3. Формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности.
4. Привитие умений и навыков управления коллективом в различных формах студенческого самоуправления.
5. Сохранение и приумножение историко-культурных традиций университета, преемственность в воспитании студенческой молодежи.

6. Укрепление и совершенствование физического состояния, стремление к здоровому образу жизни, воспитание нетерпимого отношения к курению, наркотикам, алкоголизму, антиобщественному поведению.

Решить эти задачи возможно, руководствуясь в работе принципами:

- гуманизма к субъектам воспитания;
- демократизма, предполагающего реализацию системы воспитания, основанной на взаимодействии, на педагогике сотрудничества преподавателя и студента;
- уважения к общечеловеческим отечественным ценностям, правам и свободам граждан, корректности, толерантности, соблюдения этических норм;
- преемственности поколений, сохранения, распространения и развития национальной культуры, воспитания уважительного отношения, любви к России, родной природе, чувства сопричастности и ответственности за дела в родном университете.

На кафедре созданы оптимальные условия для развития личности обучающегося, где студентам оказывается помощь в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении широкого круга социального опыта.

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

По дисциплине	«Госпитальная педиатрия» (наименование дисциплины)
Для специальности	«Педиатрия» 31.05.02 (наименование и код специальности)

В целях предотвращения распространения коронавирусной инфекции Университет по рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации временно вынужден был перейти на дистанционную форму обучения.

При реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. (Федеральный закон от 29 декабря 2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Дистанционные образовательные технологии - образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или частично опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника (ГОСТ 52653-2006).

Под дистанционным обучением понимают взаимодействие обучающегося и преподавателя между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфическими средствами интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. В настоящее время существуют и другие варианты этого термина: дистантное образование, дистанционное образование. При дистанционном обучении основным является принцип интерактивности во взаимодействии между обучающимися и преподавателем.

Структура дистанционного обучения представлена на рисунке 1:



Рис. 1 Структура дистанционного обучения

Преподаватель (субъект) должен выбрать средства обучения, которые соответствуют потребностям объекта, что полностью отражает структуру дистанционного взаимодействия.

Основные отличительные черты дистанционного образования от традиционного заключается в следующем:

1. Важной отличительной чертой дистанционного обучения является «дальнодействие», т.е. обучающийся и преподаватель могут находиться на любом расстоянии.
2. Экономическая эффективность, т.е. отсутствие транспортных затрат и затрат на проживание и т.п.

Введение дистанционного обучения в Университете позволило определить средства, с помощью которых оно реализуется: Zoom, Discord, Whereby, Skype, Moodle (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда).

Электронная образовательная среда Moodle (ЭОС Moodle) – бесплатная система электронного обучения, с простым и понятным интерфейсом, надежная, адаптированная под различные устройства с различными операционными системами, которая дает возможность проектировать и структурировать образовательные курсы на усмотрение Университета и каждой кафедры.

В условиях, когда невозможно осуществлять образовательный процесс в традиционной форме и традиционными средствами, существуют альтернативы. Альтернативные формы, методы и средства обучения не могут заменить традиционные и они требуют оптимизации и доработки, но в условиях форс-мажорных обстоятельств могут быть реализованы.