федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ**

**ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

\_\_\_\_\_ **ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

По специальности Педиатрия 31.05.02.

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования

по направлению подготовки (специальности)

Педиатрия 31.05.02.

 утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № \_3\_\_\_\_\_\_\_\_ от « 23\_\_\_» октября\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015\_\_\_

 **Оренбург**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.Пояснительная записка**

Самостоятельная работа — форма организации образовательного процесса, стимулирующая активность, самостоятельность, познавательный интерес обучающихся.

Самостоятельная работа обучающихся является обязательным компонентом образовательного процесса, так как она обеспечивает закрепление получаемых знаний путем приобретения навыков осмысления и расширения их содержания, решения актуальных проблем формирования общекультурных (универсальных), общепрофессиональных и профессиональных компетенций, научно-исследовательской деятельности, подготовку к занятиям и прохождение промежуточной аттестации.

Самостоятельная работа обучающихся представляет собой совокупность аудиторных и внеаудиторных занятий и работ, обеспечивающих успешное освоение образовательной программы высшего образования в соответствии с требованиями ФГОС. Самостоятельность предусматривает умение ставить перед собой цель и достигать ее без посторонней помощи и поддержки, выполняя все функции управления своей деятельностью .

Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине дифференциальные вопросы общей практики ведется в различных формах: подготовка к практическому занятию (тестовые задания, решение ситуационных задач, участие в дискуссии. устный ответ). Текущий контроль знаний осуществляется в виде устного опроса, Умения оцениваются по индивидуальной работе студента с выписками из историй, умению решать задачи по синдромальному принципу диагностики.Обучение предусматривает промежуточную аттестацию (зачет) и итоговую государственную аттестацию.

Самостоятельная работа может быть аудиторной и внеаудиторной

*Внеаудиторная самостоятельная работа* представлена следующим образом:

- устная проработка учебного материала (по конспектам лекций, учебной и научной литературе);

- подготовку ко всем видам контрольных испытаний;

- конспектирование первоисточников и другой учебной литературы;

- поиск научных публикаций и электронных источников информации;

- подготовка заключения по обзору, доклада к практическому занятию;

- решение задач;

- работа с тестами и вопросами для самопроверки;

- моделирование (составление задачи самостоятельно) и/или анализ конкретных проблемных ситуаций;

- работа в молодежных научных обществах, кружках, семинарах.

*Аудиторная самостоятельная работа* представлена в следующих вариантах:

- выполнение заданий по анализу историй болезни, составление дифференциально диагностических алгоритмов, составление программ лечения и диспансерного наблюдения в конкретной ситуации);

- участие в работе на практическом занятии: устный ответ, доклад, сообщение, дискуссия;

- решение задач;

- контрольная работа (в т.ч. тесты) – письменное выполнение.

.

Целью самостоятельной работы является получение новых знаний, закрепление и систематизация знаний, полученных ранее, формирование навыка работы с пациентами, навыка работы с медицинской документацией.

**2. Содержание самостоятельной работы обучающихся.**

Содержание заданий для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено ***в фонде оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине***, который прикреплен к рабочей программе дисциплины, раздел 6 «Учебно- методическое обеспечение по дисциплине (модулю)», в информационной системе Университета.

Перечень учебной, учебно-методической, научной литературы и информационных ресурсов для самостоятельной работы представлен в рабочей программе дисциплины, раздел 8 « Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины ».

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тема самостоятельной работы  | Форма самостоятельной работы1 | Форма контроля самостоятельной работы *(в соответствии с разделом 4 РП)*  | Форма контактной работы при проведении текущего контроля2 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| *Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины3* |
| 1 | *Внеаудиторная самостоятельная работа* - устная проработка учебного материала (по конспектам лекций, учебной и научной литературе); - подготовку ко всем видам контрольных испытаний; - конспектирование первоисточников и другой учебной литературы; - поиск научных публикаций и электронных источников информации; - подготовка заключения по обзору, доклада к семинару, практическому занятию; - аннотирование книг, статей; - написание рефератов; - решение задач; - создание презентации, - работа с тестами и вопросами для самопроверки; - моделирование (составление задачи самостоятельно) и/или анализ конкретных проблемных ситуаций; - работа в молодежных научных обществах, кружках, семинарах.Х6 |  |  |  |
| 2 | *Аудиторная самостоятельная работа* - выполнение заданий по наблюдению и сбору материалов в процессе практики; участие в работе на практическом занятии: устный ответ, доклад, сообщение, дискуссия; - решение задач; - контрольная работа (в т.ч. тесты) – письменное выполнение. |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
| *Самостоятельная работа в рамках модуля 4* |
|  |  |  |  |  |
| *Самостоятельная работа в рамках практических занятий*Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в неонатологии» *дисциплины Госпитальная педиатрия5* |
| 1 | Тема Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в неонатологии» | *для овладения, закрепления и систематизации знаний*: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);, конспектирование текста. - для формирования умений: решение ситуационных задач.**Вопросы для собеседования:** **Синдром дыхательных расстройств**1. Особенности дыхания у доношенных и недоношенных новорожденных детей.
2. Определение понятий «респираторный дистресс-синдром (РДС)»
3. Основные причины расстройства дыхания у новорожденных детей.
4. Пренатальная и постнатальная диагностика дыхательных расстройств, шкалы для оценки степени тяжести дыхательных расстройств.
5. Клинические проявления и диагностика дыхательных расстройств легочного происхождения:

6. Внелегочные причины расстройств дыхания (клиника, диагностика): - гемодинамические; - неврологические; - метаболические; - инфекционные; - гастроинтестинальные; - пороки развития.7. Тактика ведения новорожденных с дыхательными расстройствами на различных этапах выхаживания.**Синдром желтухи**1. Образование и метаболизм билирубина плода и новорожденного.
2. Клинико-лабораторная классификация желтух.
3. Критерии физиологической и патологической желтухи.
4. Клинические и лабораторные проявления гемолитических, конъюгационных, паренхиматозных, механических желтух.
5. Клиническая картина билирубиновой энцефалопатии, факторы, повышающие риск билирубиновой энцефалопатии. Ядерная желтуха.
6. Гемолитическая болезнь новорожденных.
7. Наследственные гемолитические анемии (сфероцитоз, пикноцитоз, эллиптоцитоз и др.), энзимопатии, гемоглобинопатии.
8. Гемолитическая анемия при дефиците витамина Е,
9. Полицитемия новорожденного (при фето-фетальной трансфузии, гипоксии). Особенности патогенеза. Клинические проявления, лечение.
10. Наследственные конъюгационные желтухи (синдром Криглера-Наджара, Люцея-Дрискола и др.)
11. Приобретенные конъюгационные желтухи (при морфофункциональной незрелости, грудном вскармливании)
12. Желтухи при эндокринных заболеваниях (гипотиреозе, сахарном диабете).
13. Желтухи с прямой гипербилирубинемией.
14. Наследственные дефекты экскреции билирубина из гепатоцита (синдром Дубина-Джонса, Ротора). Наследственные аномалии обмена (муковисцидоз, галактоземия, фруктоземия и др.).
15. Холестатическая желтуха, патогенез, клиника, тактика.
16. Фетальный гепатит. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, исходы, профилактика.
17. Методы обследований детей с заболеваниями, сопровождающимися желтухами.
18. Принципы лечения гемолитических, конъюгационных, паренхиматозных, механических желтух.

**Геморрагический синдром**1.Особенности сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у новорожденных детей.1. Особенности свертывающей и противосвертывающей системы крови у новорожденных детей.
2. Классификация геморрагических синдромов у новорожденных.
3. Причины развития геморрагической болезни у новорожденных детей, дифференциальная диагностика истинной и ложной мелены. Проба Апта.
4. Классические лабораторные и дифференциальные тесты при геморрагических синдромах.
5. Характеристика клинических симптомов и лабораторных изменений при наследственных коагулопатиях. Патогенез развития геморрагического синдрома. Лечение. Неотложная помощь.
6. Особенности геморрагического синдрома, обусловленного тромбоцитопенией. Патогенез иммунных форм. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз.
7. Неотложная терапия геморрагического синдрома в зависимости от причины тромбоцитопении.
8. Лечение геморрагической болезни новорожденных.
9. Принципы оказания неотложной помощи новорожденным с геморрагическим синдромом.
10. Диспансеризация детей с геморрагическими синдромами в периоде новорожденности.
 | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | Аудиторная Внеаудиторная |
|  | **Тема:** «Алгоритм диагностики и лечения отдельных синдромов в нефрологии » | *для овладения, закрепления и систематизации знаний* работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); конспектирование текста - для формирования умений: решение ситуационных задач **Вопросы для собеседования:** 1. Нефротический синдром. Клинико-морфологические критерии.
2. Острый гломерулонефрит.
3. Хронический гломерулонефрит у детей. Лечение гломерулонефрита в детском возрасте.
4. Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность. Показания к гемодиализу.
 | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |
|  | **Тема:** «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей. Острый аппендицит, перитониты детского возраста. Инвагинация кишечника». | *для овладения, закрепления и систематизации знаний* работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); конспектирование текста - для формирования умений: решение ситуационных задач **Вопросы для собеседования:** 1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость острым аппендицитом?
2. Пути инфицирования червеобразного отростка?
3. Особенности клинической картины у детей младшего возраста.
4. Клиническая картина у детей старшего возраста.
5. Особенности обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит.
6. Показания к госпитализации детей с болями в животе
7. Назовите ведущий симптом при остром аппендиците.
8. Дифференциальный диагноз острого аппендицита с другими патологическими состояниями ( копростаз, почечная колика, перекрут придатка (кисты придатка) .
9. Каковы послеоперационные осложнения при аппендэктомии?
10. Назовите осложнения острого аппендицита у детей.
11. аппендикулярный инфильтрат (показания к оперативному лечению, исходы).
12. Какие существуют методы оперативного лечения аппендикулярного абсцесса?
13. Первичный или криптогенный перитонит (особенности диагностики). В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек?
14. Классификация аппендикулярного перитонита у детей.
15. Патогенез разлитого перитонита.
16. Объем и длительность предоперационной подготовки при перитоните.
17. Современные методы оперативного лечения перитонита
18. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.
19. В каком возрасте наибольшая заболеваемость инвагинацией кишечника?
20. Классификация, возрастные особенности развития инвагинации кишечника.
21. Причины развития заболевания, патогенез клинических симптомов.
22. Ранние признаки типичной инвагинации.
23. Клиническая картина илеоцекальной инвагинации.
24. Дифференциальная диагностика кишечной инвагинации.
25. Ультразвуковая диагностика инвагинации.
26. Рентгенодиагностика инвагинации кишечника.
27. Консервативное лечение инвагинации: показания и противопоказания.
28. Лапароскопическая дезинвагинация.
29. Оперативное лечение инвагинации
 | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |
|  | **Тема:** «Заболевания и пороки развития пищевода. Синдром рвоты у новорожденных и детей раннего возраста». | *для овладения, закрепления и систематизации знаний ра-бота с конспектом лекции; работа над учебным материа-лом (учебника, первоисточ-ника, дополнительной лите-ратуры); конспектирование текста* *- для формирования умений: решение ситуационных задач***Вопросы для собеседования:***1.* Врожденная кишечная непроходимость (причины, классификация)2. Эмбриогенез кишечной трубки.3. Нормальный внутриутробный поворот средней кишки и его патология.6. Клиника и диагностика высокой врожденной кишечной непроходимости.7. Клиника и диагностика низкой врожденной кишечной непроходимости.8. Особенности предоперационной подготовки при врожденной кишечной непроходимости.9. Принципы оперативного лечения врожденной кишечной непроходимости.10. Атрезия пищевода (АП), понятие, этиопатогенез.11. Анатомические формы атрезии пищевода.12. Диагностика атрезии пищевода в родильном доме.13. Тактика врача родильного дома.14. Транспортировка новорожденного с АП.15. Рентгенодиагностика АП.16. Предоперационная подготовка.17. Принципы хирургического лечения АП.18. Эмбриогенез врожденного трахеопищеводного свища19. Клиника, методы диагностики и лечения трахеопищеводных свищей.20. Халазия и ахалазия пищевода, клиника, рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. 21. Консервативное лечение, показания к оперативному лечению.22. Определение понятия пилоростеноза, этиопатогенез.23. Течение пилоростеноза, ранняя и поздняя симптоматика.24. Клиническая диагностика пилоростеноза (Лабораторная, эндоскопическая, ультразвуковая и рентгенологическая.27. Хирургическое лечение пилоростеноза и предоперационная подготовка.29. Ведение послеоперационного периода, осложнения.30. Понятие гастро-эзофагеального рефлюкса.31. Какие факторы обеспечивают нормальную функцию НПС?32. Какие заболевания приводят к ГЭР.33. Клинические проявления ГЭР со стороны пищевода.34. Клинические проявления ГЭР со стороны бронхолегочной системы.35. Осложнения ГЭР.36. Что включает в себя позиционная терапия ГЭР?37. Назовите показания к оперативному лечению ГЭР у детей. | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |
|  | **Тема:** «Дыхательная недостаточность у новорожденных и детей раннего возраста. БДЛ». | *для овладения, закрепления и систематизации знаний ра-бота с конспектом лекции; работа над учебным материа-лом (учебника, первоисточ-ника, дополнительной лите-ратуры); конспектирование текста* *- для формирования умений: решение ситуационных задач***Вопросы для собеседования:**1. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
2. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
3. Клинические проявления дыхательной недостаточности (цианоз, одышка, стридор, ритм дыхания).
4. Физикальные данные при ДН.
5. Синдром внутригрудного напряжения
6. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
7. Пороки развития легких, вызывающие ДН (агенезия, аплазия, гипоплазия легких, врожденная лобарная эмфизема).
8. Диафрагмально-плевральные грыжи и их значение в развитии ДН.
9. Алгоритм дифференциальной диагностики ДН у новорожденных (атрезия хоан, макроглоссия, синдром Пьера-Робина, ранула, лимфангиома шеи).
10. Спонтанный пневмоторакс у новорожденных.
11. Неотложная помощь при ДН у новорожденных.
12. Деструктивная пневмония, понятие, этиопатогенез.
13. Классификация деструктивной пневмонии.
14. Внутрилегочные осложнения БДЛ, клиника, диагностика.
15. Лечение внутрилегочных осложнений БДЛ. Методы дренирования абсцессов легкого.
16. Лечение плевральных осложнений БДЛ (плевральная пункция, дренаж по Бюлау, активная аспирация, временная окклюзия бронха).
17. Консервативное лечение БДЛ и ее осложнений.
 | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |
| 2 | **Тема:** **«Алгоритм диагностики и лечения патологии углеводного и жирового обмена».** | *для овладения, закрепления и систематизации знаний* работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); конспектирование текста - для формирования умений: решение ситуационных задач **Вопросы для собеседования:** 1. Сахарный диабет. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.2. Коматозные состояния при сахарном диабете (гипергликемическая, кетоацидотическая, гипогликемическая, гиперосмолярная, лактацидемическая комы). Причины. Клинические варианты. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия коматозных состояний. Прогноз. Профилактика.3. Ожирение. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика. | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |
| 3 | Тема «**Алгоритм диагностики и лечения патологии щитовидной железы, гипофиза и половых желез.**» | *для овладения, закрепления и систематизации знаний* работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы); конспектирование текста- для формирования умений: решение ситуационных задач, курация больных**Вопросы для собеседования:**4. Врожденный гипотиреоз. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Лечение. Прогноз. Профилактика.5. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса). Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.6. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика. 7. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности. 8. Врожденная дисфункция коры надпочечников. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.9. Нарушения роста. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Задержка роста. Низкорослость. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.10. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. | Входной тестовый контроль.СобеседованиеРешение ситуационных задачСовместный осмотр больного, с оценкой умений: сбор анамнеза, методика осмотра больного, оценка лабораторных данных формулировка предварительного и клинического диагноза, назначение лечения | АудиторнаяВнеаудиторная |

**Методические указания обучающимся по подготовке**

 **к практическим занятиям**

Практическое занятие *–* форма организации учебного процесса, направленная на повышение обучающимися практических умений и навыков посредством группового обсуждения темы, учебной проблемы под руководством преподавателя.

*При разработке устного ответа на практическом занятии можно использовать* *классическую схему ораторского искусства. В основе этой схемы лежит 5 этапов*:

1. Подбор необходимого материала содержания предстоящего выступления.

2. Составление плана, расчленение собранного материала в необходимой логической последовательности.

3. «Словесное выражение», литературная обработка речи, насыщение её содержания.

4. Заучивание, запоминание текста речи или её отдельных аспектов (при необходимости).

5. Произнесение речи с соответствующей интонацией, мимикой, жестами.

*Рекомендации по построению композиции устного ответа:*

1. Во введение следует:

- привлечь внимание, вызвать интерес слушателей к проблеме, предмету ответа;

- объяснить, почему ваши суждения о предмете (проблеме) являются авторитетными, значимыми;

- установить контакт со слушателями путем указания на общие взгляды, прежний опыт.

2. В предуведомлении следует:

- раскрыть историю возникновения проблемы (предмета) выступления;

- показать её социальную, научную или практическую значимость;

- раскрыть известные ранее попытки её решения.

3. В процессе аргументации необходимо:

- сформулировать главный тезис и дать, если это необходимо для его разъяснения, дополнительную информацию;

- сформулировать дополнительный тезис, при необходимости сопроводив его дополнительной информацией;

- сформулировать заключение в общем виде;

- указать на недостатки альтернативных позиций и на преимущества вашей позиции.

4. В заключении целесообразно:

- обобщить вашу позицию по обсуждаемой проблеме, ваш окончательный вывод и решение;

- обосновать, каковы последствия в случае отказа от вашего подхода к решению проблемы.

*Рекомендации по составлению развернутого плана-ответа*

*к теоретическим вопросам практического занятия*

1. Читая изучаемый материал в первый раз, подразделяйте его на основные смысловые части, выделяйте главные мысли, выводы.

2. При составлении развернутого плана-конспекта формулируйте его пункты, подпункты, определяйте, что именно следует включить в план-конспект для раскрытия каждого из них.

3. Наиболее существенные аспекты изучаемого материала (тезисы) последовательно и кратко излагайте своими словами или приводите в виде цитат.

4. В конспект включайте как основные положения, так и конкретные факты, и примеры, но без их подробного описания.

5. Отдельные слова и целые предложения пишите сокращенно, выписывайте только ключевые слова, вместо цитирования делайте лишь ссылки на страницы цитируемой работы, применяйте условные обозначения.

6. Располагайте абзацы ступеньками, применяйте цветные карандаши, маркеры, фломастеры для выделения значимых мест.

**Методические указания по подготовке и оформлению реферата**

Реферат – самостоятельная научно-исследовательская работа студента по раскрытию сути исследуемой проблемы, изложению различных точек зрения и собственных взглядов на нее. В реферате в последовательности должны быть все его структурные элементы: титульный лист, содержание, введение, основная часть, заключение, список использованных источников.

1. Титульный лист реферата должен отражать название вуза, название факультета и кафедры, на которой выполняется данная работа, название реферата, фамилию и группу выполнившего, фамилию и ученую степень проверяющего.

2. В оглавлении последовательно излагаются названия пунктов реферата, указываются страницы, с которых начинается каждый пункт.

3. Во введении формулируется суть исследуемой проблемы, обосновывается выбор темы, определяются ее значимость и актуальность, указываются цель и задачи реферата, дается характеристика используемой литературы.

4. Основная часть: каждый раздел доказательно раскрывает отдельную проблему или одну из ее сторон, логически является продолжением предыдущего; в основной части могут быть представлены таблицы, графики, схемы.

5. Заключение: подводятся итоги или дается обобщенный вывод по теме реферата, предлагаются рекомендации.

Содержание реферата должно быть логичным; изложение материала носить проблемно-тематический характер, а текст полностью отражать тему, отвечая следующим требованиям:

- актуальность рассматриваемой проблемы;

- обоснованность излагаемых проблем, вопросов, предложений;

- логичность, последовательность и краткость изложения;

- отражение мнения по проблеме реферирующего.

Ссылки по тексту реферата на используемые источники необходимо оформлять в квадратных скобках, указывая номер источника по списку литературы, приведенному в конце работы (например: [2]). Через точку после номера указываются дословно цитируемые предложения автора или страницы его текстов (например: [2. с. 24-25]). Собственные имена авторов в тексте реферата и источники на иностранном языке приводят на языке оригинала. Объем реферата как составной части педагогической практики должен составлять от 15 до 20 машинописных страниц формата А4. Размер шрифта «Times New Roman» 14 пт, межстрочный интервал, поля: правое — 10 мм; верхнее, левое и нижнее — 20 мм. Нумерация страниц должна быть сквозной, начиная с титульного листа (на титульном листе номер не ставится).

**Методические указания по подготовке компьютерной презентации**

Компьютерная презентация: демонстрация в наглядной форме основных положений доклада, степени освоения содержания проблемы.

*Алгоритм подготовки компьютерной презентации*:

1) подготовка и согласование с научным руководителем текста доклада;

2) разработка структуры презентации;

3) создание презентации в Power Point;

4) репетиция доклада с использованием презентации.

***Требования к оформлению компьютерной презентации:***

- Презентация должна полностью соответствовать тексту вашего доклада. В первую очередь вам необходимо составить сам текст доклада, во вторую очередь – создать презентацию.

- Титульный слайд должен содержать тему доклада и фамилию, имя и отчество докладчика.

- Очередность слайдов должна четко соответствовать структуре вашего доклада. Не планируйте в процессе доклада возвращаться к предыдущим слайдам или перелистывать их вперед, это усложнит процесс и может сбить ход ваших рассуждений.

- Не пытайтесь отразить в презентации весь текст доклада! Слайды должны демонстрировать лишь основные положения вашего доклада.

- Слайды не должны быть перегружены графической и текстовой информацией, различными эффектами анимации.

- Текст на слайдах не должен быть слишком мелким (кегель 24-28).

- Предложения должны быть короткими, максимум – 7 слов. Каждая отдельная информация должна быть в отдельном предложении или на отдельном слайде.

- Тезисы доклада должны быть общепонятными.

- Не допускаются орфографические ошибки в тексте презентации!

- Иллюстрации (рисунки, графики, таблицы) должны иметь четкое, краткое и выразительное название.

- В дизайне презентации придерживайтесь принципа «чем меньше, тем лучше»

- Не следует использовать более 3 различных цветов на одном слайде.

- Остерегайтесь светлых цветов, они плохо видны издали.

- Сочетание цветов фона и текста должно быть таким, чтобы текст легко мог быть прочитан. Лучшее сочетание: белый фон, черный текст. В качестве основного шрифта рекомендуется использовать черный или темно-синий.

- Лучше использовать одну цветовую гамму во всей презентации, а не различные стили для каждого слайда.

- Используйте только один вид шрифта. Лучше использовать простой печатный шрифт вместо экзотических и витиеватых шрифтов.

- Финальным слайдом, как правило, благодарят за внимание, дают информацию для контактов.

*Требования к тексту презентации:*

- не пишите длинно;

- разбивайте текстовую информацию на слайды;

- используйте заголовки и подзаголовки;

- для повышения удобочитаемости используйте: форматирование, списки, подбор шрифтов.

*Требования к фону презентации:*

Рекомендуется использовать: синий на белом, черный на желтом, зеленый на белом, черный на белом, белый на синем, зеленый на красном, красный на желтом, красный на белом, оранжевый на черном, черный на красном, оранжевый на белом, красный на зеленом.

*Требования к иллюстрациям презентации:*

- Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация.

- Что можно изобразить, лучше не описывать словами.

- Изображать то, что трудно или невозможно описать словами.

- Используйте анимацию, как одно из эффективных средств привлечения внимания пользователя и управления им.

- Используйте видеоинформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении.

- Помните, что видеоинформация требует больших затрат вычислительных ресурсов и значительных затрат на доставку и воспроизведение изображения.

**Методические указания по выполнению Информационного поиска**

**(поиска неструктурированной информации)**

Задачи современного информационного поиска:

- решение вопросов моделирования;

- классификация документов;

- фильтрация, классификация документов;

- проектирование архитектур поисковых систем и пользовательских интерфейсов;

- извлечение информации (аннотирование и реферирование документов);

- выбор информационно-поискового языка запроса в поисковых системах.

В процессе выполнения самостоятельной работы студент может использовать различные виды поиска (*преподаватель может сразу указать необходимый для выполнения задания вид информационного поиска)*:

- поиск библиографический – поиск необходимых сведений об источнике и установление его наличия в системе других источников. Ведется путем разыскания библиографической информации и библиографических пособий (информационных изданий);

- поиск самих информационных источников (документов и изданий), в которых есть или может содержаться нужная информация;

- поиск фактических сведений, содержащихся в литературе, книге (например, об исторических фактах и событиях, о биографических данных из жизни и деятельности писателя, ученого и т. п.).

*Алгоритм выполнения задания:*

1) определение области знаний;

2) выбор типа и источников данных;

3) сбор материалов, необходимых для наполнения информационной модели;

4) отбор наиболее полезной информации;

5) выбор метода обработки информации (классификация, кластеризация, регрессионный анализ и т.д.);

6) выбор алгоритма поиска закономерностей;

7) поиск закономерностей, формальных правил и структурных связей в собранной информации;

8) творческая интерпретация полученных результатов.

**Методические Указания по работе с пациентом.**

 **Схема осмотра курируемого больного**

 **Основные жалобы**

**Ж**алобы больного, связанные с его основным заболеванием.

**Детализация основных жалоб**

**Л**окализация, частота и интенсивность жалоб, условия их возникновения или исчезновения, связь жалоб с провоцирующими факторами.

**Общие жалобы с детализацией**

Слабость, утомляемость, беспокойство, изменение сна, аппетита, потливость, повышение температуры.

**Жалобы с посистемным уточнением**

Жалобы, отражающие патологические изменения со стороны других органов и систем.

***Внимание!*** *Если на момент первичного осмотра куратором жалобы у ребенка отсутствуют, необходимо отдельно выделить жалобы при поступлении больного в стационар.*

**4. АНАМНЕЗ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

В хронологическом порядке описываются начало (острое, постепенное) заболевания, жалобы, клинические признаки, связь с причинными и провоцирующими факторами, результаты первичного лабораторно-инструментального обследования. Амбулаторное или стационарное лечение, предшествующее настоящей госпитализации, эффективность проводимой терапии. Дальнейшая динамика состояния ребенка. При хронической патологии необходимо указать частоту обострений, условия их возникновения, реабилитационные мероприятия и их эффективность.

***Внимание!*** *Анамнез заболевания излагается в виде лаконичного рассказа (без излишней детализации) со слов родителей и больного, а также по данным амбулаторной карты или стационарной истории болезни ребенка. В конце анамнеза необходимо указать причину поступления больного в стационар (для уточнения диагноза, продолжения лечения, для оказания неотложной помощи и т.д.)*

**5. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

**Антенатальный период**

Число, течение и исходы предыдущих беременностей. Течение настоящей беременности. Наличие гестозов, угрозы прерывания беременности. Условия жизни и питания беременной. Соматические и гинекологические заболевания матери до и во время беременности, проведенное лечение. Профессиональные вредности, вредные привычки. Регулярность наблюдения в женской консультации. Прием витамина Д и препаратов железа с профилактической целью. Лабораторная и ультразвуковая скрининг-диагностика патологии плода. Отклонения в развитии плода. Продолжительность беременности к моменту родов (роды в срок, недоношенная или переношенная беременность).

 **Перенесенные заболевания**

Проявления хронических расстройств питания, рахита, железодефицитной анемии и перинатальных поражений ЦНС на первом году жизни. Лечебные мероприятия. Перенесенные острые заболевания, в том числе инфекционные (указать в каком возрасте), особенности их течения, осложнения, лечение. Паразитарные инвазии. Хирургические вмешательства. Переносимость медикаментозных препаратов. Наличие хронических заболеваний и очагов хронической инфекции, частота обострений, эффективность реабилитации.

***Внимание!*** *В данном разделе отражаются возможные анамнестические сведения о сопутствующем заболевании, которое было выявлено до госпитализации ребенка.*

**Аллергологический анамнез**

Наличие аллергических реакций на пищевые продукты, домашнюю пыль, цветение растений, медикаменты и другие причиннозначимые аллергены. Триггеры. Эффективность гипосенсибилизирующей терапии (если проводилась).

**Наследственность и семейный анамнез**

Состояние здоровья родителей, братьев, сестер, дедушек и бабушек (три поколения), а также других ближайших родственников. Причины смертности.

***Внимание!*** *При подозрении на наследственное заболевание составляется родословная (графическое изображение)*.

**Эпидемиологический анамнез**

Наличие в окружении ребенка (дом, дошкольное учреждение, школа, район проживания) больных с инфекционными заболеваниями, в том числе детскими инфекциями, туберкулезом и венерическими болезнями. Отсутствие контакта с ними.

***Внимание!*** *Объективные сведения о контакте с инфекционным больным в течение последнего месяца перед госпитализацией содержатся в справке из территориальных органов госсанэпиднадзора по месту жительства ребенка.*

**Социальный анамнез**

Состав и материальный доход семьи. Характеристика жилья. Питание в семье. Уход за ребенком. Соблюдение ребенком режима дня. Наркозависимость членов семьи (алкоголь, наркотики, никотин). Психологический климат в семье. Заключение о материально-бытовых условиях (удовлетворительные или неудовлетворительные .

**Интранатальный период**

Длительность родового акта, время отхождения вод, наличие патологии родовой деятельности. Акушерские пособия (оперативные и медикаментозные), осложнения.

**Неонатальный период**

После рождения закричал ребенок сразу или после оживления. Меры оживления. Оценка по шкале Апгар. Антропометрические показатели при рождении (длина тела, масса, окружность головы и груди). Время первого прикладывания к груди. Характер сосания, убыль массы и время ее восстановления. Время появления и исчезновения желтухи, ее интенсивность. На какой день отпал пуповинный остаток, динамика заживления пупочной ранки. Течение пограничных состояний. Патологические состояния и заболевания в неонатальном периоде, лечебные мероприятия. На какой день выписан домой из родильного дома, масса тела при выписке. Состояние ребенка после выписки из роддома.

***Внимание!*** *Достоверная информация о перинатальном периоде содержится в выписной справке из родильного дома.*

**Вскармливание ребенка**

Продолжительность естественного вскармливания. Возраст и причины перевода на смешанное или искусственное вскармливание. Коррекция вскармливания (молочные смеси, их количество и последовательность введения). Сроки и последовательность введения соков, фруктового пюре, прикормов, их переносимость. Состав, объем пищи и режим питания на первом году жизни и последующие периоды детства.

**Физическое развитие**

Динамика нарастания массы и длины тела, окружности головы и груди на первом году жизни. Масса и длина тела в 1 год. Время и порядок прорезывания зубов. Темпы физического развития в последующие периоды детства (соответственно возрасту, отставал в физическом развитии).

**Нервно-психическое развитие**

Становление моторики на первом году жизни (когда начал держать голову, переворачиваться со спины на живот, сидеть, ползать, ходить). Психическое развитие до года (когда ребенок стал улыбаться, гулить, узнавать мать, произносить слоги, запас слов к году). Психомоторное развитие в последующие периоды детства (развитие речи, движений, игровой деятельности, формирование навыков самообслуживания и гигиены, социальная адаптация, дошкольное воспитание). Учебная успеваемость.

**Профилактические прививки**

Какие и когда проведены. Соответствие календарю профилактических прививок (соответствует возрасту, по индивидуальному графику). Поствакцинальные осложнения. Результаты пробы Манту в динамике.

***Внимание!*** *Достоверная информация по данному разделу содержится в сертификате о профилактических прививках, который имеется у каждого ребенка при поступлении в стационар.*

**Перенесенные заболевания**

Проявления хронических расстройств питания, рахита, железодефицитной анемии и перинатальных поражений ЦНС на первом году жизни. Лечебные мероприятия. Перенесенные острые заболевания, в том числе инфекционные (указать в каком возрасте), особенности их течения, осложнения, лечение. ***Внимание! Подробное описание антенатального, интранатального и неонатального периодов, вскармливания, физического и нервно-психического развития ребенка до года необходимо только для отражения анамнеза жизни у детей раннего возраста. При недостатке анамнестических данных (отсутствие родителей при осмотре, негативизм или незнание больного по возрасту о состоянии своего здоровья) информация собирается по истории развития или стационарной истории болезни ребенка****.*

**6. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

**Общий осмотр**

Оценка общего состояния (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое, крайне тяжелое). Оценка сознания (ясное, затемненное, ступор, кома). Настроение (спокойное, неустойчивое, подавленное, возбужденное), контакт с окружающими, сон, аппетит. Положение (активное, пассивное, вынужденное). Оценка общего вида ребенка: телосложение, пропорциональность отдельных частей тела, осанка, походка, деформации скелета, признаки дисплазии соединительной ткани, выражение лица. Состояние питания (удовлетворительное, пониженное, повышенное).

**Кожный покров и слизистые оболочки**

Осмотр и пальпация. Цвет кожи (бледность, цианоз, иктеричность, гиперемия). Наличие расширенной кожной венозной сети, сыпи, рубцов, стрий, расчесов, кровоизлияний, гемангиом, телеангиоэктазий, пигментации и депигментации, опрелостей и отеков (локализация, распространенность, размеры). Эластичность и влажность кожи. Дермографизм. Состояние волосяного покрова и ногтей. Состояние слизистых оболочек (цвет, наличие высыпаний, кровоизлияний, налета). У новорожденных определяется состояние пупочной ранки и пупочных сосудов.

**Подкожный жировой слой**

Осмотр и пальпация. Степень развития, равномерность распределения, толщина и тургор мягких тканей. Уплотнения и отеки, их локализация, консистенция и распространенность.

**Периферические лимфатические узлы**

Осмотр и пальпация. Характеристика групп лимфатических узлов (количество, консистенция, подвижность, размеры, болезненность).

**Мышечная и костная система**

Осмотр и пальпация. Степень развития мышц (хорошее, удовлетворительное, слабое, одинаковое на симметричных участках). Характер и объем активных движений. Тонус и сила мышц (консистенция, осанка, степень сопротивления при активных движениях). Пороки развития мускулатуры (атрофия, гипертрофия, параличи и парезы). Нарушение роста и пропорций тела. Форма и размеры головы (черепа) и грудной клетки. Позвоночник (форма, физиологические изгибы, подвижность). Осмотр и пальпация верхних и нижних конечностей. Деформации и искривления костного скелета, наличие болезненности. Осмотр и пальпация суставов (конфигурация, величина, подвижность, гиперемия и болезненность).

***У детей раннего возраста*** определяется размеры родничков, наличие остеомаляции, увеличенных лобных, затылочных и теменных бугров, «рахитических четок», «браслеток», «нитей жемчуга», мышечной гипотонии. Форма стопы (нормальная, уплощенная). ***У детей старшего возраста*** при общем осмотре определяется положение больного, соответствие роста возрасту ребенка, оценивается осанка и походка, проводятся пробы на координацию движений. Наличие плоскостопия.

Перкуссия. Ребра, грудина, трубчатые кости (болезненность).

**Система органов дыхания**

Осмотр. Носовое дыхание (свободное, затрудненное, отсутствует). Наличие раздувания крыльев носа, пенистых выделений в углах рта. Состояние миндалин. Голос (афония, осиплый и др.). Кашель при осмотре, наличие мокроты. Одышка (отсутствует, инспираторная, экспираторная или смешанная). Тип дыхания (грудной, брюшной и смешанный). Наличие патологических типов дыхания (хаотическое, Биота, Куссмауля, Чейн-Стокса и Грокко-Фругони). Частота дыханий в одну минуту (норма, брадипноэ, тахипноэ). Ритм дыхания (ритмичное, аритмичное). Форма грудной клетки (правильная, неправильная). Одинаковость участия в дыхании обоих половин грудной клетки. Участие в акте дыхания вспомогательных мышц. Сглаженность, западения, выбухания, расширения межреберных промежутков. Западение или увеличение одной половины грудной клетки.

Пальпация. Резистентность грудной клетки (эластичная, ригидная), болезненность при пальпации. Голосовое дрожание (усилено, ослаблено, одинаково с обеих сторон).

Перкуссия. При сравнительной перкуссии характер перкуторного звука (ясный легочный, притуплен, тупой, тимпанической, коробочный). Одинаковость перкуторного звука в симметричных участках. Локализация изменения перкуторного звука по опознавательным линиям. При топографической перкуссии определение высоты верхушек легких спереди и сзади, ширина полей Кренига, нижних границ по среднеключичной линии справа, средним подмышечным и лопаточным линиям с обеих сторон. Экскурсия легких (по возрасту). Наличие положительных симптомов Кораньи, Аркавина, и чаши Философова.

Аускультация. Характеристика дыхательных шумов (пуэрильное, везикулярное, жесткое, бронхиальное, ослабленное, амфорическое). Наличие хрипов (сухие, влажные), крепитации, шума трения плевры, их локализация и звучность. Бронхофония.

**Система органов кровообращения**

Осмотр и пальпация. Поза больного. Наличие «барабанных палочек», «часовых стекол», отеков. Пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен. Наличие венозной сети, деформации грудной клетки в области сердца (сердечный горб). Верхушечный толчок, его локализация, сила и распространенность. Наличие сердечного толчка, эпигастральной пульсации, систолического и диастолического дрожания в области сердца. Пульс на лучевой артерии, его характеристика (частота в минуту, ритм, напряжение, наполнение, форма, величина на обеих руках).

Перкуссия. Определение границ относительной сердечной тупости и ширины сосудистой пучка (у детей старшего возраста).

Аускультация. Характеристика тонов сердца во всех точках их выслушивания (громкость, ритм, чистота) Наличие акцентов, расщепления, раздвоения тонов. Характеристика сердечных шумов во всех точках их выслушивания (отношение к фазам сердечной деятельности, интенсивность, место наилучшего выслушивания, продолжительность, иррадиация), Зависимость сердечных шумов от задержки дыхания, изменения положения тела и физической нагрузки. Наличие шума трения перикарда.

Определение артериального давления на плечевых артериях и по показаниям на бедренных артериях.

Функциональные пробы (ортостатическая проба, проба с дозированной физической нагрузкой по Н.А. Шалкову).

***Внимание!*** *Функциональные пробы проводятся детям старше 5 лет.*

**Система органов пищеварения**

Осмотр. Состояние слизистой оболочки ротовой полости (влажная, сухая, чистая, цвет), мягкого и твердого неба, задней стенки глотки из зева. Состояние языка (чистый, влажный, окраска, налеты, фолликулы, трещины, состояние сосочков, географический язык) и зубов (молочные, постоянные, формула зубов, кариес). Форма живота, его размеры, симметричность, расширение вен передней брюшной стенки, видимая перистальтика, расхождение прямых мышц живота, состояние пупка и участие передней брюшной стенки в акте дыхания. Осмотр ануса (зияние заднего прохода, выпадение прямой кишки, трещины, расчесы, гиперемия, отек).

Пальпация. Поверхностная пальпация живота (напряжение, болезненность, гипе-рестезия, уплотнения, их наличие и локализация). Наличие симптомов Щеткина-Блюмберга, Менделя. Глубокая скользящая пальпация толстого кишечника по Образцову-Стражеско в следующей последовательности: сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная (величина, болезненность, подвижность, урчание). Пальпация печени (нижний край острый, закругленный, мягкий, плотный, болезненный, поверхность гладкая, бугристая, шероховатая), Наличие симптомов Ортнера, Мерфи, Георгиевского, Мюсси, Кера. Пальпация желудка (болезненность, «шум плеска»), селезенки и мезентериальных лимфатических узлов. Пальпация поджелудочной железы (метод Гротта). Болезненность в области зоны Шаффара, точек Дежардена, Мейо-Робсона.

Перкуссия. Перкуссия живота (характер перкуторного звука, наличие метеоризма и свободной жидкости). Определение размеров печени (по Курлову) и селезенки.

Аускультация. Размеры желудка методом аускульто-аффрикции, выраженность перистальтики.

Осмотр испражнений. Частота, цвет, запах, консистенция и патологические примеси.

У новорожденных оценивается активность сосания, наличие срыгиваний, рвоты (частота, характер, связь с кормлением, наличие патологических примесей).

**Система мочеобразования и мочеотделения**

Осмотр. Наличие отеков и выраженность их на лице, нижней части живота, поясничной области, конечностях и наружных половых органов.

Пальпация. Глубокая пальпация почек по В.П.Образцову в горизонтальном и вертикальном положении ребенка. Наличие болезненности при пальпации по ходу мочеточников, верхних и нижних мочеточниковых точек.

Перкуссия. Определение верхней границы мочевого пузыря. Наличие положительного симптома поколачивания. Определение свободной жидкости в брюшной полости.

Мочеиспускание. Частота, ритм и характеристика микций (редкие, частые, болезненность, недержание).

Моча. Внешние признаки (цвет, прозрачность, слизь, осадок и гной).

**Нервная система**

Наличие менингиальных симптомов (ригидности затылочных мышц, положительных симптомов Кернига, Брудзинского). Наличие глазных симптомов, парезов, параличей, тремора, судорог. Состояние черепно-мозговых нервов.

***Внимание!*** *Подробный неврологический статус описывает врач-специалист.*

**Эндокринная система**

Наличие нарушения роста (гигантизм, нанизм, гипостатура) и массы тела (гипотрофия, дистрофия, паратрофия, ожирение). Щитовидная железа (величина, консистенция, наличие узлов). Состояние наружных половых органов (сформированы правильно по мужскому или женском типу, неправильно). Нарушения половой дифференцировки. Наличие признаков преждевременного полового созревания.

***Внимание!*** *При описании состояния органов и систем нет необходимости подробно перечислять патологические симптомы, которые отсутствуют у ребенка (при условии, что они не относятся к клиническим проявлениям основного заболевания).*

*Например: при заболевании пищеварительной системы описываются подробно все гастроэнтерологические симптомы независимо от их наличия или отсутствия.*

**7. ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

У детей физическое развитие оценивается непараметрическим методом путем сравнения основных антропометрических данных ребенка (рост, масса, окружность головы и грудной клетки) с нормативными показателями по стандартным центильным таблицам. Отклонения в показателях физического развития (низкая или повышенная масса, низкий или высокий рост и др.). Определение соматотипа (мезосоматический, микросоматический, макросоматический) и гармоничности развития (гармоничное, дисгармоничное, резко дисгармоничное). Комплексное заключение по физическому развитию на момент осмотра (нормальное физическое развитие или отклонение в физическом развитии).

***Внимание!*** *При оценке физического развития необходимо указать, к какому центилю (коридору) относится каждый антропометрический показатель.*

**8. ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

Для оценки психомоторного развития детей до семилетнего возраста используется табличный метод, который предусматривает сравнение имеющихся у ребенка навыков и умений с долженствующими для данного возраста (развитие анализаторов речи, движения, игра, гигиенические навыки). У детей первых трех лет жизни показатели нервно-психического развития ребенка оценивается по таблице Л.В.Дружининой, И.Д.Дубининой, Г.П.Юрко. У детей школьного возраста оценивается интеллект эмпирическим методом (степень умственного развития, знание окружающего мира, успеваемость в школе, дополнительное внешкольное образование и т.д.). Наличие отклонений в нервно-психическом развитии. Комплексное заключение по нервно-психическому развитию на момент осмотра (соответствует или не соответствует возрасту).

***Внимание!*** *При оценке данных психомоторного развития по таблицам допустимые колебания составляют один возрастной интервал. Достоверную оценку интеллекта проводит психолог.*

**9. ОЦЕНКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ**

Половое развитие оценивается по внешним признакам полового созревания в бальном выражении. У девочек развитие молочных желез (Ма), оволосение лобка (Р) и подмышечных впадин (Ах), становление менструальной функции (Ме). У мальчиков оволосение подмышечных впадин (Ах), лобка (Р) и лица (F), рост щитовидного хряща (L), изменение тембра голоса (V). Отклонения в половом развитии (преждевременное половое развитие, поздний пубертат), Заключение по половому развитию (соответствует или не соответствует возрасту).

***Внимание!*** *Бальная оценка признаков полового созревания проводится у девочек с 10 лет, у мальчиков с 12 лет.*

**10. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Предварительный диагноз или диагностическая сводка представляет собой первоначальное заключение о возможной патологии ребенка, вероятность которой обусловлена характерными жалобами, особенностями анамнеза и данными первичного осмотра больного. Это заключение должно включать предположительно ведущее заболевание, а также другие болезни (не менее трех), схожие с ним по патологическим симптомам или синдромам.

**Образец предварительного диагноза** *На основании жалоб (каких), анамнеза (какого) и объективного осмотра (каких клинических признаков) предполагаются следующие заболевания:* ***1****,2,3,4. Для уточнения диагноза необходимо провести дополнительное обследование ребенка*

**11. ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА**

Перечень лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций узких специалистов, необходимых для уточнения предварительного диагноза.

**12. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*По каждому исследованию дается клиническое заключение.*

**13. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Заключительный диагноз ставится на основании тщательного анализа и обобщения всех клинических данных, полученных при обследовании больного ребенка. Кратко и последовательно излагаются характерные для основного заболевания патологические симптомы (синдромы), выявленные при сборе жалоб, анамнеза и объективного статуса больного, а также отдельные результаты лабораторно-инструментальных исследований, типичные для данной патологии. Необходимо аргументировать вариант течения, период и степень тяжести основного заболевания, в соответствии с классификацией нозологической формы. Раздельно обосновываются основное заболевание, его осложнения и сопутствующий диагноз.

|  |
| --- |
| **Образец обоснования основного диагноза *Клинический диагноз:*** *Острый постстрептококковый гломерулонефрит с нефритическим синдромом, период начальных проявлений, с нарушением гломерулярных функций почек. Почечная недостаточность острого периода.* *Диагноз поставлен на основании:*  ***жалоб:*** *отеки на лице, редкие мочеиспускания, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»), головная боль, головокружение, вялость;*  ***анамнестических данных:*** *острое начало заболевания, развившегося через две недели после перенесенного острого тонзиллита;*  ***клинических данных:*** *бледность кожного покрова, уменьшение диуреза, отеки плотные, локализованные на лице, артериальная гипертензия;*  ***данных лабораторного обследования:*** *олигурия, макрогематурия, абактериальная лейкоцитурия, умеренная протеинурия, цилиндрурия (гиалиновые, эритроцитарные цилиндры), нарушение функции почек по гломерулярному типу (снижение клиренса по эндогенному креатинину, повышение креатинина и мочевины сыворотки крови), изменений в анализе крови (умеренный лейкоцитоз, ускорение СОЭ), повышение титров антистрептолизина-О, свидетельствующего о стрептококковой этиологии заболевания;* ***данных инструментальных методов обследования:*** *увеличение почек в размерах, диффузные изменения в паренхиме (при УЗИ почек), обеднение почечного кровотока и*  |
| *снижение индекса резистентности (при допплерографии почек).*  |

**ЛЕЧЕНИЕ включает в себя** описание режима, диеты, медикаментозной терапии и других видов лечения, применяющихся у данного больного.

 **ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

В дневнике ведется краткая запись о ежедневном состоянии больного, динамики течения болезни, проводится клиническая оценка результатов текущих лабораторно- инструментальных исследований и консультаций специалистов, а также указываются лечебно-профилактические мероприятия и

их коррекция. Дневник ведется все дни курации, исключая день первичного осмотра больного.

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

 представляет собой краткое заключение по истории болезни курируемого ребенка при выписке его из стационара. В нем последовательно указываются:

 Ф.И.О., возраст больного;

 дата госпитализации и выписки

 полный клинический диагноз;

 основные результаты обследования, явившиеся основанием для установления диагноза

 проведенное лечение и его эффективность

 динамика состояния больного к моменту написания эпикриза

 динамика лабораторно-инстументального обследования (результаты)

 особенности течения болезни

 лечебно-профилактические рекомендации после выписки из стационара