

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
ПО САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ОРГАНИЗАЦИИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

**ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ПЕДИАТРИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
по направлению подготовки (специальности)
31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования

31.05.02 ПЕДИАТРИЯ

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 3 от «23» октября 2015г

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. Выбор формы организации самостоятельной работы обучающихся определяется содержанием учебной дисциплины и формой организации обучения (лекция, семинар, практическое занятие, др.).

«В результате выполнения самостоятельной работы по дисциплине факультетской педиатрии, эндокринологии обучающийся должен: овладеть способностью решать стандартные профессиональные задачи, оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме ребенка.

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 (модуля)».

	Тема самостоятельной работы	Форма самостоятельной работы ¹	Форма контроля самостоятельной работы (в соответствии с разделом 4 РП)	Форма контактной работы при проведении текущего контроля ²
	2	3	4	5
Самостоятельная работа в рамках всей дисциплины				

Устный опрос:

Гипервитаминоз D. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. Исходы.

Атопический дерматит. Классификация: стадии развития, периоды и фазы болезни, возрастные клинические формы. Распространенность. Этиология. Патогенез. Клиника. Оценка степени тяжести (SCOARD). Методы диагностики. Дифференциальный диагноз. Современные подходы к терапии. Течение. Исходы. Прогноз. Профилактика. Федеральные клинические рекомендации.

БЭН. Этиология. Патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

Хроническая болезнь легких (ХБЛ) (хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, хроническая интерстициальная пневмония). Факторы, предрасполагающие к развитию ХБЛ. Этиология. Патогенез. Первичная и вторичная ХБЛ. Классификация. Клиника в зависимости от формы ХБЛ. Особенности течения у подростков. Диагностика. Бронхо-легочные методы исследования: бронхоскопия, бронхография. Течение. Осложнения. Лечение в период обострения и ремиссии. Особенности антибактериальной терапии. Санация бронхов. Немедикаментозные методы лечения. Исходы. Профилактика.

Врожденные пороки сердца. Причины развития ВПС. Классификация. Атриовентрикулярная коммуникация. Полная и неполная формы. Полная транспозиция магистральных сосудов. Стеноз легочной артерии.

Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к хирургическому лечению.

Желчнокаменная болезнь. Этиология. Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. способствующие появлению камней. Клиника. Диагностика. Значение рентгенологического и ультразвукового исследования в диагностике холелитиаза. Дифференциальный диагноз. Течение. Лечение. Неотложная терапия при желчнокаменной колике. Показания к хирургическому лечению. Исходы. Профилактика. Особенность заболеваний желчных путей у детей и подростков.

ХПН: классификация, клиника, диагностика, этапы лечения.

Цитомегаловирусная инфекция. Распространенность вируса. Эпидемиология, патогенез. Роль иммунного ответа в формировании особенностей клинических проявлений. Диагностика. Иммуноферментный, иммунофлюоресцентный методы, полимеразная цепная реакция (ПЦР). Дифференциальный диагноз, лечение. Этиопатогенетические и паллиативные методы терапии.

Врожденная герпесвирусная инфекция. Эпидемиология. Роль герпесвируса I типа (HI) и II типа (HII). Патогенез клиника, течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Противовирусные препараты, иммуноглобулины и интерфероны в терапии герпесвирусной инфекции.

Врожденная краснуха. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Профилактика.

Врожденный листериоз. Эпидемиология. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Врожденный токсоплазмоз. Распространенность. Особенности заражения. Патогенез. Клиника. Течение. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Современные схемы терапии.

СХЕМА ОТЧЕТА СТУДЕНТОВ О ДЕЖУРСТВЕ

Дежурство – число, месяц, год

Отделение Состояло Поступило Выбыло Состоит

Реанимация

Гастроэнтерологическое, нефрологическое

Эндокринологическое

Гематологическое

Кардиологическое

Отделение для детей грудного и раннего возраста

Поступившие, выбывшие, состоящие дети

№п/п, ФИ ребенка, возраст, место жительства. Диагноз

наблюдались тяжелые дети:

отделение, № п/п, ФИ ребенка, возраст, диагноз

Отделение реанимации: - час осмотра

- оценка состояния
- ведущие синдромы
- описать патологию
- проведенные мероприятия
- диагностические
- лечебные, в т.ч. неотложные
- организационные
- прочие

Практические навыки:

- работа с больными (сколько)
- работа с историями болезни (сколько)
- уход, кормление ребенка
- дача кислорода
- оказание неотложной помощи (какой)
- инфузионная терапия (какая)
- в/в струйное введение лекарственных средств
- наложение капельницы
- определение группы крови, резус-фактора
- подготовка детей для специальных исследований 9в/в урография и др.)
- расчет дозы, разведение лекарственных средств
- промывание желудка
- антропометрические измерения
- оценка и регистрация частоты дыхания, сердечных сокращений, стула у грудных детей
- отсасывание слизи из верхних дыхательных путей
- лечебная или очистительная клизма
- сбор капельницы и др.
- санпросвет работа (беседа с детьми, мамами, лекция и т.д.)

Указать какие проведены практические мероприятия в каком количестве и кому (фамилия ребенка, диагноз).

Нарушения в отделении, трудности в организации дежурств.

Дата дежурства, подпись (и) студента (ов) (ФИО, № группы).

Предложения по совершенствованию: а) организация работы отделения

б) организация дежурств студентов

Подпись дежурного врача

Подпись ассистента

Самостоятельная работа в рамках модуля⁴

	Модуль «Патология детей грудного и раннего возраста»	ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательская работа;	Учебная история болезни	
--	--	---	-------------------------	--

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России
Кафедра факультетской педиатрии

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор
Заслуженный деятель науки РФ,
Заслуженный Врач РФ, Вялкова А.А.
Преподаватель: к.м.н., доцент Гордиенко Л.М.

УЧЕБНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

(Для студентов 4-5 курсов педиатрического факультета)

Пациент: (Ф.И.О., возраст)

Клинический диагноз:

Основной:

Сопутствующий:

Осложнения:

Куратор:
Группа:

Дата курации:
Оценка:

Подпись преподавателя:

Оренбург 2019 год

СХЕМА НАПИСАНИЯ РЕЦЕНЗИИ НА ИСТОРИЮ БОЛЕЗНИ

1. Рецензия на историю болезни Кастмого Рената, 6 лет. Основной диагноз: ОРЛ, 1 атака, активная фаза. Степень активности: Хорея Сопутствующий диагноз: хронический тонзиллит, декомпенсация

Куратор - студентка 47 группы Глухова

Рецензент доц. Л.М.Гордиенко

II Рецензия должна отразить достоинства и недостатки каждого раздела истории болезни.

Особое внимание следует уделить анализу обоснования диагноза, плану обследования и лечения.

Изложить свое мнение по реферативной части истории болезни.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ВЕДЕНИЮ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

История болезни начинается с анамнеза пациента. Хорошо собранный анамнез имеет большое значение для диагноза. Он состоит из двух частей - анамнеза заболевания и анамнеза жизни. Анамнез следует собирать тщательно, подробно выясняя все обстоятельства жизни больного ребенка. Куратор должен знать, что разговор о болезни ребенка старше 2-3 лет нужно вести так, чтобы пациент не мог вникнуть в содержание беседы. Собирая анамнез, куратор должен тщательно продумать содержание и формулировку каждого вопроса, задаваемого ребенку и его родителям, ибо не верно поставленный вопрос может быть источником ятрогении.

Надо тщательно избегать даже малейшего давления на ответы ребенка и его родителей, вести себя сдержанно и тактично, но не сухо, формально, не высокомерно, и тем более не фамильярно. Беседы куратора с подростком нуждаются в особой осторожности и тактичности, когда речь идет о вопросах, связанных со спецификой пола.

Во время соби́рания анамнеза, куратор должен расположить к себе ребенка (подростка и его родителей)

В истории болезни анамнез, не должен быть многословным, но следует указывать точно в хронологическом порядке те события жизни ребенка, которые могли способствовать возникновению заболевания. В анамнезе должна быть указана обстановка, в которой живет ребенок, характер его питания. Возникновения болезни и динамика ее описывается во всех деталях.

Важной является объективная оценка полученных анамнестических сведений, данных о вскармливании ребенка. Его психомоторном и физическом развитии. Правильное заключение об этом важно, для студентов педиатрического факультета всех курсов, но особо важно для изучения факультетской педиатрии.

В первый же день курации следует сделать запись результатов объективного обследования больного запись осуществляется в последовательности, соответствующей схеме истории болезни. В предварительном заключении кратко излагается мотивация предполагаемого заболевания, назначается лечение и план обследования.

При объективном обследовании ребенка, руки куратора должны быть чистыми и теплыми, их прикосновение к телу больного осторожными. Следует позаботиться о том, что бы во время обследования ребенка (особенно новорожденного и грудного) не охладить его (надо закрывать форточку, долго не оставлять ребенка обнаженным). При негативной реакции ребенка нельзя прибегать к насилию, благоразумно дождаться пока ребенок успокоится, а затем приступить к обследованию. Неприятные манипуляции (осмотр зева, пальпация живота и т.п.) проводятся в конце обследования. Важно чтоб осмотр принес удовлетворение ребенку.

Ежедневно куратор ведет дневник наблюдения, отражая в нем состояния больного и его самочувствие, а так же данные лабораторных инструментальных исследований в динамике. Назначенные больному режим, питание, медикаменты выписываются на полях. На графике (температурном листе) изображаются симптомы болезни (условно) и проводимое лечение. На 3-4 день наблюдения за больным должно быть написано заключение и сформулирован основной клинический диагноз. Основная цель заключения - научить студента логически обос-

новать диагноз, вырабатывать правильное клиническое мышление. В заключении излагаются сведения из анамнеза, объективного обследования и дополнительных исследований. Изложение этих сведений должно проводиться в строго последовательности, с обязательной оценкой их диагностической значимости. В конце заключения выставляется клинический диагноз, должны быть также указаны заболевания, с которыми следует проводить дифференциальный диагноз.

Студент наблюдает больного в течении всего периода курации, делая ежедневные записи в истории болезни, принимая участия в обследовании пациента, обосновывает назначенные режим, диету, медикаментозную и другую терапию. Результаты лабораторных анализов, рентгенографии и других исследований должны заноситься в раздел лабораторных и инструментальных данных.

Закончив курацию, студент должен написать обоснование диагноза, дифференциальный диагноз. Окончательный диагноз, с уточнением основного, сопутствующего заболевания и осложнений, обосновывается с учетом предполагаемого диагноза, данных лабораторных и инструментальных исследований. При этом следует указать, какие основные симптомы типичны для заболеваний, указанных в окончательном диагнозе. Дифференциальный диагноз проводится с теми заболеваниями, которые имеют аналогичные симптомы. Данные объективного обследования ребенка и результаты дополнительного лабораторного и инструментального исследования должны занять важное место в проведении дифференциального диагноза.

Обоснования лечения излагается применительно к данному больному.

В заключении истории болезни пишется эпикриз. В эпикризе все данные излагаются в следующем порядке:

1. Ф.И.О. и возраст пациента, сведения из анамнеза болезни и объективное обследование при поступлении;
2. Обоснование диагноза с учетом основных проявлений, дифференциального диагноза и лабораторных данных;
3. Проведенное лечение и его эффективность. Непременно должны быть раскрыты динамика и особенности течения заболевания у ребенка. В конце эпикриза обосновываются рекомендации и план дальнейшего наблюдения за па-

циентом.

I. ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И. ребенка Возраст

Дата и год рождения

Адрес постоянного места жительства

Телефон Национальность

Дата и время поступления в клинику

Направившее учреждение

Диагноз направляющего врача

Диагноз клинический:

А) основной

Б) сопутствующий

В) осложнения

II. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Жалобы при поступлении

СВЕДЕНИЯ О РАЗВИТИИ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

(С какого времени читается больным, как развивалась болезнь, какое проводилось лечение и т.д. (подробно до момента курации))

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

1. БИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

I. АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

От какой беременности родился ребенок

Каких родов

Течение настоящей беременности (*токсикоз, его тяжесть, инфекционные заболевания, прием лекарств, угроза выкидыша, меры его профилактики, как проводилась антенатальная профилактика рахита*)

II. ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

Течение родов: длительность I периода II периода III периода

Акушерские вмешательства

Характер околоплодных вод

Оценить новорожденного по системе Апгар и д.р.

III. ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗ

Число предыдущих беременностей , выкидышей

Медабортов ____ , течение предыдущих беременностей

Число родов ____ , течение предыдущих родов

Умерло детей (в каком возрасте и от каких заболеваний)

Заключение о развитии ребенка в антенатальный период

IV. ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ

Доношен_ Недоношен ____ масса при рождении

Длинна при рождении _ см. Закричал сразу ____

После рождения _____ степень асфиксии

(меры оживления и т.д.) _____

Желтушность (показания билирубина, лечебные мероприятия и т.д.)

Родовая травма на на какой день выписан домой

____массой _____ г. Остаток пуповины отпал на

_____ день, пупочная ранка зажила

Был приложен к груди через часов _____

Перенесенные заболевания в период новорожденности:

Заключение о развитии ребенка в период новорожденности:

V. ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА

В настоящее время на _____ вскармливании.

Прикорм введен с ____ месяцев в виде _____

по мл _____

Кормление регулярное, _____ Ночной перерыв

соблюдается _____ количество _____ был отнят

от груди с _ месяцев. Питание ребенка в настоящее

время (для детей первого года жизни указать примерное меню ребенка до заболевания) _

Заключение по рациональному вскармливанию ребенка

VI. СВЕДЕНИЯ О ДИНАМИКЕ ФИЗИЧЕСКОГО, ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Когда начал фиксировать взгляд на предмете _
держать головку ____, узнавать мать _____,
сидеть, стоять _____, развитие речи: гуление
первые слоги ____, первые слова ____, первые
предложения _____. Динамика нарастания веса и
роста по месяцам: _____

Вес _____ г. Рост _____ см. в настоящее время.

Заключение по НРП -

VII СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ.

Какие и когда сделаны прививки, как протекал поствакцинальный период и
тд. _____

VIII. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Когда и какие заболевания перенес, как протекали заболевания, осложнения,
проводимое лечение, какие отмечались аллергические реакции, на какие продук-
ты питания или лекарства

IX. ЖИЛИЩНО - БЫТОВЫЕ УСЛОВИЯ

Уход за ребенком, прогулки, жилая площадь, ее характеристика, экономическая
обеспеченность, взаимоотношение в семье и так далее

X. СВЕДЕНИЯ О СЕМЬЕ РЕБЕНКА

Ф.И.О.	Возраст	Образование	Профессия	Число детей в се- мье

Состояние здоровья отца:

Состояние здоровья матери

Состояние здоровья близких родственников

Проф. вредности или вредные привычки *отца*

Матери

генеалогическое дерево

Общие заключения

Дать заключения о характере физического развития, медико биологического анамнеза. Генетического анамнеза, медико-социального, аллергологического, экологического анамнеза.

XI ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ (на момент курации)

Общее состояние ребенка

Вес , рост , окружность головы, грудной клетки (см). Кожный покров (цвет, пигментация, высыпания и их характер, кровоизлияния, петехии, экхимозы, опрелости, себорея, пиодермия и др.)

Слизистые оболочки (цвет, кровоизлияния, налеты, высыпания и др.)

Подкожная клетчатка (*истончение, избыточное отложение жира, склерома, склеродема и др. на уровнях подключичной ямки, подлопаточной области, пупочной области, на плече и бедре*)

Отеки (их локализация, степень вырожденности усиливается к вечеру, утром и т.д.)

Мышечная система (развита слабо, удовлетворительно, хорошо, пороки развития мышц, атрофия, гипертрофия, гипертония, миотония, параличи, парезы и др.)

Лимфатические узлы (их число, пальпация: величина, консистенция, подвижность и тд.)

Костная система видимые деформации конечностей, позвоночника, укорочение конечностей, форма черепа; долихоцефалическая, мезокrania, бронхокраеия, микроцефалия, краниостеноз, размеры и т.п.

Размеры родничка податливость его краев

Податливость костей затылка

Четки браслеты

Суставы (форма суставов, болезненность, характер болезненности, припухлость, гиперемия и т.д.)

Органы дыхания: голос (афония, осиплый, охриплость и т.п.)

Форма грудной клетки (Рахетическая, асимметрическая, воронковидная,

бочковидная и т.д.)

Дыхание (сопящее, хрипящее, свистящее, клопочущее, стонущее др.)

Пальпация грудной клетки

Аускультация легких (дыхание: везикулярное, жесткое, ослабленное, бронхиальное; хрипы, шум трения плевры)

Число дыхательных движений в мин. , характер

дыхания (учащение, ритмичное поверхностное, углубленное, хаотичное, Биота, Чейна-Стокса, Кусмауля и др) Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

Участие крыльев носа

Одышка (инспираторная, экспираторная, смешанная)

Степень дыхательной недостаточности

Органы кровообращения: Пульс (частота, ритм, наполнение, напряжение, и др). АД.

Осмотр сердечной области (сердечный толчок виден на глаз да или нет, сердечный горб):

Ощупывание сердечной области (сердечный, верхушечный толчок, кошачье мурлыканье)

Граница сердца (абсолютная и относительная сердечная тупость)

Аускультация сердца (тоны громкие., ослаблены, приглушены; шум- систолический, дующий, систолодиастолический, грубый).

Органы пищеварения и брюшной полости: слизистые оболочки полости рта (цвет, высыпания, язык и др.)

Своды зева (бледные гиперемированны, налеты, пленки, инфильтрации)

Язык (налет, обложенность, цвет и тп)

Зубы (верхний, нижний, их число, кариозные зубы и др.)

Миндалины (форма, величина, цвет, наличие пленок и их характеристика)

Жидкость в брюшной полости (есть/нет, в каком количестве)

Печень (размеры при пальпации и перкуссии, болезненность, какой край выступает, характер поверхности, сосуды передней брюшной стенки и др.)

Пузырные симптомы (Кера, Мерфи, Г.Мюсси, Боасса).

Селезенка (пальпируется или нет, размеры, поверхности, болезненность и т.д.)

Стул (характер, патологические примеси).

Мочеполовая система (частота, болезненность, задержка мочеиспускания, количе-

ство мочи за сутки, ее цвет запах, симптом Пастернацкого, развитие наружных половых органов). Отеки (характер, локализация)

Эндокринная система (осмотр кожи, пальпация щитовидной железы; стрии (розовые, бледные); развитие наружных половых органов, оценка стадии полового созревания, (по Таннеру). Оценка полового развития основных вторичных половых признаков.

Нервная система (состояние психики, эмоции, вегетативные реакции, рефлексы). Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудзинского и тд.)

Органы чувств (состояние зрения, слуха, обоняния и тд.)

Графическое изображение течения болезни

(температурный лист)

50	140	41	-----
40	120	40	-----
30	110	39	-----
25	100	38	-----
20	90	37	-----
15	80	36	-----

XI.1 Предварительное заключение

Жалобы объективная оценка состояния, развития заболевания, ФР, какая система поражена, семиотика поражения (выделить ведущие симптомы)

XII. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЙ

Назначить необходимые консультации и диагностические процедуры, а так же обоснование их необходимости и предполагаемый результат

XIII. ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

XIV. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

(заболевания в группе по сходным и различным критериям)

XV. ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

(окончательный диагноз)

XVI. ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

1. Стол
2. Режим.
3. Базисная терапия (этиопатогенетическая)
4. сопроводительная терапия (симптоматическая)

XVII. ЛИТЕРАТУРНЫЕ СВЕДЕНИЯ ПО НАСТОЯЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

(этиология, патогенез, факторы риска, клиника, классификация, лечение , профилактика и прогнозы в применении к данному больному)

XVII. ДНЕВНИК

День госпитализации _____

Возраст _____

Дата	Данные обследования больного	назначения
ТС°		
Р		
Д		
АД		
Детям до 1 года Фактическая масса (±) Съедено – Выпито -		

XVIII. ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Оформление выписного эпикриза

В эпикризе все данные излагаются в следующем порядке:

1. Ф.И.О. и возраст больного, сведения из анамнеза болезни и объективное обследование при поступлении;
2. Обоснование диагноза с учетом основных проявлений, дифференциального диагноза и лабораторных данных;
3. Проведенное лечение и его эффективность. Непременно должны быть раскрыты динамика и особенности течения заболевания у ребенка. В конце эпикриза обосновываются рекомендации и план дальнейшего наблюдения за больным.

Больной (ФИО, возраст) находился в ЛПУ _____ отделении с _____ по _____ с диагнозом:

Основной

Осложнения

Сопутствующий

Было проведено обследование (с указанием даты) :

Было проведено медикаментозное лечение (препараты, дозы, длительность), его эффективность, побочные явления/осложнения лекарственной терапии.

Состояние улучшилось (ухудшилось, без перемен), указать, в чем проявилось улучшение (ухудшение).

Прогноз в отношении выздоровления, трудоспособности, жизни.

Рекомендовано:

по режиму труда, отдыха,

питания,

объему и длительности медикаментозной терапии,

диспансерному наблюдению,

объему и длительности профилактического или противорецидивного лечения

План диспансерного наблюдения

План реабилитации

	Модуль «Патология детей старшего возраста»	ознакомление с нормативными документами; учебно-исследовательская работа;	Обоснование диагноза	- аудиторная – на практических занятиях; - внеаудиторная – КСР, на базе практической подготовки;
--	--	---	----------------------	---

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра факультетской педиатрии

**Зав.кафедрой докт. мед. наук, профессор, Заслуженный врач РФ
А.А.Вялкова**

**СХЕМА
ОБОСНОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

Пациент Возраст

Клинический диагноз:

- основной

- сопутствующий

Выполнил(а) студ.

Преподаватель:

Оренбург-2019г.

I. На основании жалоб

- анамнеза заболевания
- анамнеза жизни
- объективного осмотра
- параклинического обследования:
- инструментального

можно поставить клинический диагноз:

(далее обоснование каждого слова в диагнозе: - почему хронический или рецидивирующий и т.д.)

II. План обследования:

- общеклинические исследования
- специальные
- инструментальные
- осмотр специалистов

III. Программа лечения:

1. Стол
2. Режим
3. Базисная терапия
4. Сопроводительная терапия

IV. Прогноз:

V. Исход заболевания:

VI. Особенности клинического случая:

*Самостоятельная работа в рамках практических занятий
модуля «Патология детей грудного и раннего возраста»*

Тема 1. Профилактическая педиатрия. Гиповитаминозы у детей. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена. Рахит витамин-Д-дефицитный, - резистентный и - зависимый.

Темы рефератов:

1. Нормативно – правовая база. Организация оказания первичной медицинской помощи детям

2. *Современные вопросы гипополивитаминозов у детей грудного и раннего возраста*

Темы презентаций:

1. *Грудное вскармливание программирование здоровья*
2. *Национальная программа недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции 2017г.*

Тема 2 *Рахит витамин-D-дефицитный, - резистентный и -зависимый. Лечение. Профилактика. Гипервитаминоз D. Спазмофилия.*

Темы рефератов:

1. *Особенности метаболизма витамина D у новорожденных и недоношенных детей – современный взгляд*
2. *Современные вопросы профилактики и коррекции дефицита витамина D у новорожденных и недоношенных детей*
3. *Спазмофилия в младенческом возрасте. Что должен знать участковый врач-педиатр?*
4. *Гипервитаминоз D, клинико-диагностические критерии, неотложная помощь.*

Тема 3 *Хронические расстройства питания: Гипотрофия. Белково-энергетическая недостаточность детского возраста. Гипостатура. Паратрофия.*

Темы рефератов:

1. *Современное понятие БЭН в младенческом и раннем возрасте. Клинико-диагностические критерии*
2. *Квашиоркор – как вариант течения гипотрофии.*
3. *Коррекция питания гипотрофии в зависимости от ее степени у детей*
4. *Современные медикаментозные подходы в лечении гипотрофии*
5. *Клинико-диагностические критерии паратрофии и гипостатуры у детей грудного и раннего возраста*

Темы презентаций:

1. *Антирефлюксные смеси – лечебное питание*
2. *Кисломолочные смеси в питании детей младенческого возраста*

Тема 4 *Аномалии конституции. Атопический дерматит*

Темы рефератов:

1. *Современный взгляд на вопрос диатезов у детей: этиология, факторы риска, патогенез, диагностика*
2. *Атопический марш – тактика врача-педиатра первичного звена здравоохранения*
3. *Современные лечебно-реабилитационные мероприятия у детей с атопическим дерматитом*
4. *Федеральные клинические рекомендации Атопический дерматит у детей 2016г*

Тема 5 *Железодефицитная анемия.*

Темы рефератов:

- 1. Лечебно-диагностические подходы при ЖДА у детей грудного и раннего возраста*
- 2. Особенности питания детей с ЖДА*
- 3. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению железодефицитной анемии 2014г*

Тема 6 *Острые бронхиты у детей.*

Темы рефератов:

- 1. Федеральные клинические рекомендации Острый бронхит у детей 2017г*
- 2. Современные вопросы лечения кашля у детей*

Профилактика острой бронхо-легочной патологии в детском возрасте.

Тема 7 *Острые пневмонии у детей грудного и раннего возраста.*

Темы рефератов:

- 1. Федеральные клинические рекомендации Внебольничная пневмония у детей 2015г*
- 2. Стандарт специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1658н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести"*
- 3. Клинико-рентгенологические критерии диагностики различных форм пневмоний у детей*

Тема 8 *Острые пневмонии у детей грудного и раннего возраста. Лечение. Неотложная помощь.*

Темы рефератов:

- 1. Современная лечебная тактика микоплазменных пневмоний*
- 2. Лечение пневмоний у детей грудного и раннего возраста в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями*
- 3. Антибактериальная терапия пневмоний*
- 4. Неотложная помощь детям с пневмониями тяжелой степени тяжести*

Тема 9 *Бронхиальная астма у детей*

Темы рефератов:

- 1. Федеральные клинические рекомендации Бронхиальная астма у детей 2017г.*
- 2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы GINA 2014г, 2018г. Что нового?*
- 3. Профилактика и реабилитация детей с бронхиальной астмой*

Тема 10 *Врожденные пороки сердца*

Темы рефератов:

- 1. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца 2015г*

2. Федеральные клинические рекомендации по острой и хронической сердечной недостаточности у детей 2015г и 2013г
3. Хирургическая коррекция ВПС, современные подходы
4. Ранняя диагностика ВПС у детей

Тема 11 Неотложная помощь детям грудного и раннего возраста при жизнеугрожающих состояниях

Темы рефератов:

1. Алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме, судорожном синдроме инфекционного и метаболического генеза (гипокальциемия)
2. Неотложная помощь при острой дыхательной недостаточности у детей младенческого возраста, приступе бронхиальной астмы, астматическом статусе
3. Алгоритм неотложной помощи при нейротоксикозе, отеке мозга
4. Алгоритм неотложной помощи при острой сердечной недостаточности, одышно-цианотическом приступе

Самостоятельная работа в рамках практических занятий
модуля «Патология детей старшего возраста»

Тема 1 Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта у детей

Темы рефератов:

1. Ранняя диагностика и факторы риска развития функциональных расстройств ЖКТ у детей
2. Функциональные расстройства пищеварительной системы у детей в свете Римских критериев IV 2016г

Тема 2 Хронические гастриты, гастродуодениты у детей

Темы рефератов:

1. История открытия бактерии *Helicobacter pylori*
2. Инвазивные и неинвазивные методы диагностики *Helicobacter pylori*
3. Маастрихт IV – V: Эрадикационные схемы лечения

Темы презентаций:

1. Ингибиторы протоновой помпы

Тема 3 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Темы рефератов:

1. Федеральные клинические рекомендации Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки у детей 2016г
2. Современные диагностические и лечебные мероприятия при язвенной болезни у детей и подростков

Тема 4 Патология билиарной системы: функциональные нарушения желчного пузыря и желчевыводящих путей. Хронический холецистит. ЖКБ.

Темы презентаций:

- 1. Желчнокаменная болезнь у детей*
- 2. Спазмолитики и прокинетики в детской гастроэнтерологии*

Тема 5 Острая ревматическая лихорадка у детей

Темы рефератов:

- 1. Современный взгляд на ОРЛ в практике врача-педиатра первичного звена здравоохранения*
- 2. Профилактика и лечение ОРЛ*

Тема 6 Приобретенные пороки сердца у детей

Темы рефератов:

- 1. Хирургическая тактика лечения ППС у детей*
- 2. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью, современные вопросы пересмотра 2013 – 2019г.г.*

Тема 7 Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность

Темы рефератов:

- 1. Ранняя диагностика гломерулонефритов в детской практике*
- 2. Стандарты и протоколы ведения детей с патологией почек*

Тема 8 Нефротический синдром. Хронический гломерулонефрит.

Темы рефератов:

- 1. Идиопатический нефротический синдром. Клиника. Диагностика. Лечение.*
- 2. Клинико-морфологические параллели хронического гломерулонефрита у детей*

Тема 9 Острый и хронический пиелонефрит. Лечение ИМС.

Темы рефератов:

- 1. Ранняя диагностика и тактика лечения и профилактики тубулоинтерстициального поражения почек у детей*
- 2. Профилактика хронической болезни почек у детей*

Тема 10 Хроническая болезнь почек. Хроническая почечная недостаточность.

Темы рефератов:

- 1. Ранняя диагностика и профилактика ХБП у детей*
- 2. Анализ причин развития ХПН у детей*

Тема 11 Коагулопатии. Гемофилия. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

Темы презентаций:

- 1. Современные понятия коагулопатий в детской практике. Ранняя диагностика*
- 2. Дифференциальная диагностика кровоточивости при поражении системы*

Тема 12 Системный микротромбоваскулит

Темы презентаций:

1. Ошибки в ранней диагностике микротромбоваскулитов у детей
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению системных васкулитов 2013г

Тема 13 Гемобластозы. Острая лейкемия.

Темы презентаций:

1. Факторы риска и ранняя диагностика гемобластозов у детей
2. Современные протоколы диагностики и лечения острой лейкемии у детей

№	Тема самостоятельной работы	Форма самостоятельной работы ¹	Форма контроля самостоятельной работы (в соответствии с разделом 4 РП)	Форма контактной работы при проведении текущего контроля ²
1	2	3	4	5
<i>Самостоятельная работа в рамках модуля</i>				
	Модуль «Эндокринология»			
<i>Самостоятельная работа в рамках практических/семинарских занятий модуля «ЭНДОКРИНОЛОГИЯ» и т.д. (дисциплины)</i>				
1	Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 1 типа.»			
2	Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 2 типа»»			
3	Тема «Патология щитовидной железы. Патология паращитовидных желез.»			
4	Тема «Заболевания надпочечников»			
5	Тема «Заболевания половых желез»			
6	Тема «Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы»			
7	Тема «Ожирение»			

Формы самостоятельной работы:

- для овладения, закрепления и систематизации знаний:
- работа с конспектом лекции;

работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы);

чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

графическое изображение структуры текста;

составление таблиц для систематизации учебного материала;

конспектирование текста;

работа со словарями и справочниками;

ознакомление с нормативными документами;

учебно-исследовательская работа;

подготовка рефератов, докладов;

составление глоссария,

- для формирования умений:

решение ситуационных задач;

Форма контактной работы при проведении текущего контроля:

- аудиторная – на семинарских/практических занятиях

3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.

(методические рекомендации предлагаются для каждого задания по самостоятельной работе отдельно).

Темы рефератов:

1. Тиреоидиты. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

2. Семейный зоб, ювенильное увеличение щитовидной железы, узловой зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

3. Рак щитовидной железы. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

4. Эндемический зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

5. Гипопаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

6. Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

7. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
8. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
9. Высокорослость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
10. Нарушение половой дифференцировки. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
11. Синдромы Шиена и Симондса. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
12. Гиперпролактинемия. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
13. Несахарный диабет. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
14. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
15. Феохромоцитома. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
16. Инсиденталомы надпочечников. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
17. Синдром Шерешевского-Тернера. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Вопросы для самоподготовки:

Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 1 типа»

- Сахарный диабет. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Предрасполагающие факторы развития.

- Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни.
- Ранние признаки сахарного диабета.
- Осложнения (диабетическая нефропатия, диабетическая полинейропатия, диабетическая ретинопатия). Определение, патогенез, классификация, скрининг, лечение, профилактика.
- Клинические проявления. Фазы и стадии течения.
- Диагностика. Критерии диагностики сахарного диабета и нарушения толерантности к глюкозе. Оформление диагноза. Критерии компенсации.
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение (инсулинотерапия, питание, самоконтроль)
- Профилактика и прогноз сахарного диабета 1 типа у детей и подростков.

Практические навыки

№ п/п	Тема	Уровень усвоения
1.	Глюкоза в моче: глюкотест	++
2.	Ацетон в моче, экспресс-метод	++
3.	Глюкоза в крови с помощью глюкометра	++
4.	Знакомство с работой ШСД	+
5.	Техника инъекций инсулина	+
6.	Оценить стандартный тест толерантности к глюкозе, гликемический и глюкозурический профиль	+++
7.	Рассчитать диету – хлебные единицы, рассчитать необходимую дозу инсулина с учетом диеты	+

Выписать рецепты:

Ребенку 5 лет, масса тела 18 кг, в\в СД

- Инсулины(Хумалог, Новорапид, Лантус, Левемир, протофан, Актрапид)
- Глюкоза 40%, 5%, 20%

Оформление дневника курации пациента с сахарным диабетом 1 типа

« ____ » _____ 2019 г. _____ день госпитализации

T _____ С _____ Время: _____

Рs _____ в мин Жалобы: _____

ЧД _____ в мин _____

АД _____ мм рт ст _____

Состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое (за счет чего) _____

Положение: активное, пассивное, вынужденное. _____

Кожные покровы _____

Зев _____

Дыхание через нос свободное, затруднено _____

Аускультативно _____

Тоны сердца _____
Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, болезненный в _____
Печень _____
Стул _____
Мочеиспускание свободное, безболезненное, болезненное _____

Гликемия: _____
Глюкозурия: _____
Кетонурия: _____
Анализ лабораторных и инструментальных методов исследований: _____

Выделение синдромов:

- Синдром гипергликемии
- Синдром мальабсорбции
- Кожный синдром
- Синдром интоксикации

Компьютерные презентации:

- АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д\з

Принципы питания больных сахарным диабетом.

Оформление схем:

1. Алгоритм диагностики СД
2. Патогенетические механизмы при СД
3. основные пути метаболизма глюкозы (утилизация и образование)
4. механизм секреции инсулина

Составление схем развития патогенеза

1. СД 1 типа
2. СД 2 типа

5. СХЕМА ЭТИОЛОГИИ, ФАКТОРОВ РИСКА, ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНИ

Этиологические факторы.

Факторы риска.

Звенья патогенеза:

(последовательно возникающие биохимические,
физиологические изменения в организме при развитии болезни).

Морфологические изменения

Классификация осложнений СД 1 типа

Оформление таблиц:

- Дифференциальная диагностика синдром гипергликемии
- Дифференциальная диагностика глюкозурии
- Дифференциальная диагностика СД 1 и СД 2 типа

Классификация СД

Сахарный диабет 1 типа	
Сахарный диабет 2 типа	
Другие специфические типы	
Гестационный СД	

Классификация препаратов инсулина

Название препарата(группы)	Начало действия	Максимальное действие	Длительность действия

ПОСИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ

Признаки	Синдромы			
	1	2	3	тд
	Наименование синдрома	Наименование синдрома	Наименование синдрома	Наименование синдрома
1. Жалобы.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.
2. Анамнез болезни.				
3. Анамнез жизни.				
4. Изменения по органам и системам				
5. Лабораторные данные				
6.Инструментальные данные				

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНИ

Признаки	Заболевания			
	1	2	3	тд

	Наименование болезни	Наименование болезни	Наименование болезни	Наименование болезни
Жалобы	Симптомы каждой болез- ни, (включая Заб., предполагаемое у пациента).			
Данные анамнеза				
Изменения по органам (объективные данные)				
Лабораторные данные				
Данные инстру- ментальных мето- дов				

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Методы лечения	Задачи лечения		
	1	2	ТД
	Формулировка задачи		
1. Режим 2. Диета 3. Физиотерапия 4. ЛФК 5. Массаж 6. Медикаменты 7. Санаторнокурортное Лечение	Средства решения задачи.		

Оценить гликемический профиль. Определить глюкозу в моче, ацетон в моче глюкотестом, глюкозы в крови.

Рассчитать диету – хлебные единицы, рассчитать необходимую дозу инсулина с учетом диеты.

Оценить стандартный тест толерантности к глюкозе

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТА

Форма выпуска Доза (разовая/суточная) Продолжительность действия	Фармакодинамика (механизм действия)	Показания к применению
Написать рецепт по латыни	Побочные действия	Противопоказания

Биологическое действие инсулина

Метаболические процессы	Органы и ткани	Характер влияния

Симптомы СД

Система органов	Симптом

Оформление эндокринологического статуса пациента:

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Гипоталамус- гипофиз.

Возраст _____ . Масса _____ кг. Рост _____ см. АД _____ мм рт ст.

Физическое развитие на _____ лет _____ мес. Клинические признаки нарушения функции : нет, есть.

Избыток массы тела либо дефицит _____ %, ИМТ _____ кг\м². Норма _____ SDS ИМТ _____ Норма _____

Щитовидная железа _____ степени увеличения, эластичная, плотно- эластичная, «каменная», наличие узлов _____

Нарушение функции (гипотиреоз/ гипертиреоз) есть, нет _____

Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции (гипопаратиреоз/гиперпаратиреоз) нет, есть _____

Судороги в анамнезе: _____

Наружные половые органы сформировались по мужскому, женскому типу, правильно, неправильно _____

Половая формула _____

Половое развитие по Таннеру _____

Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции(гипокортицизм/гиперкортицизм): нет, есть _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФР: _____

НПР: _____

Оформление 1 дня госпитализации пациента с ожирением

« _____ » _____ 2019 г

Т _____ С _____ Время _____

Рс _____ в мин. Жалобы: _____

ЧД _____ в мин _____

АД _____ мм рт ст _____

Анамнез заболевания:

1. Предшествующая ранее госпитализация: _____

2. Проводимое лечение и его эффективность: _____

3. Ухудшение состояния: _____

Эпиданамнез:

1. В контакте с инфекционными больными были/ не были

2. В течение последнего месяца за пределы области выезжали/ не выезжали

3. Переливание крови, компонентов крови: _____

4. Проф.прививки: привит, мед.отвод, не привит, индивидуальный график

5. Хирургические вмешательства: _____

6. Травмы: _____

7. Перенесенные заболевания: _____

8. Аллергические реакции: _____

Объективное обследование:

Состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Положение: активное, пассивное, вынужденное.

Сознание: ясное, спутанное, сопор, ступор, кома.

Телосложение: маскулинное, феминное, евнухоидное, хондродистрофическое, акромегалия.

Кожные покровы: _____ окраски, _____ влажности, пигментация _____, гипертрихоз _____ баллов, стрии багровые, розовые, белые, распространенные, _____ единичные _____ в _____ области _____

Лимфоузлы: не увеличены, увеличены, эластичные, плотные, безболезненные _____

Подкожно- жировой слой развит: _____

Отеки, пастозность: _____

Мышцы развиты _____

Костно- суставная система: _____

Органы дыхания: дыхание через нос свободное, затруднено _____

Форма грудной клетки: нормостеническая, гиперстеническая, астеническая, кифоз, лордоз, сколиоз _____

Перкуторный звук: _____, аускультативно: _____

Органы кровообращения. Область сердца _____

Верхушечный толчок в _____ межреберье. Тоны сердца: нормальной звучности, ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные _____

_____ Шумы _____

Органы пищеварения: Аппетит _____ Жажда _____

Тошнота _____ Рвота _____

Язык: чистый, влажный, обложен налетом _____

Зев: чистый, гиперемирован _____, миндалины _____

_____ Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, болезненный в _____

Печень: _____

Стул: _____

Органы мочевого выделения: Симптом Пастернацкого отрицательный, положительный _____

Мочеиспускание свободное, безболезненное, болезненное _____ раз в сутки.

Энурез _____ Цвет мочи: _____

Нервная система: Утомляемость _____ Раздражительность _____

Сон _____ Менингеальные симптомы _____

На осмотр реагирует _____

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС:

Гипоталамус- гипофиз.

Возраст _____ Масса _____ кг. Рост _____ см. АД _____ мм рт.ст.

Физическое развитие на _____ лет _____ мес. Клинические признаки нарушения функции : нет, есть.

Избыток массы тела либо дефицит _____ %, ИМТ _____ кг/м². Норма _____ SDS

ИМТ _____ Норма _____

Щитовидная железа _____ степени увеличения, эластичная, плотно- эластичная, «каменная», наличие узлов _____

Нарушение функции: есть, нет _____

Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции нет, есть _____

Судороги в анамнезе: _____

Наружные половые органы сформировались по мужскому, женскому типу, правильно, неправильно _____

Половая формула _____

Половое развитие по Таннеру _____

Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции: нет, есть _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ФР: _____

НПР: _____

ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО, ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА:

Учитывая жалобы _____

Данные анамнеза: наследственность не отягощена, отягощена _____

Прибавляет в массе с _____ лет. За последний год прибавил _____ кг _____
Диету соблюдает, не соблюдает, в рационе питания преобладают _____

Данные объективного состояния: ИМТ _____ кг/м², Избыток массы тела _____ %, отложение подкожно-жировой клетчатки по геноидному, андроидному типу _____

Стрии багровые, розовые, белые, распространенные, единичные в области _____

Артериальное давление: не повышается, повышается до _____ мм рт ст _____

Половое развитие (ПР): соответствует возрасту, опережает паспортный возраст, отстает от паспортного возраста _____

ПР по Таннеру _____ ст. ПФ: _____

Данные параклинических методов исследований: _____

Ставится диагноз:

Основной: _____

Осложнения: _____

Сопутствующий _____

Обоснованность госпитализации:

1. Проведение пробы с _____

2. Проведение СМАД, СМЭКГ, КТ головного мозга

3. Коррекция терапии

4. Уточнение формы ожирения

5. Определение тактики ведения ребенка с ожирением

План обследования:

1. ОАК, ОАМ, соскоб на яйца глистов.

2. Биохимический анализ крови: о. белок, фракции, о. холестерин, о. билирубин, мочевиная кислота, АЛТ, АСАТ, А-ЛП, ТГЛ, кальций, фосфор, калий, натрий, хлор _____

3. Сахарная кривая _____ гр _____

4. _____

5. _____

6. ЭКГ с нагрузкой _____

7. УЗИ печени, поджелудочной железы, желчного пузыря, почек, надпочечников, щитовидной железы _____

8. Консультация невролога, ЭХО-ЭГ _____

9. Консультация окулиста (глазное дно) _____

10. Консультация физиотерапевта _____

11. Консультация _____

диетолога

В больничном листе нуждается/ не нуждается.

Больничный лист открыт с _____. _____. _____ матери/отцу(_____)

Инвалидность: есть/нет по заболеванию: _____ с _____

Оформление выписного эпикриза

В эпикризе все данные излагаются в следующем порядке:

1. Ф.И.О. и возраст больного, сведения из анамнеза болезни и объективное обследование при поступлении;
2. Обоснование диагноза с учетом основных проявлений, дифференциального диагноза и лабораторных данных;
3. Проведенное лечение и его эффективность. Непременно должны быть раскрыты динамика и особенности течения заболевания у ребенка. В конце эпикриза обосновываются рекомендации и план дальнейшего наблюдения за больным.

Больной (ФИО, возраст) находился в ЛПУ _____ отделении с _____ по _____ с диагнозом:

Основной

Осложнения

Сопутствующий

Было проведено обследование (с указанием даты) :

Было проведено медикаментозное лечение (препараты, дозы, длительность), его эффективность, побочные явления/осложнения лекарственной терапии.

Состояние улучшилось (ухудшилось, без перемен), указать, в чем проявилось улучшение (ухудшение).

Прогноз в отношении выздоровления, трудоспособности, жизни.

Рекомендовано:

по режиму труда, отдыха,

питания,

объему и длительности медикаментозной терапии,

диспансерному наблюдению,

объему и длительности профилактического или противорецидивного лечения

План диспансерного наблюдения

План реабилитации

В эпикризе кратко и сжато излагаются основные данные о больном: фамилия, имя, возраст, дата поступления, на какой день болезни поступил, диагнозы направившего учреждения и клинический диагноз (выставлен на основании данных анамнеза, клинического наблюдения и лабораторных методов исследования), течение заболевания в процессе наблюдения. Отмечается проводившееся лечение и состояние больного к моменту окончания курации. Даются рекомендации, указывается дальнейший режим и терапия, консультации и наблюдения специалистов в дальнейшем

ОБРАЗЕЦ

Выписной эпикриз

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №

_____, __ лет (___), находился в эндокринологическом отделении с _____.19 по _____.19 на обследовании и лечении с

ДИАГНОЗ: Сахарный диабет 1 типа, фаза декомпенсации без кетоза. Диабетический гепатоз; Дистальная сенсомоторная полинейропатия; Липодистрофии по гипертрофическому типу мест инъекций. Длительность заболевания 3 года 11 месяцев. Целевой уровень H_{1c} <8,0%

Микроаномалия сердца: диагональная трабекула в полости левого желудочка. Миокардиодистрофия смешанного генеза, малосимптомный вариант, хроническое течение.

Адрес: Оренбургская область,

Мать:

Отец:

Жалобы при поступлении: на

Из анамнеза: ребенок от __ беременности, протекавшей на фоне анемии, ОАА, с токсикозом в первой половине, миопии средней степени, хронического отита, 1 срочных оперативных родов (двурогая матка), масса при рождении ____, рост __ см. Естественное вскармливание до _____. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ППЦНС, бронхит, отит. Привит. Кровь, компоненты крови, аллергические реакции, операции, травмы, контакт с инфекцией-отрицает.

С ____ года состоит на учете у эндокринолога с диагнозом: Сахарный диабет I тип. Диету соблюдает. Самоконтроль 3-4 раза в сутки. Дневник ведет. Гликемия 2 – 17 ммоль/л. Ацетон мочи – отриц. Инсулинотерапия: хумалог 5-5-4 ЕД, лантус 7 ЕД в 21:00. Последняя госпитализация в ОДКБ в феврале 2016г. Находился в отделении РО с 24.08.16-26.08.16, в ЛОР отделении с 26.08.16 по 30.08.16, далее переведен в эндокринологическое отделение. 24.08.16 проведена антромастотомия типично. Ухудшение в течение 7 дней, когда появились жалобы на головные боли, гноетечение, оттопыренность ушной раковины. Обратились в приемный покой по м\ж 24.08. На КТ – признаки правостороннего гнойного мастоидита. Направлен в ОДКБ.

Объективно: Состояние средней степени. Кожа смуглой окраски, чистая, удовлетворительной влажности. ПЖС истончен. Липодистрофии на животе, плечах, бедрах по гипертрофическому типу. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца средней громкости, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 1,0 см из-под края реберной дуги. Стул и диурез не нарушены. Отеков нет. ФР: масса тела 22,2 кг, рост 125см. ФР гипосомия. Щитовидная железа 0 степени, клинически эутиреоз. ПФ: Ах0Рв0V0F0

Уровень гликемии при поступлении 5,6 ммоль/л. Ацетон мочи – 5 ммоль/л

ОБСЛЕДОВАНИЕ:

ОАК : _____.19

Гемоглобин	Эритроциты	Лейкоциты	Тромбоциты	Гематокрит	СОЭ
г\л	10\6 мкл	10\3 мкл	10\3 мкл	%	мм в ч
п\яд	с\яд	моноциты	эозинофилы	базофилы	лимфоциты
%	%	%	%	%	%

Коагулограмма (.16) длительность кровотечения – __ сек, время свертывания – __

Биохимический анализ крови(____.16): о белок __ ммоль\л, альбумин __ ммоль\л, мочевины __ ммоль\л, о билирубин __ мкмоль\л, АЛАТ __ Ел, АСАТ __ Ел, креатинин __ мкмоль\л, калий __ ммоль\л, натрий __ ммоль\л, хлор __ ммоль\л.

Гликемический профиль:

Дата	7:00	12:30	13:15	16:00	18:00	21:00	3:00
.16							
.16							
.16							

.16							
.16							
.16							

Гликированный гемоглобин HbA1c(__.16) – __%(норма 4-6)

Газы крови(__.19) pH __ pCO₂ – __, pO₂ – __, K – __, Ca – __

ОАМ(__.19) с/ж, прозр, pH __, белок отриц, глюкоза __, ацетон-отриц, эпит 1-2 в п/зр, лейкоц 2-4 в п/зр.

Анализ мочи (__19- __.19) на сахар от 5,5% до отрицательного; р-я на ацетон – от 5,0 до отрицательного; удельный вес от 1008 до 1020.

Соскоб на яг- отриц.

Клиренс по эндогенному креатинину(__.16): клубочковая фильтрация – __ мл/мин, канальцевая реабсорбция – __%, креатинин крови - __ ммоль/л, объем суточной мочи – __ мл.

Анализ мочи по Зимницкому: относит.плотность – __, белок не обнаружен, ДД: __ мл. НД: __ мл МАУ(__19)- __ г/л

ЭКГ(__.19): ЭОС горизонтальная. Синусовый ритм с ЧСС __ в мин.

УЗИ внутренних органов (__.19):

Консультации:

1. Офтальмолог: Глазное дно без патологии. Оптические среды прозрачные.
2. Невролог: Диабетическая дистальная сенсомоторная полинейропатия. Рекомендации даны.
3. Физиотерапевт: рекомендации даны.
- 4.

ЛЕЧЕНИЕ: Стол № 9 , режим 2 , инсулинотерапия, инфузионная терапия: глюкоза 5%, NaCl 0.9%, KCl 7.5%, витамин B12, вицеф, амикацин, Витамин B1, B6, анальгин, цефтазидим, тропикамид однократно в оба глаза, физиотерапевтическое лечение: магнитолазер на область правого уха, ЛФК.

На фоне лечения состояние с положительной динамикой за счет стабилизации углеводного обмена. Гликемия на уровне 3.2-12.9 ммоль/л. Ацетон мочи: отрицательный. Выписывается с рекомендациями под наблюдение эндокринолога, педиатра, ЛОР, невролога по месту жительства.

РЕКОМЕНДОВАНО:

1. Наблюдение участкового педиатра, эндокринолога, невролога , ЛОР по месту жительства и ОДП.
2. Охранительный режим. Самоконтроль углеводного обмена **не менее 4-5 раз** в день или чаще по показаниям. **Ведение дневника самоконтроля.** Контроль ацетона мочи не реже 2 раз в неделю.
3. Стол № 9. Не более 15 ХЕ(5-54) в сутки, 2000 ккал/сутки

Целевая гликемия:

Уровень глюкозы крови перед едой (ммоль/л)	Уровень глюкозы крови после еды (ммоль/л)	Уровень глюкозы крови перед сном (ммоль/л)
5,0-8,0	6,0-11,0	5,5-10,0

4. Инсулинотерапия:

Перед завтраком: Хумалог (инсулин лизпро) 5 ЕД

Перед обедом: Хумалог (инсулин лизпро) 5 ЕД

Перед ужином: Хумалог (инсулин лизпро) 4 ЕД

В 21:00 ч. Лантус (инсулин гларгин) 8 ЕД

22 ед\сут, 0.9 ед\кг\сутки

Коррекция инсулина по уровню сахара крови. Не менее 5-7 ЕД инсулина в неделю на коррекцию сахара крови. Выписывать инсулин с учетом «подколок», «отстрелов» и остатка во флаконе.

УК- с 6-12 лет

1.4хСДИ/вес(кг)

С 12-18 лет

2хСДИ/ вес(кг)

СДИ- суточная доза инсулина

ФЧИ-110/СДИ

5. Массаж мест инъекций, ЛФК. Фитотерапия.

6. Продолжить лечение:

-гепатопротекторы (карсил, эссенциале, липоевая кислота и др.) в возрастной дозировке х 2-3 курса в год

-элькар (левокарнитин) 30% по 10 кап х2 раза в день-1мес

-поливитамин с МЭ х курсами по 1 мес в квартал.

Рекомендации невролога:

- нейромультивит 1 т х 2 раза в день х 30 дн.; затем винпоцетин 2.5 мг утром х 30 дн.; затем тиоктадид 300 мг утром х 30 дней.

7. Контроль веса 1 раз в 10 дней, роста 1 раз в 3 мес. АД х2 раза в день. Ведение дневника.

8. Контроль эндокринолога через 3 месяца или ранее по показаниям с дневником самоконтроля в ОДП.

9. УЗИ почек, МАУ через 3 мес

10. Рекомендации ЛОР врача прилагаются

Пациент не способен осуществлять самостоятельно контроль за течением заболевания (производить подсчет хлебных единиц, оценивать адекватность количества вводимого инсулина на определенное количество пищи, содержащей углеводы, технику введения инсулина, потребность в инсулине короткого действия на 1 хлебную единицу в различное время суток с возможностью коррекции его дозы в зависимости от исходного уровня гликемии).

В отделении карантина нет.

Суммарная эффективная доза рентгенологических исследований в стационаре: мЗВ.

Врач:

.Зав отд:

Зам гл врача:

Оформление обоснования диагноза

Оформление этапного эпикриза

Оформление первого дня госпитализации

Тема «Болезни поджелудочной железы. Сахарный диабет 2 типа. Инсулинома»

Определение, классификация, эпидемиология сахарного диабета 2 типа.

-Критерии диагностики заболевания.

-Осложнения.

-Принципы медикаментозного и немедикаментозного лечения.

-Комы при сахарном диабете.

-Определение, этиология, патогенез ДКА. Варианты течения, классификация и стадии ДКА. Клиническая картина, диагностика. Лечение ДКА. Клиника и лечение ОГМ.

-Гипогликемия. Гипогликемическая кома. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика. Лечение

-Гиперосмолярная и лактаcidотическая комы. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика. Лечение

Темы рефератов:

Инсулинома. Определение, этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика. Лечение

Практические навыки

№ п/п	Тема	Уровень усвоения
1.	Глюкоза в моче: глюкотест	++
2.	Ацетон в моче, экспресс-метод	++
3.	Глюкоза в крови с помощью глюкометра	++
4.	Знакомство с работой ШСД	+
5.	Техника инъекций инсулина	+
6.	Оценить стандартный тест толерантности к глюкозе, гликемический и глюкозурический профиль	+++
7.	Рассчитать диету – хлебные единицы, рассчитать необходимую дозу инсулина с учетом диеты	+

Дифференциальная диагностика ком при сахарном диабете 1 типа у детей

Признак	ДКА	гипогликемическая	гиперосмолярная	лактацедемическая

Составление плана терапии пациента с ДКА

Девочка 6 лет массой 15 кг.

Гликемия: 28 ммоль/л, Сыворотка крови: калий – 3,4 ммоль/л, натрий – 134 ммоль/л,

мочевина – 6,8 ммоль/л; КЩС: рН – 7,0 ммоль/л, ВЕ = - 27 мэкв/л.

Глюкозурия – 2,5%, ацетонурия - ++++.

Составление плана терапии тяжелой гипогликемии

Клинико-метаболическое наблюдение за больным с ДКА

Показатель	Частота определения	Примечание

Классификация осложнений СД 1 типа

Классификация СД

Сахарный диабет 1 типа	
Сахарный диабет 2 типа	
Другие специфические типы	
Гестационный СД	

Классификация препаратов инсулина

Название препарата(группы)	Начало действия	Максимальное действие	Длительность действия

Принципы питания больных сахарным диабетом.

ПОСИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СД II ТИПА

Признаки	Синдромы			
	1	2	3	тд
	Наименование синдрома	Наименование синдрома	Наименование синдрома	Наименование синдрома
1. Жалобы.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.	Симптомы, составляющие каждый синдром.
2. Анамнез болезни.				
3. Анамнез жизни.				
4. Изменения по органам и системам				
5. Лабораторные данные				

6.Инструментальные данные				

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ СД II ТИПА

Признаки	Заболевания			
	1	2	3	тд
	Наименование болезни	Наименование Болезни	Наименование болезни	Наименование болезни
Жалобы	Симптомы каждой болезни, (включая Заб., предполагаемое у пациента).			
Данные анамнеза				
Изменения по Органам (объективные данные)				
Лабораторные данные				
Данные инструментальных методов				

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ СД II ТИПА

Методы лечения	Задачи лечения		
	1	2	ТД
	Формулировка задачи		
1. Режим 2. Диета 3. Физиотерапия 4. ЛФК 5. Массаж 6. Медикаменты 7.Санаторнокурортное лечение	Средства решения задачи.		

1. Клинико-метаболическое наблюдение за больным с ДКА

Показатель	Частота определения	Примечание

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИКАМЕНТА

Форма выпуска Доза (разовая/суточная)	Фармакодинамика (механизм действия)	Показания к применению
--	--	------------------------

Продолжительность Действия		
Написать рецепт по латыни	Побочные действия	Противопоказания

Тема «Заболевания щитовидной и околощитовидных желез»

1. Гипотиреоз.
2. Определение.
3. Эпидемиология.
4. Этиология.
5. Патогенез.
6. Классификация.
7. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни.
8. Диагностика.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Лечение. Профилактика. Прогноз.
11. Гипертиреоз. Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса).
12. Определение.
13. Этиология.
14. Патогенез.
15. Классификация.
16. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни.
17. Диагностика.
18. Дифференциальный диагноз.
19. Лечение (медикаментозное, хирургическое, терапия радиоактивным йодом).
20. Тиреотоксический криз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Неотложная терапия. Прогноз. Профилактика.
21. Синдром тиреомегалии. Определение. Этиология. Патогенез. Классификация.
22. Критерии оценки степени увеличения щитовидной железы.

Темы для рефератов:

Синдром тиреомегалии. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация.

Гипопаратиреоз. Гиперпаратиреоз. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Тиреоидиты. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Семейный зоб, ювенильное увеличение щитовидной железы, узловой зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Рак щитовидной железы. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Эндемический зоб. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Темы для компьютерных презентаций:

- гистологии и эмбриологии: закладка и дифференцировка нервной системы, щитовидной железы
- Обмен йода в организме;

Домашнее задание:

№1 основные эффекты и функции тиреоидных гормонов

Метаболические процессы, органы, ткани	Влияние тиреоидных гормонов

№2 Спектр проявлений йоддефицитных заболеваний

Возраст	Патология

№3 Факторы риска ВГ

Экзогенные	Эндогенные

№4 Классификация ВГ и тиреотоксикоза

№5 Классификация и патогенез различных форм тиреотоксикоза

Формы тиреотоксикоза	Причина гиперсекреции тиреоидных
----------------------	----------------------------------

	гормонов

Оформление схем:

1. образование и регуляция тиреоидных гормонов
2. Основные патогенетические звенья развития аутоиммунного тиреоидита
3. Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз
4. Алгоритм диагностики гипотиреоза
5. Патогенетические механизмы при гипопаратиреозе и гиперпаратиреозе

Составление схем развития патогенеза

1. С-ма гипотиреоза
2. С-ма гипертиреоза
3. Гипопаратиреоза и гиперпаратиреоза

Оформить таблицы:

Таблица №1

Основные эффекты тиреоидных гормонов

Метаболические процессы	Органы и ткани	Характер влияния

Таблица №2

Спектр проявлений йоддефицитных заболеваний

Возраст	Эффект

Таблица №3

Симптомы гипотиреоза

Система органов	Симптом

Таблица №4

Симптомы гипертиреоза

Система органов	Симптом

Дифференциальная диагностика гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза

Дифференциальная диагностика синдрома гипертиреоза

Нозология	жалобы	анамнез	Объективные данные	Лабораторные данные	Инструментальные данные	Лечение	Профилактика и прогноз
кардит							
ВСД							

Дифференциальная диагностика гиперпаратиреоза и гипопаратиреоза

	Гипопаратиреоз	Гиперпаратиреоз
этиология		
жалобы		
Объективные данные(по системам)		
Лабораторные данные		
Инструментальные данные		
Лечение		
Профилактика		
Прогноз		

2. Неонатальный скрининг на врожденный гипотиреоз

3. Алгоритм диагностики гипотиреоза

4. Основные патогенетические звенья развития аутоиммунного тиреоидита

ФАКТОРЫ РИСКА ВГ:

Экзогенные	Эндогенные

Составление плана терапии тиреотоксикоза

Лечение ДТЗ (медикаментозное, хирургическое, терапия радиоактивным йодом)

Формы лечения	Показания	Режим и дозы	Примечания
Медикаментозное			
Хирургическое			
Терапия радиоак- тивным йодом			

Лечение (медикаментозное, хирургическое, терапия радиоактивным йодом)

Вид лечения	Показания	Противопоказания

Спектр проявлений йоддефицитных заболеваний

Возраст	Эффект

Основные эффекты тиреоидных гормонов

Метаболические процессы	Органы и ткани	Характер влияния

Средства обучения:

- дидактические: истории болезни (ф. 003/у), медицинские карты детей (ф. 112/у), схема учебной истории болезни, модель по патологии щитовидной железы, микро-таблицы, центильные таблицы по ФР и ПР, копии выписных эпикризов пациентов с врожденным гипотиреозом, ДТЗ;

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор, интерактивная доска и т.п.).

Практическая подготовка на клинической базе:

- курация больного
- отработка практических навыков: определить степень увеличения щитовидной железы, оценка ФР и ПР
- составить план обследования и программу лечения пациента врожденным гипотиреозом и ДТЗ

- оценить результат лабораторных (уровень тиреоидных гормонов, ОАК, БАК и инструментальных данных (данные УЗИ щитовидной железы, ЭКГ, ЭХОКС))
- самостоятельная работа студентов: курация пациентов и оформление обоснование диагноза пациента с врожденным гипотиреозом и ДТЗ,
- оформление таблиц
- составление плана терапии тиреотоксикоза
- решение ситуационных задач

Тема

«Заболевания гипоталамо-гипофизарной системы.»

Патология роста. Нарушение роста. Задержка роста. Низкорослость.

Нарушения роста.

Гипопитуитаризм.

Определение.

Этиология.

Эпидемиология.

Патогенез.

Классификация.

Возрастные особенности клинических проявлений, течение болезни.

Диагностика.

Диф. диагноз.

Лечение.

Прогноз.

Профилактика.

Высокорослость. Гигантизм. Определение. Этиология. Эпидемиология. Патогенез.

Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений, течение болезни. Ди-

агностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика

Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Синдромы Шиена и Симондса. Гиперпролактинемия. Несахарный диабет. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона.

Заболевания половых желез

Нарушения полового развития.

Понятия о первичном и вторичном гипогонадизме.

Представления о клинике, диагностике и лечении.

Преждевременное половое развитие.

Понятие о гермафродитизме и методах реабилитации больных

Высокорослость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Синдромы Шиена и Симондса. Гиперпролактинемия.

Несахарный диабет. Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона

Темы рефератов:

1. *Высокорослость. Гигантизм. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика*
2. *Синдромы Шиена и Симондса. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.*
3. *Гиперпролактинемия. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.*
4. *Несахарный диабет. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.*
5. *Синдром неадекватной продукции антидиуретического гормона. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.*

Дз

Эффекты гормона роста

Метаболические процессы	Органы и ткани	Характер влияния

Составление схем развития патогенеза

1. Задержки роста и высокорослости
2. С-ма ППР
3. С-ма ЗПР

Дифференциальный диагноз основных форм задержек роста (по кв)

- Опережает паспортный
- Отстает от паспортного
- Соответствует паспортному

Задержка роста и высокорослость

Алгоритм диагностики дефицита гормона роста

Причины низкорослости

Формы	Причина

эффекты гормонов на рост, хондроплазию, остеогенез

гормоны, оказывающие влияние на рост

Перечислите причины задержек роста

Эндокринные	Неэндокринные

Факторы, влияющие на рост

Нейроэндокринная регуляция роста

Дифференциальная диагностика

Форма	Этиология	Клиника	Лабораторные данные	Инструментальные данные	Лечение	Прогноз
ЭНДОКРИННО-ЗАВИСИМЫЙ ВАРИАНТ:						
ЭНДОКРИННО-НЕЗАВИСИМЫЕ ВАРИАНТЫ:						
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ:						

Дифференциальная диагностика низкорослость

Лечение низкорослости

Форма низкорослости	Лечение

Дифференциальная диагностика преждевременного полового развития

Дифференциальная диагностика задержки полового развития

степень полового созревания по Таннеру у девочек

Стадия	При- знак	При- знак		

степень полового созревания по Таннеру у мальчиков

Стадия	Признак	Признак

Алгоритм диагностики вариантов нанизма

КВ соответствует пас- портному	КВ опережает паспорт- ный	КВ отстает от паспортно- го

Компьютерные презентации

- генетические и хромосомные заболевания, сопровождающиеся задержкой роста;
- эффекты гормонов на рост, хондроплазию, остеогенез;
- строение, регуляция секреции гормона роста

Практическая подготовка на клинической базе:

- курация пациента
- отработка практических навыков: оценка ФР (SDS роста, скорости роста, расчет среднего ожидаемого окончательного роста) и ПР
- определить степень полового созревания по Таннеру
- оценить результат лабораторных (уровень половых гормонов, ТТГ, свободного Т4, ИФР-1, ОАК, БАК), проб на стимуляцию СТГ и инструментальных данных (рентгенография кистей(кв), краниограммы – оценить размер и структуру костной ткани турецкого седла, результатов МРТ и КТ головного мозга)

самостоятельная работа студентов

- курация пациентов
- оформление обоснование диагноза пациента с патологией роста,
- оформление таблиц: дифференциальная диагностика низкорослости,
- решение ситуационных задач.

Тема «Заболевания надпочечников.»

- Врожденная дисфункция коры надпочечников.
- Определение.

- Патогенез клинических симптомов.
- Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни.
- Диагностика.
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение.
- Острая хроническая надпочечниковая недостаточность.
- Возрастные особенности клинических проявлений, течение болезни.
- Диагноз.
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение.
- Неотложная терапия острой надпочечниковой недостаточности.
- Гиперкортицизм.
- Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.
- Определение.
- Эпидемиология.
- Этиология.
- Патогенез.
- Клиника.
- Возрастные особенности клинических проявлений, течение болезни.
- Диагностика.
- Дифференциальный диагноз.
- Лечение.
- Прогноз.
- Профилактика

Практическая подготовка на клинической базе:

- курация больного
 - отработка практических навыков: оценка ФР и ПР
 - составить план обследования и программу лечения пациента ВДКН, ХНН
 - оценить результат лабораторных (уровень гормонов надпочечников, ОАК, БАК, пробы с 1-24 АКТГ, дексаметазоном, катехоламинов мочи результатов неонатального скрининга) и инструментальных данных (данные УЗИ надпочечников, ЭКГ, ЭХОКС)
 - самостоятельная работа студентов:
 - курация пациентов и оформление обоснование диагноза пациента с ВДКН
 - оформление таблиц:
- дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга,
 -дифференциальная диагностика синдрома гипокортицизма и гиперкортицизма,
- составление плана терапии острой надпочечниковой недостаточности,
 - решение ситуационных задач.

Составление схем:

Образование и регуляция стероидных гормонов

Развития патогенеза: с-м гипокортицизма и с-ма гиперкортицизма

Темы для компьютерных презентаций:

- гистологии и эмбриологии: закладка и развитие надпочечников

Оформление таблиц:

Эффекты стероидных гормонов

Метаболические процессы	Органы и ткани	Характер влияния

Синдром гипокортицизма

Синдром гиперкортицизма

показатель	Эндогенный		Экзогенный	Экзогенный	Функциональный гиперкортицизм
	АКТГ-зависимая форма	АКТГ-независимая форма			
Заболевания (нозология)					
этиология					

Клинические признаки гиперкортицизма

Система органов	Симптом

Клинические признаки гипокортицизма

Система органов	Симптом

Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга.

Дифференциальная диагностика болезни и синдрома Иценко-Кушинга

Признаки	БИК	СИК

Дифференциальная диагностика синдрома гипокортицизма

Нозология	жалобы	анамнез	Объективные данные	Лабораторные данные	Инструментальные данные	Лечение	Профилактика и прогноз
Всд							
Астения							
Пеллагра							
судорожный синдром							
Обморочные состояния							
С-м рвоты							
БЭН или гипотрофия							
Артериальная гипотония							

Дифференциальная диагностика синдрома гиперкортицизма

Нозология	жалобы	анамнез	Объективные данные	Лабораторные данные	Инструментальные данные	Лечение	Профилактика и прогноз
АГ неэндокринного генеза							
феохромацинома							
Генетическое ожирение							

Клиника и диагностика ВДКН

Форма	Клиника	Диагностика

Составление плана терапии острой надпочечниковой недостаточности

Клиника и диагностика ВДКН

Форма	Клиника	Диагностика

--	--	--

Клиника и диагностика ВДКН

Форма	клиника	диагностика	Лечение

образование стероидных гормонов;
 эффекты стероидных гормонов
 гормоны надпочечников и их основные функции в организме

Составление схем развития патогенеза

1. С-м гипокортицизма
2. С-ма Гиперкортицизма

Компьютерные презентации

- гистологии и эмбриологии: закладка и развитие надпочечников, половых желез, гениталий

Темы рефератов:

1. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга. Определение. Эпидемиология. Классификация. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
2. Гормонально-активные опухоли коры надпочечников.
3. Феохромацитома. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.
4. .Инсиденталомы надпочечников. Определение. Эпидемиология. Этиология. Клиническая картина. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Профилактика.

Средства обучения:

- дидактические: истории болезни (ф. 003/у), медицинские карты детей (ф. 112/у), схема учебной истории болезни, микротаблицы, центильные таблицы по ФР и ПР, копии выписных эпикризов пациентов с ВДКН, ХНН.

-материально-технические (мел, доска, мультимедийный проектор, интерактивная доска и т.п.).

Тема «Ожирение.»

Определение. Эпидемиология. Этиология. Роль наследственной предрасположенности и факторов внешней среды. Патогенез. Классификация. Клиника. Возрастные особенности клинических проявлений и течения болезни. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

Лечение(диетотерапия, физические нагрузки, медикаментозное, хирургическое). Критерии эффективности лечения. Прогноз. Профилактика. Метаболический синдром. Паратрофия.

Практическая подготовка на клинической базе:

- курация больного,
- отработка практических навыков: оценка ФР(рассчитывать и оценивать ИМТ, SDS ИМТ ,SDS массы, избыток массы тела) и ПР,
- определить степень полового созревания по Таннеру,
- оценить результат лабораторных (уровень половых гормонов, кортизола, ТТГ, свободного Т4, ИФР-1, ОАК, БАК, ГТТ, индексы инсулинорезистентности),
- и инструментальных данных (рентгенография кистей(кв),краниограммы – оценить размер и структуру костной ткани турецкого седла, результатов МРТ и КТ головного мозга, УЗИ в\о, щитовидной железы, ЭХОКС,

самостоятельная работа студентов:

- курация пациентов
- оформление обоснование диагноза пациента с ожирением,
- оформление таблиц: дифференциальная диагностика различных форм ожирения,
- рассчитать структурную калорийность пищи в зависимости от интенсивности физической нагрузки, сопутствующих заболеваний (ожирение),
- решение ситуационных задач.

Составление таблиц:

1. Дифференциальная диагностика форм ожирения

Форма	этиология	патогенез	Особенности клинической картины	Лабораторные данные	Инструментальные данные	Лечение
простое						
гипоталамическое						
нейроэндокринных заболеваниях: гиперкортицизм						

гипотиреоз						
ятрогенное						
моногенное						
Синдромальное						

Синдромы, характеризующиеся развитием ожирения

Название синдрома	Характер ожирения	Клинические особенности	Генетический дефект

МОДЕЛЬ РЕГУЛЯЦИИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО БАЛАНСА

жировой обмен

Основные характеристики компонентов пищи

Компонент Энергетич. Заполнение Чувство Способность пищи

основные факторы, способствующие развитию ожирения

Классификация осложнений ожирения

Компьютерные презентации:

- *моногенные заболевания*

3. Методические указания по выполнению заданий для самостоятельной работы по дисциплине.

Методические указания обучающимся по формированию навыков конспектирования лекционного материала

1. Основой качественного усвоения лекционного материала служит конспект, но конспект не столько приспособление для фиксации содержания лекции, сколько инструмент для его усвоения в будущем. Поэтому продумайте, каким должен быть ваш конспект, чтобы можно было быстрее и успешнее решать следующие задачи:

- а) дорабатывать записи в будущем (уточнять, вводить новую информацию);

б) работать над содержанием записей – сопоставлять отдельные части, выделять основные идеи, делать выводы;

в) сокращать время на нахождение нужного материала в конспекте;

г) сокращать время, необходимое на повторение изучаемого и пройденного материала, и повышать скорость и точность запоминания.

Чтобы выполнить пункты «в» и «г», в ходе работы над конспектом целесообразно делать пометки также карандашом:

Пример 1

/ - прочитать еще раз;

// законспектировать первоисточник;

? – непонятно, требует уточнения;

! – смело;

S – слишком сложно.

Пример 2

= - это важно;

[- сделать выписки;

[] – выписки сделаны;

! – очень важно;

? – надо посмотреть, не совсем понятно;

□ - основные определения;

△ - не представляет интереса.

2. При конспектировании лучше использовать тетради большого формата – для удобства и свободы в рациональном размещении записей на листе, а также отдельные, разлинованные в клетку листы, которые можно легко и быстро соединить и разъединить.

3. Запись на одной стороне листа позволит при проработке материала разложить на столе нужные листы и, меняя их порядок, сближать во времени и пространстве различные части курса, что дает возможность легче сравнивать, устанавливать связи, обобщать материал.

4. При любом способе конспектирования целесообразно оставлять на листе свободную площадь для последующих добавлений и заметок. Это либо широкие поля, либо чистые страницы.

5. Запись лекций ведется на правой странице каждого листа в разворот, левая остается чистой. Если этого не делать, то при подготовке к экзаменам дополнительную, поясняющую и прочую информацию придется вписывать между строк, и конспект превратится в малоприспособленный для чтения и усвоения текст.

6. При конспектировании действует принцип дистантного конспектирования, который позволяет отдельные блоки информации при записи разделять и по горизонтали, и по вертикали: отдельные части текста отделяются отчетливыми пробелами – это вертикальное членение; по горизонтали материал делится на зоны полями: I – конспектируемый текст, II – собственные заметки, вопросы, условные знаки, III – последующие дополнения, сведения из других источников.

7. Огромную помощь в понимании логики излагаемого материала оказывает рубрикация, т.е. нумерование или обозначение всех его разделов, подразделов и более мелких структур. При этом одновременно с конспектированием как бы состав-

ляется план текста. Важно, чтобы каждая новая мысль, аспект или часть лекции были обозначены своим знаком (цифрой, буквой) и отделены от других.

8. Основной принцип конспектирования – писать не все, но так, чтобы сохранить все действительно важное и логику изложения материала, что при необходимости позволит полностью «развернуть» конспект в исходный текст по формуле «конспект+память=исходный текст».

9. В любом тексте имеются слова-ориентиры, например, помогающие осознать более важную информацию («в итоге», «в результате», «таким образом», «резюме», «вывод», «обобщая все вышеизложенное» и т.д.) или сигналы отличия, т.е. слова, указывающие на особенность, специфику объекта рассмотрения («особенность», «характерная черта», «специфика», «главное отличие» и т.д.). Вслед за этими словами обычно идет очень важная информация. Обращайте на них внимание.

10. Если в ходе лекции предлагается графическое моделирование, то опорную схему записывают крупно, свободно, так как скученность и мелкий шрифт затрудняют её понимание.

11. Обычно в лекции есть несколько основных идей, вокруг которых группируется весь остальной материал. Очень важно выделить и четко зафиксировать эти идеи.

12. В лекции наиболее подробно записываются план, источники, понятия, определения, основные формулы, схемы, принципы, методы, законы, гипотезы, оценки, выводы.

13. У каждого слушателя имеется своя система скорописи, которая основывается на следующих приемах: слова, наиболее часто встречающиеся в данной области, сокращаются наиболее сильно; есть общепринятые сокращения и аббревиатуры: «т.к.», «т.д.», «ТСО» и др.; применяются математические знаки: «+», «-», «=», «>», «<» и др.; окончания прилагательных и причастия часто опускаются; слова, начинающиеся с корня, пишут без окончания («соц.», «кап.», «рев.» и т.д.) или без середины («кол-во», «в-во» и т.д.).

14. Пониманию материала и быстрому нахождению нужного помогает система акцентировок и обозначений. Во время лекции на парте должно лежать 2-3 цветных карандаша или фломастера, которыми стрелками, волнистыми линиями, рамками, условными значками на вспомогательном поле обводят, подчеркивают или обозначают ключевые аспекты лекций.

Например, прямая линия обозначает важную мысль, волнистая – непонятную мысль, вертикальная черта на полях – особо важную мысль. Основной тезис подчеркивается красным, формулировки – синим или черным, зеленым – фактический иллюстративный материал.

15. Качество усвоения материала зависит от активного его слушания, поэтому проявляйте внешне свое отношение к тем или иным его аспектам: согласие, несогласие, недоумение, вопрос и т.д. – это позволит лектору лучше приспособить излагаемый материал к аудитории.

16. Показателем внимания к учебной информации служат вопросы к лектору. По ходу лекции пытайтесь находить и отмечать те аспекты лекции, которые могут стать «зацепкой» для вопроса, а затем на следующих лекциях учитесь формулировать вопросы, не отвлекаясь от восприятия содержания.

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 устного доклада

Доклад – публичное сообщение или документ, которые содержат информацию и отражают суть вопроса или исследования применительно к данной ситуации.

Алгоритм выполнения задания:

- 1) четко сформулировать тему;
- 2) изучить и подобрать литературу, рекомендуемую по теме, выделив три источника библиографической информации:
 - первичные (статьи, диссертации, монографии и т.д.);
 - вторичные (библиография, реферативные журналы, сигнальная информация, планы, граф-схемы, предметные указатели и т.д.);
 - третичные (обзоры, компилятивные работы, справочные книги и т.д.);
- 3) написать план, который полностью согласуется с выбранной темой и логично раскрывает ее;
- 4) написать доклад, соблюдая следующие требования:
 - к структуре доклада – она должна включать: краткое введение, обосновывающее актуальность проблемы; основной текст; заключение с краткими выводами по исследуемой проблеме; список использованной литературы;
 - к содержанию доклада – общие положения надо подкрепить и пояснить конкретными примерами; не пересказывать отдельные главы учебника или учебного пособия, а изложить собственные соображения по существу рассматриваемых вопросов, внести свои предложения;
- 5) оформить работу в соответствии с требованиями.

Методические указания по подготовке письменного конспекта

Конспект (от лат. conspectus — обзор, изложение) – 1) письменный текст, систематически, кратко, логично и связно передающий содержание основного источника информации (статьи, книги, лекции и др.); 2) синтезирующая форма записи, которая может включать в себя план источника информации, выписки из него и его тезисы.

В процессе выполнения самостоятельной работы можно использовать следующие виды конспектов: *(преподаватель может сразу указать требуемый вид конспекта, исходя из целей и задач самостоятельной работы)*

- плановый конспект (план-конспект) – конспект на основе сформированного плана, состоящего из определенного количества пунктов (с заголовками) и подпунктов, соответствующих определенным частям источника информации;
- текстуальный конспект – подробная форма изложения, основанная на выписках из текста-источника и его цитировании (с логическими связями);
- произвольный конспект – конспект, включающий несколько способов работы над материалом (выписки, цитирование, план и др.);
- схематический конспект (контекст-схема) – конспект на основе плана, составленного из пунктов в виде вопросов, на которые нужно дать ответ;
- тематический конспект – разработка и освещение в конспективной форме определенного вопроса, темы;
- опорный конспект (введен В.Ф. Шаталовым) — конспект, в котором содержание источника информации закодировано с помощью графических символов, рисунков, цифр, ключевых слов и др.;
- сводный конспект – обработка нескольких текстов с целью их сопоставления, сравнения и сведения к единой конструкции;
- выборочный конспект – выбор из текста информации на определенную тему.

В процессе выполнения самостоятельной работы обучающийся может использовать следующие формы конспектирования: *(преподаватель может сразу указать требуемую форму конспектирования, исходя из содержания задания и целей самостоятельной работы)*

- план (простой, сложный) – форма конспектирования, которая включает анализ структуры текста, обобщение, выделение логики развития событий и их сути;
- выписки – простейшая форма конспектирования, почти дословно воспроизводящая текст;
- тезисы – форма конспектирования, которая представляет собой выводы, сделанные на основе прочитанного;
- цитирование – дословная выписка, которая используется, когда передать мысль автора своими словами невозможно.

Алгоритм выполнения задания:

- 1) определить цель составления конспекта;
- 2) записать название текста или его части;
- 3) записать выходные данные текста (автор, место и год издания);
- 4) выделить при первичном чтении основные смысловые части текста;
- 5) выделить основные положения текста;
- 6) выделить понятия, термины, которые требуют разъяснений;
- 7) последовательно и кратко изложить своими словами существенные положения изучаемого материала;
- 8) включить в запись выводы по основным положениям, конкретным фактам и примерам (без подробного описания);
- 9) использовать приемы наглядного отражения содержания (абзацы «ступеньками», различные способы подчеркивания, ручки разного цвета);
- 10) соблюдать правила цитирования (цитата должна быть заключена в кавычки, дана ссылка на ее источник, указана страница).

Методические указания по составлению сводных (обобщающих)

таблиц к тексту

Сводная (обобщающая) таблица – концентрированное представление отношений между изучаемыми феноменами, выраженными в форме переменных.

Правила составления таблицы:

- 1) таблица должна быть выразительной и компактной, лучше делать несколько небольших по объему, но наглядных таблиц, отвечающих задаче исследования;
- 2) название таблицы, заглавия граф и строк следует формулировать точно и лаконично;
- 3) в таблице обязательно должны быть указаны изучаемый объект и единицы измерения;
- 4) при отсутствии каких-либо данных в таблице ставят многоточие либо пишут «нет сведений», если какое-либо явление не имело места, то ставят тире;
- 5) значения одних и тех же показателей приводятся в таблице в одинаковой степени точности;
- 6) таблица должна иметь итоги по группам, подгруппам и в целом;
- 7) если суммирование данных невозможно, то в этой графе ставят знак умножения;
- 8) в больших таблицах после каждых пяти строк делается промежуток для удобства чтения и анализа.

Методические указания к составлению граф-схемы

Схема – графическое представление определения, анализа или метода решения задачи, в котором используются символы для отображения данных.

Граф-схема – графическое изображение логических связей между основными субъектами текста (отношений между условно выделенными константами).

Граф-схема может выполняться в следующих вариантах: *(преподаватель может сразу указать требуемый вид граф-схемы в соответствии с содержанием задания и целями самостоятельной работы)*

- представить в наглядной форме иерархические отношения между понятиями;
- представить функциональные отношения между элементами какой-либо системы (раздела), выраженными в тексте в форме понятий или категорий.

Алгоритм выполнения задания:

- 1) выделить основные понятия, изученные в данном разделе (по данной теме);
- 2) определить, как понятия связаны между собой;
- 3) показать, как связаны между собой отдельные блоки понятий;
- 4) привести примеры взаимосвязей понятий в соответствии с созданной граф-схемой.

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 видеoinформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении.

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

4. Критерии оценивания результатов выполнения заданий по самостоятельной работе обучающихся.

Критерии оценивания выполненных заданий представлены 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.

Самостоятельная работа в рамках модуля Неонатология

Занятие №1

Тема Профилактическая, превентивная неонатология.

ЗАПОЛНИТЬ КАРТУ

ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

Показатель	Часы наблюдения				
	Сразу после рождения	Через 30 минут после рождения	Через 60 минут после рождения	Через 90 минут после рождения	Через 120 минут после рождения
Т тела С°					
Контакт кожа к коже					
Первое прикладывание к груди					
Подпись акушерки					

ПУЛЬСОКСИМЕТРИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ

Дата, время _____
 SpO² правая рука _____
 SpO² правая нога _____
 Подпись врача _____

УРОВЕНЬ ЛАКТАТА В ПУПОВИННОЙ КРОВИ(по показан.)

_____ ммоль/л
 Фамилия ребенка _____
 Дата _____ время _____
 Врач акушер-гинеколог _____
 Врач-неонатолог _____

Заполните ЛИСТ ДИНАМИЧЕСКОГО ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ

Ф.И.О. матери _____
 Палата № _____ Дата _____ время поступления _____ температура тела _____

	1-3ч	3-6ч	6-9ч	9-12ч	12-24ч	2сутки	3сутки	4сутки	5сутки	6сутки	7сутки
Совместное пребывание											
Раздельное пребывание											
Температура тела											
Частота дыхания											
Кожные покровы:											
Эластичные											
Чистые, розовые											
Сухие											
Опрелости											
Токсическая эритема											
Пупочный остаток:											

Чистый											
Гиперемирован											
Мокнутие											
Глаза:											
Чистые											
Слезотечение											
Гиперемия, отек											
Отделяемое из глаз											
Обучение технике расположе- ния и прикладывания к груди											
Обучение уходу за новорож- денным											
Обучение сцеживанию											
Состояние молочных желез:											
Норма											
Трещины сосков											
Нагрубание											
Плоские											
Оценка кормления грудью:											
Приложен правильно											
Сосет активно											
Срыгивание											
Характер стула											
Мочепуспускание											
Поведение ребенка после кормления:											
Спокоен											
Беспокоен											
Подпись медицинской сестры											

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Ребенок А., мальчик. 3 сутки жизни.

Родился в срок 40 недель гестации с массой 3750 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Из медико-биологического анамнеза матери известно: возраст 22 года, здорова. Б-1, Р-1. Профессиональных вредностей не имеет, Отец – 25 лет, здоров, профессиональных вредностей нет. Женщина наблюдалась в женской консультации с 7 недель беременности. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Отмечался токсикоз в первой половине беременности, на сроке 20 недель выявлена анемия легкой степени, принимала 3 недели препараты железа. Прибавка в весе – 16 кг. В конце беременности отмечались небольшие отеки.

Первые два часа жизни проводился «контакт кожа к коже», *приложен* к груди в первые минуты жизни, сосал активно.

На третьи сутки жизни: температура тела 37,4⁰С. Масса тела 3500 г. На коже груди, живота, конечностей отмечена пятнисто-папулезная сыпь розовой окраски. На лице выявлены небольшие единичные высыпания, общее состояние удовлетворительное. Покраснения наблюдаются в области ягодиц, спины, на сгибах локтей, под коленками.

Во время осмотра на пеленке выявлены пятна кирпично-красного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Выделите пограничные состояния
3. Назначьте план обследования и лечения

Оформление дневника курации *НОВОРОЖДЕННОГО НА 1 СУТКИ*

Осмотр новорожденного в отделении новорожденных

Дата осмотра: ____/____/2018г. Время ____:____. Возраст: ____ сутки жизни.

Жалобы матери: нет / есть _____**Состояние:** удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / _____**Крик** громкий/отсутствует/слабый/средней силы/раздраженный/пронзительный _____**Большой родничок** ____ х ____ см _____**Сосание:** да / нет. **Глотание:** да / нет. **Судороги** нет / есть. **Апноэ** нет / есть**Рефлексы:** вызываются/не вызываются/ослаблены/усилены/живые _____ хвата-
тельный + / - сосательный + / - ; Бабинкина + / - ; опоры + / - ; автоматической ходьбы + / -**Мышечный тонус** в норме / повышен / снижен / отсутствует. Парез / паралич нет / есть**Кожа** розовая / бледная / серая / цианотичная / акроцианоз / гиперемизированная / субиктеричная / икте-
ричная / сыпь есть / нет / токсическая эритема _____**Подкожно-жировая** клетчатка развита достаточно / избыточно / слабо.**Периферические отёки:** нет / есть _____**Глаза** чистые / отек век / гнойное отделяемое / серозное отделяемое. _____**видимые слизистые** розовые / бледные / ярко розовые / чистые _____**Дыхательная система:** Грудная клетка: Цилиндрическая/бочкообразная/вздутаУчастие вспомогательной мускулатуры нет / есть (умеренное / выраженное). Западение уступчивых
мест грудной клетки нет / есть (умеренное / выраженное).**Стон** нет/есть (слабый/умеренный/выраженный). **Одышка:** нет / есть _____**Аускультативно** дыхание проводится / не проводится / пузильное / жёсткое / ослабленное спра-
ва/слева _____**Хрипы** нет / есть: влажные /сухие /проводные / крепитирующие, единичные / в большом количестве,
справа / слева.**Система органов кровообращения:** Тоны сердца ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются.**Ритм:** ритмичный / аритмичный _____**Шум** нет / есть, систолический/диастолический/систо-диастолический/не интенсивный / Локализа-
ция ____ межреберье справа / слева, рп. тах.**Кормление:** грудь матери: да /нет _____

Срыгивания: нет / да _____

Докорм: нет / да / назначен Сцеженное грудное молоко _____ адап.
молочная смесь « _____ » _____**Живот** мягкий / напряжён, вздут/ не вздут, пальпации доступен / недоступен, болезненный / безболез-
ненный. **Печень, Селезенка:** не увеличена / увеличена _____

Тазобедренные суставы: Разведение свободное/ограничено _____

Анус: ДА/НЕТ. **Стул** есть/ нет _____ **Мочевыделение:** да/нет. **Половые органы**
жен. / муж. / не определенный пол.**Остаток пуповины** на скобе / сухой / отслаивается. Пупочная ранка сухая / влажная / чистая / под-
кравливает (скудно / умеренно / обильно) _____**Дополнительные данные:**

Туберкулез и вен. Заболевания нет / да _____

Пренатально выявлены пороки нет / да _____

Диагноз:

Назначения:

Врач _____

Компьютерные презентации:

- АНАТОМО ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА
- ШКАЛА АПГАР

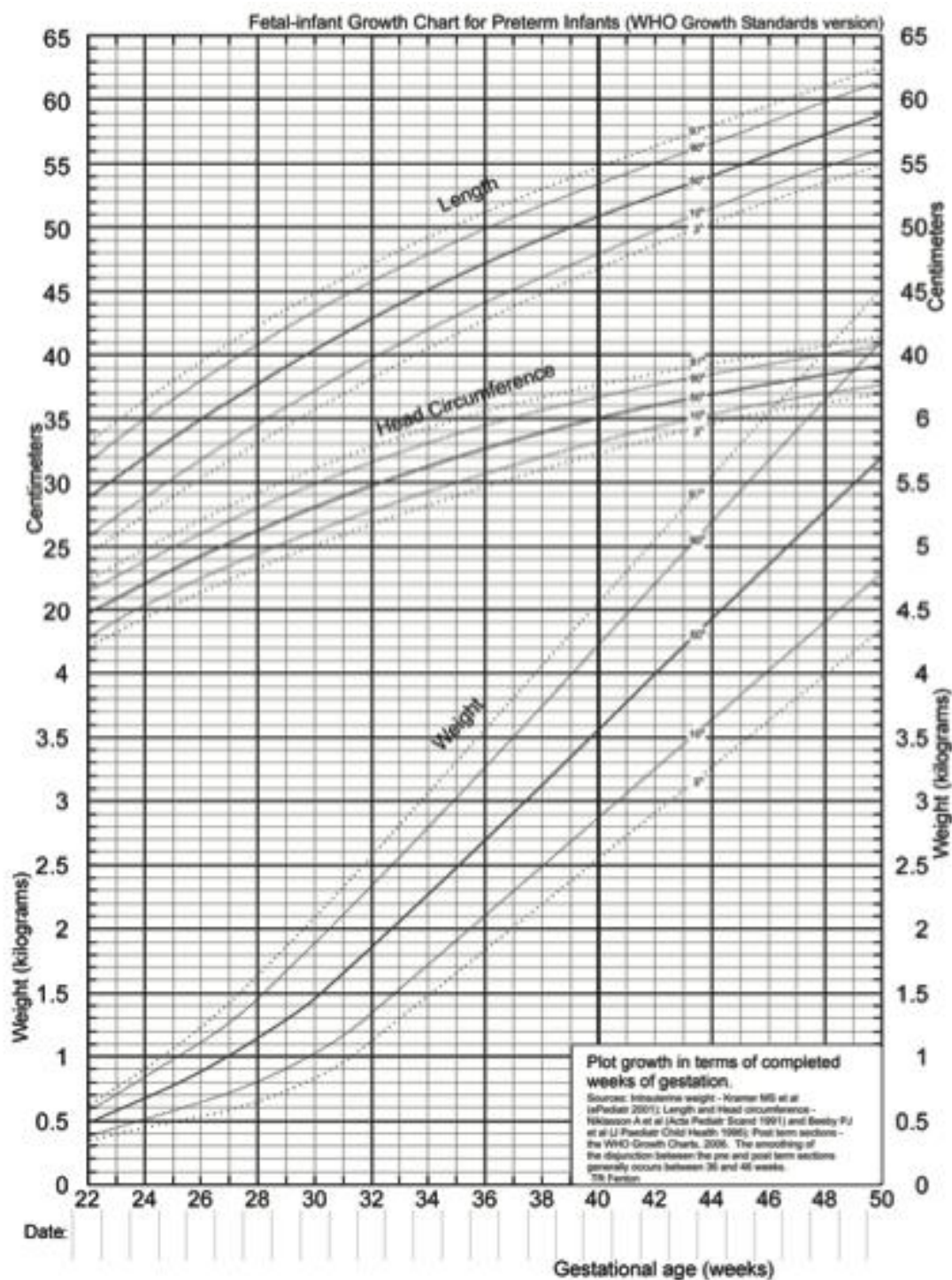
Оформление схем:

Признак	Оценка нейромышечной зрелости новорожденного в баллах по Дж. Боллард и соавт. (1979)							У ребенка
	-1	0	1	2	3	4	5	
Поза младенца								
Квадратное окно (запястье)	>90°	90°	60°	45°	30°	0°		
Ответная реакция руки		180°	140°-180°	110°-140°	90°-110°	90°		
Подколенный угол	180°	160°	140°	120°	100°	90°	<90°	
Симптом "шарфа"								
Притягивание пятки к уху								
ВСЕГО								

ОЦЕНКА ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ПО СОВОКУПНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ (Боллард Дж. и др., 1979)							
ПРИЗНАКИ	БАЛЛЫ						У ребенка
	0	1	2	3	4	5	
КОЖА	Желатинозная, красная, прозрачная	Гладкая, розовая, видимые вены	Поверхностное шелушение, и/или видно немного вен	Бороздчатость, бледная, редкие вены	Пергаментнообразная, глубокие борозды, сосуды не видны	Зрелая, бороздчатая, складчатая	
ЛАНУТО	Отсутствует	Обильное	Источен	Безволосистые области	Большая часть безволосистая		
СКЛАДКИ НА СТОПЕ	Отсутствуют	Нечеткие красные полосы	Складки только на передней части стопы	Складки на 2/3 стопы	Складки на всей подошве стопы		
ГРУДНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ	Едва ощутимы	Плоские, околососковый кружок отсутствует	Ткань выражена, околососковый кружок 1-2 мм	Приподнятый сосок, околососковый кружок 3-4 мм	Ткань молочной железы полностью выражена, околососковый кружок 5-10 мм		
УХО	Ушная раковина плоская, остается согнутой после сгибания	Ушная раковина слегка загнута, мягкая, медленно распрямляется после сгибания	Хорошо изогнутая ушная раковина мягкая, легко распрямляется после перегиба	Плотная и сформированная с немедленным распрямлением после перегиба	Плотный хрящ, ухо твердое		
ГЕНИТАЛИИ (мужские)	Мошонка пустая, нет морщин		Яички опускаются, мошонка имеет складки	Яички опущены, мошонка хорошо складчатая	Яички «подвешены», глубокая складчатость мошонки		
ГЕНИТАЛИИ (женские)	Клитор и малые половые губы выступают		Большие и малые половые губы примерно равны	Большие половые губы покрывают малые	Клитор и малые половые губы полностью закрыты большими		
ВСЕГО							

ГЕСТАЦИОННЫЙ ВОЗРАСТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СУММАРНОЙ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ И НЕЙРОМЫШЕЧНОЙ ЗРЕЛОСТИ
(таблица + рисунок)

Сумма баллов (таблица + рисунок)	Гестационный возраст, нед.	Сумма баллов (таблица + рисунок)	Гестационный возраст, нед.
5	26	30	36
10	28	35	38
15	30	40	40
20	32	45	42
25	34	50	44
Суммарное количество баллов у ребенка - _____ баллов		Гестационный возраст у ребенка - _____ недель	



ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ новорожденного на срок гестации ребенка при рождении _____

нед.: _____

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Осуществить подбор крови и ее компонентов для ОЗПК ребенку массой 3250кг. С ГБН по АВО системе (Приказ Минздрава России От 2 Апреля 2013 г. N 183н «Об Утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов»)

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Мальчик, 24 дня. Масса тела ребёнка при рождении -3200 г., длина 51 см. Особенности в родах- тугое обвитие пуповины вокруг шеи плода. Оценка по шкале Апгар 7/7 б.

Беременность 3, протекала с анемией легкой степени, гестозом.

С рождения отмечался синдром дезадаптации в виде снижения физиологических рефлексов, лёгкого тремора конечностей. На НСГ патологии не выявлено. В родильном доме ребёнок пробыл 4 дня, затем был выписан на педиатрический участок с диагнозом «Риск гипоксического поражения ЦНС».

Со слов матери, у ребёнка в возрасте 20 дней стали отмечаться срыгивания створоженным молоком через 1-1,5 часа после кормления. В течение последних 3-х дней мать отметила, что стул и мочеиспускание у ребёнка нечастое. Ребёнок осмотрен педиатром. Поставлен диагноз «пилороспазм». Ребёнок был направлен на госпитализацию в стационар новорождённых в возрасте 24 дней жизни.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Ребёнок беспокоен, раздражителен. Масса тела 3200 г., умеренные признаки дегидратации. Кожа розовая, слегка снижен тургор подкожно-жировой клетчатки. При беспокойстве лёгкий периоральный цианоз. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 130 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации, справа чуть выше пупка пальпируется плотный тяж. Печень + 2 см из-под края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Кормится грудью матери дробно через 3 часа, сосёт охотно по 90 мл. Перед очередным кормлением срыгивает створоженным молоком, дважды за первые сутки пребывания в стационаре отмечалась рвота «фонтаном».

Общеклинические анализы в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте консультацию специалиста.
3. Назначьте план обследования и лечения.

Занятие №2

Тема Хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Гипоксические поражения ЦНС.

Темы для компьютерных презентаций:

1. Неонатальный скрининг;
2. Фенилкетонурия;Муковисцедоз; Галактоземия;Гипотиреоз;
3. Аденогенитальный синдром;
4. Аудиологический скрининг;

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Ребенок В., мальчик, 3 сутки жизни. Масса 3150гр.

Кожные покровы чистые, розовые. Слизистые чистые. Остаток пуповины мумифицирован, на скобе. Отмечено симметричное увеличение грудных желез. Кожа над железами не изменена. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Стул при осмотре жидкий, желтый с белыми комочками, с прожилками слизи. Живот несколько вздут, отмечено урчание при пальпации. Мошонка отечна, увеличена в размерах.

родился в срок 40 нед. с массой тела 3250 г.

Из анамнеза известно- Ребенок от первой беременности. Женщина встала на учет в женской консультации в восемь недель беременности. В первой половине отмечался легкий, непродолжительный токсикоз. В 20 недель беременности диагностирована анемия легкой степени – Hb 102 г/л. В 34-36 недель отмечались отеки на ногах. Общая прибавка в массе – 6 кг.

Продолжительность родов 18 часов. Безводный период – 2 часа. Первый период 17 часов 40 минут, второй период 20 минут. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8-10 баллов. К груди приложен в первые минуты жизни. Грудь сосет активно, питание усваивает, не срыгивает.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Выделите основные пограничные состояния
3. Назначьте план обследования и лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Техника проведения непрямого массажа сердца новорожденному. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

ПРОВЕСТИ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО И ЗАПОЛНИТЬ ТАБЛИЦУ

« ____ » ____ 201 ____ г. Время осмотра ____ . Возраст ребенка ____ часов жизни

Т тела ____ °С, ЧСС ____ в мин., ЧДД ____ в мин., SaO₂ ____ %

Жалобы матери: _____

Общее состояние: средней тяжести, тяжелое, очень тяжелое, крайне тяжелое, агональное

Кожные покровы _____

Отеки _____

Поза: флексии, полуфлексии, «лягушки», с вытянутыми конечностями.

Судороги/тремор _____

Рефлексы _____ Мышечный тонус _____

Большой родничок _____ Швы черепа _____

Дыхание: спонтанное, кислородная палатка, лицевая маска, носовые катетеры,

Аускультативно _____

Хрипы _____

Признаки пневмоторакса/гидроторакса _____

Сердечные тоны _____

Симптом «белого» пятна _____ сек.

Живот _____

Печень _____ Селезенка _____

Пуповина _____

Половые органы _____ Анус _____

Моча/диурез _____ Стул _____

Прочее _____

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: тяжесть состояния ребенка на момент осмотра обусловлена дыхательной недостаточностью, глубокой незрелостью, гемодинамическими нарушениями, шоком, неврологической симптоматикой, судорожным синдромом, сердечной недостаточностью, интоксикацией (билирубиновой, инфекционным токсикозом), обменными нарушениями, другими причинами: _____

ДИАГНОЗ: _____

В настоящее время состояние ребенка _____ требует перевода его в отделение реанимации новорожденных, в отделение реанимации хирургического профиля.

Ребенок оставлен в родильном отделении, палате ППН с матерью под наблюдением врача неонатолога отделения новорожденных в связи с отсутствием показаний к проведению реанимационных мероприятий и интенсивной терапии.

РЕКОМЕНДАЦИИ:

**ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ
КЛИНИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ (КШОНН) (В.А. Буштырев и
соавт., 2005г.)**

№	Системы	Баллы	Клинические маркеры
1.	ЦНС	2	отсутствие сознания, мышечная атония, адинамия, арефлексия
		1	мышечная гипотония, гиподинамия, гипорефлексия, вялая реакция на осмотр
		0	нормальные рефлексы, нормальный тонус
2.	Дыхательная система	2	нуждается в ИВЛ или находится на спонтанном дыхании с повышенным давлением на выдохе через носовые канюли или интубационную трубку
		1	нуждается в кислороде через кислородную маску или носовой катетер
		0	обходится без кислорода
3.	Сердечно-сосудистая система	2	выраженная брадикардия (<100 уд. в мин.) или тахикардия(>170 уд. в мин.), артериальная гипотония
		1	умеренная тахикардия (160-170 уд. в мин.)
		0	нормальная ЧСС, нормальное АД
4.	Печень	2	увеличена более 2 см
		1	увеличение печени менее 2 см
		0	размеры печени не увеличены
5.	Мочевыделительная система	2	анурия, гематурия
		1	олигоурия
		0	нормальный почасовой диурез
6.	Кожа	2	выраженная желтуха, выраженная бледность, цианоз, кровоизлияния диапедезного характера
		1	умеренная бледность с периоральным и акроцианозом
		0	нормальная окраска кожи
7.	Температура тела	2	гипертермия (>37,2С) или выраженная гипотермия (ниже 36,0°)
		1	умеренная гипотермия (36,4°-36,0°С)
		0	нормальная температура (36,5°-37,2°С)

14-10 баллов - крайне тяжелое состояние

9-6 баллов - очень тяжелое состояние

5-3 балла - тяжелое состояние

1-2 балла - состояние средней ст. тяжести

ЗАНЯТИЕ №3

Тема Задержка внутриутробного развития.

Недоношенные дети.

ОЦЕНИТЬ физическое развитие новорожденного по центильным таблицам

		Центили (длина тела)				
		3-10	10-25	25-75	75-90	90-97
Центили (масса тела)	90-97	Низкое резко дисгармоничное ИМТ 2 степени	Нижесреднее резко дисгармоничное ИМТ 2 степени	Среднее резко дисгармоничное ИМТ 2 степени	Вышесреднее резко дисгармоничное ИМТ 2 степени	Высокое резко дисгармоничное ИМТ 2 степени
	75-90	Низкое дисгармоничное ИМТ 1 степени	Нижесреднее дисгармоничное ИМТ 1 степени	Среднее дисгармоничное ИМТ 1 степени	Вышесреднее дисгармоничное ИМТ 2 степени	Высокое дисгармоничное ИМТ 1 степени
	25-75	Низкое гармоничное	Нижесреднее гармоничное	Среднее гармоничное	Вышесреднее гармоничное	Высокое гармоничное
	10-25	Низкое дисгармоничное ДМТ 1 степени	Нижесреднее дисгармоничное ДМТ 1 степени	Среднее дисгармоничное ДМТ 1 степени	Вышесреднее дисгармоничное ДМТ 1 степени	Высокое дисгармоничное ДМТ 1 степени
	3-10	Низкое резко дисгармоничное ДМТ 2 степени	Нижесреднее резко дисгармоничное ДМТ 2 степени	Среднее резко дисгармоничное ДМТ 2 степени	Вышесреднее резко дисгармоничное ДМТ 2 степени	Высокое резко дисгармоничное ДМТ 2 степени

Примечание: ИМТ – избыток массы тела; ДМТ – дефицит массы тела

Заключение:

22 нед _____

23 нед _____

24 нед _____

25 нед _____

26 нед _____

27 нед _____

28 нед _____

29 нед _____

30 нед _____

31 нед _____

32 нед _____

33 нед _____

34 нед _____

35 нед _____

36 нед _____

37 нед _____

38 нед _____

39 нед _____

40 нед _____

41 нед _____

42 нед _____

43 нед _____

44 нед _____

45 нед _____

46 нед _____

47 нед _____

48 нед _____

49 нед _____

50 нед _____

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

Техника расчета длины зонда в желудок новорожденному.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Ребенок Д., девочка, 1 сутки жизни. Масса тела при рождении 2700 г., длина тела 47 см., окр. головы 31 см., окр. груди 30 см. Закричал после санации верхних дыхательных путей. При осмотре кожные покровы ярко-розового цвета, акроцианоз, тургор тканей снижен. Выражено лануго на плечах и спине. Грудные железы слабо развиты, соски втянуты, ареолы диаметром 2 мм. Исчерченность стоп до половины длины. Подкожно-жировая клетчатка истончена. Пупочное кольцо ниже средней линии туловища. Мышечная диффузная гипотония, положительные миотонические тесты (симптом «шарфа», симптом «открытого окна»). Гипорефлексия. Большие половые губы не прикрывают малые.

Из медико-биологического анамнеза известно-от второй беременности, первых родов при сроке 36 недель гестации. Первая беременность закончилась выкидышем в сроке 9 недель. Данная беременность протекала на фоне вегетососудистой дистонии по гипотоническому типу. В 20- 24 недели диагностирована анемия средней тяжести. В 26 недель отмечалась лейкоцитурия до 80-100 лейкоцитов в поле зрения, диагностирован гестационный пиелонефрит. Проводилось лечение.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Выделите основной синдром
3. Назначьте план обследования и лечения.

ЗАНЯТИЕ №4

Респираторный дистресс-синдром

СОБРАТЬ Анамнез матери

Дата родов _____ время родов _____ Возраст матери _____
Группа крови _____ резус фактор _____ гемотрансфузии в анамнезе: да/нет
Вредные привычки: курение _____ алкоголь _____ наркотики _____ другие _____
Соматические заболевания матери _____

ВИЧ _____ RW _____ Hbs Ag _____ гепатит С _____ Тбс _____ другие _____
Гинекологические заболевания и хроническая урогенитальная инфекция _____

Предыдущие беременности: аборт _____ выкидыш _____ замершая беременность _____
Преждевременные роды _____ срочные роды _____
Настоящая беременность: _____ на учете в ж/к с _____ недель / не наблюдалась
Течение беременности _____

Обследование на инфекции: _____

Титр антител (при наличии) _____
Прием антибиотиков: препарат _____ срок беременности _____
Профилактика СДР: срок беременности _____ недель, препарат _____
доза _____ курс закончен / не закончен.

Профилактика ВИЧ: проводилась / не проводилась.

Мать согласна на проведение АРВТ: да / нет. Подпись матери _____
УЗИ во время беременности _____

Роды _____ срок гестации _____ нед.

Предлежание: головное / ягодичное / ножное / поперечное.

Кесарево сечение да / нет. Экстренное да / нет. Показания _____

Особенности течения родов, пособия (перинеотомия, акушерские щипцы, вакуумэкстракция, другие) _____

Показания _____
ния _____

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Неврологический осмотр новорожденного.
2. Физиологические рефлексы новорожденного.
3. Измерение БР, швов и родничков.

ТЕМЫ РЕФЕРАТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ

1. Физиологические рефлексы новорожденного.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка 7 сутки жизни. Масса тела при рождении 2000 г, ростом 44 см родилась при сроке беременности 34 недели. Беременность протекала на фоне ОРВИ. Роды самостоятельные, в ягодичном предлежании.

Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов, на 5-ой минуте - 6 баллов. БР 2,5х3,0 см. кости черепа мягкие, податливые, швы открыты, краниотабес, лануго на верхнем плечевом поясе и волосистой части головы, большое количество vernix caseosa, акроцианоз SaO_2 - 87%. На лице и теле - петехиальная сыпь. Уши недоразвиты, ногтевые пластинки не покрывают полностью ногтевое ложе, соски и ареола пигментированы слабо, наблюдается открытая половая щель. Двигательная активность снижена. отмечается деформация грудной клетки по типу воронкообразной груди (грудина втянута внутрь) Частота дыхания 65 -70 в минуту. Дыхание в легких проводится по всем полям, крепитация, ослаблено, отмечается участие вспомогательной мускулатуры. 3-4 балла по шкале Сильвермана. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 154 в минуту. Живот мягкий. Меконий отошел в родзале.

Проведено обследование новорожденного.

НСГ Заключение: признаки недоразвития ткани мозга.

УЗИ внутренних органов - без видимой патологии.

ОАК	Нб	Эр	Нт	Тр/ц	L	Мие/ц	э	п/я	с/я	л/ц	мон
	255	4,63	0,47	354	6,1		1	3	70	23	3

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте план обследования и лечения.

ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО**Шкала Downes**

Баллы	Частота дыхания	Цианоз	Втяжения грудной клетки	Затрудненный выдох (стон)	Характер дыхания при аускультации
0	<60	Нет при 21% O_2	Нет	Нет	Пуэрильное
1	60-80	Есть, исчезает при 40% O_2	Умеренное	Выслушивается стетоскопом	Изменено или ослаблено
2	>80 или апноэ	Исчезает при $\text{O}_2 > 40\%$	Значительное	Слышно на расстоянии	Плохо проводится

Клинические признаки	Дата осмотра _____ Время осмотра							Дата осмотра _____ Время осмотра				
Частота дыхания												

Цианоз														
Втяжения грудной клетки														
Затрудненный выдох (стон)														
Характер дыхания при аускультации														
Всего														

ОЦЕНИТЬ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ СИЛЬВЕРМАНА

Клинические признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Движение грудной клетки	Грудь и живот равномерно участвуют в акте дыхания	Аритмичное, неравномерное дыхание	Парадоксальное дыхание
Втяжение межреберий	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Втяжение грудины	Нет	Не резко выражено	Резко выражено
Положение нижней челюсти	Рот закрыт, нижняя челюсть не западает	Рот закрыт, нижняя челюсть западает	Рот открыт, челюсть западает
Дыхание	Спокойное, ровное	При аускультации слышен затрудненный выдох	Стонущее, слышно на расстоянии

Клинические признаки	Дата осмотра _____ Время осмотра						Дата осмотра _____ Время осмотра					
Движение грудной клетки												
Втяжение межреберий												
Втяжение грудины												
Положение нижней челюсти												
Дыхание												
ВСЕГО баллов												

ЗАНЯТИЕ №5

Желтухи новорожденных.

Гемолитическая болезнь новорожденных

ТЕМЫ РЕФЕРАТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ

1. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ГБН И ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
2. МЕТАБОЛИЗМ БИЛИРУБИНА В ОРГАНИЗМЕ НОВОРОЖДЕННОГО
3. ФЕРМЕНТАТИВНЫЕ СИСТЕМЫ ПЕЧЕНИ
4. ПРИНЦИПЫ ФОТОТЕРАПИИ

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, возраст 6 сутки жизни. Родилась от III беременности, I срочных родов. Первые 2 беременности закончились самопроизвольным выкидышем на 8-ой и 12-ой неделях. Настоящая беременность протекала с явлениями нефропатии II степени. Дважды, в 6 и 18 недель мать перенесла ОРВИ. Матери 35 лет, отцу 43 года. Продолжительность родов 16 часов. Масса тела девочки при рождении - 2550 г., длина - 49 см. Оценка по шкале Апгар на первой минуте - 6 баллов, на 5 минуте - 8 баллов.

Ребенок при осмотре на 2-е сутки жизни вялый, крик слабый, отмечается мышечная гипотония. Рефлексы орального автоматизма живые. Защитный рефлекс вялый, выявляется после длительной латентной фазы. Рефлекс ползания практически отсутствует. Рефлексы опоры и автоматической походки вялые. Кожа сухая, бледно-розовая, акроцианоз. Подкожно-жировой слой развит слабо. Отмечается деформация ушных раковин, высокое небо, прогнатизм, гипертелоризм сосков.

При обследовании получены следующие результаты:

НСГ Заключение: Умеренное повышение эхогенности в перивентрикулярной области.

УЗИ внутренних органов без видимой патологии.

ОАК

ОАК	Hb	Эр	Ht	Тр/ц	L	Мие/ц	э	п/я	с/я	л/ц	мон
	155	4,63	0,47	354	6,1		1	3	70	23	3

Биохимический анализ крови: общий билирубин на 6 сутки жизни - 185 мкмоль/л

В последующие дни состояние ребенка улучшилось. Стала активнее сосать грудь матери, рефлексы периода новорожденности живые. Убыль массы составила 200г. С 6-го дня начал прибавлять в массу. Сохранялась слабая желтушность кожи. Выписан на 7 день жизни с массой тела 2500г в удовлетворительном состоянии.

Вопросы:

3. Поставьте диагноз.
4. Назначьте план обследования и лечения.

Дата ____/____/20__г
Время ____:____
t тела ____
ЧД ____ в^с
ЧСС ____ в^с
Вес ____ г
Убыль ____ (____%)

ПРОВЕСТИ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО, ОБОСНОВАТЬ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

______ сутки

Жалобы матери: нет/есть ____
Состояние: удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое / Стабильное / нестабильное / с ухудшением / с улучшением / без изменений ____
Кормление: Грудь матери да/нет ____
Срыгивания: нет/да ____
Докорм нет/да/назначен. Сцеженное грудное молоко ____ адап. молочная смесь ____
Крик: громкий/отсутствует/слабый/средней силы/раздраженный ____
мышечный тонус: в норме / повышен / снижен / отсутствует. ____
рефлексы: вызываются / не вызываются / ослаблены / усилены / живые ____



Зона	1	2	3	4	5
ОБС (мкмоль/л)	100	150	200	250	Больше 250

Рисунок 1

Кожа:

розо-
вая/бледная/цианотичная/акроцианоз/гиперемированная/субиктеричная/иктеричная уровень билирубина билитестом _____. Повысился / понизился / на прежнем уровне. По Крамеру ____ зона. Согласно клиническим рекомендациям РОН: фототерапия показана нет/да **сыпь** нет / есть / токсическая эритема _____ **видимые слизистые** розовые/ бледные/ ярко розовые /чистые/

пупочный остаток/ пупочная ранка: на скобе/отпал/сухая/влажная/чистая/подкравливает

Дыхание проводится / не проводится / пуэрильное / жёсткое / ослабленное _____

Хрипы нет / есть: _____

Тоны сердца: ясные / приглушены / глухие / не выслушиваются / ритмичные / аритмичные

Шум: нет / есть. _____

Живот: мягкий / напряжён, вздут/ не вздут Печень, Селезенка: не увеличена / увеличена _____

Стул да / нет _____ **Мочится** да / нет _____

Дополнительные данные: _____

Назначения: _____

Врач: _____

ЗАНЯТИЕ №6

Врожденные инфекции

ТЕМЫ РЕФЕРАТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ

1. ВОСХОДЯЩИЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
1. ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ
2. ВРОЖДЕННЫЙ ЛИСТЕРИОЗ
3. ВРОЖДЕННАЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ
4. Пневмония цитомегаловирусной этиологии
5. вакцинация В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

1. Техника подсчета ЧСС у новорожденного в родзале.
2. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Мальчик, 7 сутки жизни.

Антропометрические данные при рождении: вес – 3250 г., рост – 50 см., окружность головы - 35 см., окружность груди 32 см.

Из анамнеза известно: ребенок от 2-ой беременности, протекавшей на фоне анемии беременных, 2 родов. В анамнезе у матери 1 медицинский аборт. Роды произошли на 40-й неделе гестации, оценка по Апгар в конце 1-ой минуты – 8 баллов, на 5-ой минуте – 9 баллов.

С первых минут находится на совместном пребывании с матерью, кормится грудью в режиме «по требованию», в течении первых двух часов жизни проводился «контакт кожа к коже». Выписан домой на 4 сутки жизни с массой 3050 гр.

При первом патронаже на дому участковый педиатр отмечает удовлетворительное состояние новорожденного, субиктеричный цвет кожных покровов с участками мелко-пластинчатого шелушения на животе и груди, симметричное увеличение молочных желез, пигментацию сосков и мошонки, множественные беловатые узелки на крыльях носа. Пуповинный остаток на скобе, кожа вокруг не изменена.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Выделите адаптационные состояния.
3. Назначьте план обследования и лечения.

ОФОРМИТЬ ВЦЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ					
Ф.И.О. Матери:			Возраст:		
Адрес:					
Дата родов:			Беременность:		
Роды:					
I период	II период	б/п	воды		
Пол ребенка муж., жен.		Масса	г.	Длина	см.
Окружность головы		см; груди	см.	Оценка по Апгар	балл

Гр.крови	Rh	матери	Гр.крови	Rh	ребенка
Контакт «кожа к коже» 2 часа да/нет					
Приложен к груди в родзале да/нет; на сутки					
Реанимационные мероприятия					
Состояние при рождении					
Диагноз при рождении:					
Вскармливание: грудное; искусственное (указать причину)					
Совместное пребывание: да/нет					
Физиологическая желтуха с суток.					
Пуповина отпала на сутки; осталась на скобе.					
Получал лечение					
ОАК					
Билирубин м/м					
НСГ					
ЭхоКС					
Консультация специалистов					
Аудиологический скрининг					
Обследование на ФКУ,ВГ,МВ,ГЭ,АГС дата					
Вакцинация от гепатита В: 0,5 в/м С					
Вакцинация от туберкулеза: БЦЖ: сутки 0,05 в/к					
Серия		Контроль		Годность	
Выписан на		сутки		Масса при выписке г.	
Диагноз:					
Группа здоровья:					
Рекомендации: Грудь матери по требованию					
Дата:		Врач-неонатолог:			

ЗАНЯТИЕ №7 Родовая травма

ТЕМЫ РЕФЕРАТИВНЫХ СООБЩЕНИЙ

1. лечение новорожденных с интранатальной травмой шейного отдела позвоночника в родильном доме
2. основные принципы лечения внутричерепной мозговой травмы у новорожденного в остром периоде
3. Механизм интранатального повреждения шейного отдела спинного мозга при разгибательных вставлениях головки
4. Акушерский парез типа Дюшенна Эрба
5. Акушерский парез типа Дежерин Клюбке
6. морфологические проявления интранатальной спинальной травмы у доношенных детей.
7. Периферический парез лицевого нерва у новорожденного

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

1. Техника подсчета ЧДД у новорожденного в родзале.
2. Первичный туалет и последующий туалет новорожденного. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка от 1 беременности, протекавшей на фоне раннего токсикоза первой половины, во второй половине - угроза прерывания беременности в 20-22 недели, 28 недель, ОПГ - гестоз средней степени тяжести. У мамы бронхиальная астма с 12 лет. Роды на 34 недели беременности. Тугое обвитие пуповиной шеи плода. Ягодичное предлежание. Ребенок рожден с оценкой по шкале Апгар 6/8 баллов, весом 2100 г, длиной 42 см. С рождения состояние средней тяжести.

Через 3 дня после рождения отмечается беспокойство, «мозговой» крик, повышение двигательной активности, гиперестезия. Рефлексы новорожденных оживлены. Мышечный тонус дистоничен. Симптом Грефе. Нечеткая ригидность затылочных мышц. Б. родничок пульсирует. t -37,8 С. Кожа бледно-розовая. В легких дыхание пуэрильное. ЧД 50 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС 154 в 1 мин. Живот мягкий. Печень +1,5 см.

В общем анализе крови

ОАК	Нб	Эр	Нт	Тр/ц	L	Мие/ц	э	п/я	с/я	л/ц	мон
	155	4,63	0,47	354	11,1		1	3	70	23	3

При исследовании ликвора – обнаружены свежие и выщелоченные эритроциты, умеренное повышение белка.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Выделите признаки недоношенности
3. Назначьте план обследования и лечения.

ЗАНЯТИЕ №8 Родовая травма

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, 15 суток жизни.

Из анамнеза известно- ребенок от 1-ой беременности, протекавшей на фоне гестоза, ХФПН, гипертонической болезни, 1-ых преждевременных родов на 27 неделе гестации весом 800 г., длиной - 34 см., с оценкой по Апгар 3/5 баллов.

Выхаживается в палате интенсивной терапии и реанимации в кувете.

С рождения состояние очень тяжелое, клиника РДС, кожные покровы бледно-иктеричные, склонность к брадикардии. В неврологическом статусе превалировала симптоматика угнетения ЦНС. На НСГ диагностировано ВЖК III ст. Кормилась через зонд сцеженным обогащенным грудным молоком матери.

На 14-е сутки жизни состояние с отрицательной динамикой: отмечается подъем температуры тела до 38°, крик слабый, снижение физиологических рефлексов, срыгивания, ребенок не сосет зонд, остаточный объем в желудке, живот вздут, петли кишечника контурируют через переднюю брюшную стенку, аускультативно-перистальтики не слышно, появились признаки гиперестезии, серый колорит кожных покровов, тахикардия, сердечные тоны приглушены, симптом белого пятна 3 сек, акроцианоз, конечности холодные на ощупь, стула нет, диурез 2 мл/час

ОАК	Нб	Эр	Нт	Тр/ц	L	СОЭ	э	п/я	с/я	л/ц	мон
	95	2,63	0,47	354	28,1	16	1	12	70	23	3

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Какие основные синдромы
3. Назначьте план обследования и лечения

Темы для компьютерных презентаций:

5. Анатомо-физиологические особенности ЦНС недоношенного новорожденного.
6. Принципы эффективности и проведения фототерапии.

ЗАНЯТИЕ №9 Неотложная терапия в неонатологии

ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК

1. Оценка новорожденного по шкале Апгар. КРИТЕРИИ. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).
2. Техника проведения ИВЛ мешком Амбу и непрямого массажа сердца. (Методические рекомендации №15-4/10/2-3204 от 21.04.2010г. «Первичная и реанимационная помощь новорожденным детям»).
3. Проведение непрямого массажа сердца. Частота, длительность критерии эффективности.

ЗАПОЛНИТЬ Карту первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале

Ф.И.О. родильницы _____

Дата родов _____ час _____ мин _____

Характер амниотических вод (нужное подчеркнуть)		меконияльные мутные зловонные с примесью крови светлые															
Состояние новорожденного		30"	60"	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	14	15	20	30
Пульсация пуповины																	
Произвольные движения																	
д ы	Отсутствует																
	Нерегулярное, типа «гаспинг»																

х а н и е	Регулярное с втяжением уступчивых мест груди- ны, стонущее																
	Регулярное, без дыха- тельных нарушений																
ч с с	0-60																
	60-100																
	более 100																
ц в е т	Очень бледный																
	Разлитой цианоз																
	Акроцианоз																
	Розовый																
SpO2 (%)																	
Проводимые мероприятия:																	
Лучистое тепло или др. способ																	
Теплосберегающий пакет																	
Санация ВДП																	
Интубация трахеи																	
Санация трахеи																	
Кислород через маску																	
С Р А Р	Маска																
	Назальные канюли																
	Назофаренгиальная трубка																
И В Л	Маска																
	Интубационная трубка																
Параметры:		Pip															
		Рееп															
		Частота															
		Tin															
		FiO2															
Непрямой массаж сердца																	
Адреналин 1:10000																	
- эндотрахеально _____ мл																	
- в/в _____ мл																	
Натрия хлорида р-р 0,9%, _____ мл																	
Гидрокарбонат натрия 4%, _____ мл																	
Сурфактант, _____ мг																	
Молозиво на слизистую щек																	

Исход (нужное подчеркнуть): ребенок переведен на совместное пребывание, в отделение ОРИТНиН в сопровождении: акушерки, врача-неонатолога: на руках, в транспортном инкубаторе с проведением аппаратной ИВЛ в режиме: IPPV, IMV, CPAP с параметрами: FiO2 __%, ЧД __ в мин, PIP __ см вод.ст., РЕЕР __ см вод.ст., tin __ сек

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗАДАЧА

Девочка, 1 мес. Из анамнеза - ребенок родился от 2, протекавшей на фоне аутоиммунного тиреоидита и гестационного пиелонефрита у мамы.

вес при рождении 4100 г., длина -52 см. по шкале Апгар оценка 9/10 баллов, приложена к груди в родзале, желтуха появилась на 3-и сутки максимальная потеря массы тела на 3 сутки и составила 7,7%, уровень общего билирубина при чрезкожном определении билитестом 210 мкм/л, выписана в удовлетворительном состоянии домой. Ау-

диалогический скрининг и скрининг на наследственные заболевания в родильном доме не проведен.

поступила в отделение патологии новорожденных с участка с диагнозом- затянувшаяся желтуха.

При осмотре – БР 2,0х2,0 см. общее состояние средней степени тяжести. Масса 4250гр. Наблюдаются вялость, сонливость, отсутствие реакции на окружающее, пассивность при кормлении. Гипотонус мышц, симптом Кернига, сухожильные рефлексы заторможены, гипорефлексия; отсутствует сосательный рефлекс, отставание в психофизическом развитии, микседема, трофические нарушения кожи и ее придатков, снижение основного обмена, нет четкого зрительного сосредоточения. Отмечается низкий тембр голоса, макроглоссия, пастозность, иктеричность кожных покровов. Приглушенность тонов сердца, склонность к брадиаритмии. Диспепсические явления- срыгивания, чередование запоров и поносов, медленная прибавка массы тела; апатичность; макроглоссия; мышечная слабость; мама отмечает однократно в день цианоз и эпизоды апноэ во время кормления. Кожные покровы ребенка холодные, отеки конечностей и половых органов. Наблюдаются несращение швов костей черепа, [дисплазия тазобедренных суставов](#). Билитест- уровень общего билирубина- 210 мкм/л

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями можно дифференцировать?
3. Назначьте план обследования и лечения.

Темы для компьютерных презентаций:

Принципы эффективности и проведения реанимации новорожденного в родильном зале.