



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по практике	«Помощник врача терапевтического профиля»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Н.А. Белых	Д.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО
И.В. Пизнюр	-	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Дмитриев	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии
Е.А. Смирнова	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой внутренних болезней

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27\_\_06 \_\_.2023г.

**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)  
по итогам освоения практики**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**

Текущий контроль предполагает контроль ежедневной посещаемости студентами рабочих мест и контроль правильности формирования компетенций, а также возможность использования муляжей и фантомов. При проведении текущего контроля преподаватель (руководитель практики) проводит коррекционные действия по правильному выполнению соответствующей практической манипуляции.

**2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения практики**

Формой промежуточной аттестации по практике является зачет с оценкой. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут. Билет состоит из 3 теоретических вопросов, из разделов: клинико-лабораторная и инструментальная диагностика, принципы лечения заболеваний у детей, вопросы питания, неотложной помощи.

Кроме этого, студент обязан предоставить необходимую отчетную документацию по итогам практики: дневник практики, характеристику, индивидуальное задание и направление на практику (для иногородних студентов, проходивших практику по месту жительства). Все документы должны быть заверены подписью руководителя практики от медицинского учреждения, а также круглой печатью и штампом (в случае характеристики) медицинского учреждения.

Выполненная работа оценивается на «**ОТЛИЧНО**», если:

- процентное выполнение программы практики составляет 70% и более;
- уровень усвоения практических навыков соответствует III – IV уровням (III уровень – практическое выполнение манипуляции под контролем медицинского персонала, IV уровень – самостоятельное выполнение манипуляции);
- имеется ярко выраженный интерес к практической работе, проявлена активность в освоении практических навыков;
- нет замечаний по дисциплине и выполнению основ деонтологии;
- проявлена отличная теоретическая ориентация по всем выполненным на практикенавыкам, а также заболеваниям курируемых больных и осмотренных больных;
- нет замечаний по ведению дневника и медицинской документации;
- проявлено активное участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых на базе практики;

Выполненная работа оценивается на «**ХОРОШО**», если:

- процентное выполнение программы практики составляет 69-60%;
- уровень усвоения практических навыков соответствует II - III уровням (II уровень – участие в выполнении манипуляции, III уровень – практическое выполнение манипуляции под контролем медицинского персонала);
- имеется интерес к практической работе и проявлена активность в освоении практических навыков;

- нет замечаний по учебной дисциплине и выполнению основ деонтологии;
- имеется хорошая теоретическая ориентация по всем выполненным на практике навыкам, а также заболеваниям курируемых больных;
- имеются отдельные замечания по содержанию записей в дневнике и медицинской документации;
- проявлено участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых на базе практики;

Практика оценивается на «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО», если:

- процентное выполнение программы практики составляет 59-50%;
- уровень усвоения практических навыков соответствует II уровню (II уровень – участие в выполнении манипуляции);
- отсутствует должный интерес к работе, имеется шаблонное, безынициативное ее выполнение;
- имеются замечания по учебной дисциплине и выполнению основ деонтологии;
- имеется явно недостаточная теоретическая ориентация по выполненным практическим навыкам и заболеваниям курируемых больных;
- имеются систематически выявляемые замечания по форме и содержанию записей в дневнике и медицинской документации;
- имеются существенные замечания по выполнению задания по санитарно-просветительской работе;
- проявлено неактивное участие во всех трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых на базе практики.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО», оценивается практика, если:

- процентное выполнение программы практики составляет менее 50%;
- отсутствует интерес к работе, имеется шаблонное, безынициативное ее выполнение;
- имеются существенные замечания по учебной дисциплине и выполнению основ деонтологии;
- выявлено элементарное незнание более половины вопросов по практическим навыкам и заболеваниям курируемых больных;
- отсутствие дневника;
- игнорирование или неактивное участие в трудовых, общественных и прочих мероприятиях, проводимых на базе практики.

При наличии дисциплинарных нарушений, работа студента не может быть оценена выше, чем «удовлетворительно».

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

- **отлично** – студент обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений,
- **хорошо** — студент обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет,
- **удовлетворительно** — студент обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических

навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекционных преподавателем,

•**неудовлетворительно** — студент не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки отчета:

Оценка «5» (отлично) выставляется в том случае, когда, студент в полном объеме выполняет программу производственной практики, способен правильно продемонстрировать необходимые практические навыки и умения, не имеет рекламаций от руководителя практики вуза, ответственного работника и персонала лечебно-профилактического учреждения и при грамотном ответе на защите отчета по практике.

Оценка «4» (хорошо) выставляется в том случае, если имеются замечания по трудовой дисциплине (опоздания), незначительные ошибки в выполнении практических навыков,

отмеченные ответственным работником лечебного учреждения и/или руководителем практики вуза. При этом данная оценка может быть выставлена при безукоризненном прохождении практики, но при наличии недочетов во время защиты отчета.

Оценка «3» (удовлетворительно) выставляется в том случае, если наблюдаются нарушение по трудовой дисциплине (систематические опоздания на производственную практику, пропуски дней без уважительной причины), рекламации со стороны руководителя практики, ответственного работника, персонала клинического отделения больницы, научно-исследовательская работа выполнена формально, при отсутствии нарушений основных норм биомедицинской этики, а также при некомпетентном ответе на защите отчета по практике.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется при грубом нарушении трудовой дисциплины (пропуски без уважительной причины), грубое нарушение правил биомедицинской этики, неграмотное выполнение манипуляций, способных привести к ухудшению соматического и психологического состояния пациента, предоставление необъективных данных цифрового отчета о прохождении практики, так же при отсутствии компетентного ответа на защите отчета по практике.

Критерии оценки ведения дневника практики:

Оценка 5 «отлично»

- 1) дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно
- 2) виды работ представлены в соответствии с требованиями программы практики, носят описательный характер, логически обосновываются.

Оценка 4 «хорошо»

- 1) дневник заполняется аккуратно, своевременно, грамотно
- 2) виды работ представлены не полно, не профессиональным языком.

Оценка 3 «удовлетворительно»

- 1) дневник заполнен неаккуратно, не своевременно
- 2) записи краткие, не соответствуют требованиям программы.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

### **Фонды оценочных средств**

#### **для проверки уровня сформированности компетенций**

**В результате изучения дисциплины происходит комплексное освоение компетенций:**

**ОПК-6** Готовность к ведению медицинской документации

**ПК-6** Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем – X пересмотра.

**ПК-8** Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

**ПК-20** Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины

#### **1. Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при муковисцидозе.
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при рахите (ВДРР, фосфат-диабет)
- План общеклинического исследования в педиатрической практике
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при бронхиальной астме

- Лабораторные и инструментальные методы исследования при болезнях эзофагогастродуоденальной зоны
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при дисфункциональных заболеваниях билиарного тракта
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при острой и хронической пневмонии
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при пиелонефрите, инфекции мочевыводящих путей, цистите, нейрогенном мочевом пузыре
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при рахите (ВДДР)
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при врожденных пороках сердца
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при гломерулонефрите
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при кардитах, инфекционном эндокардите
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при реактивном/остром панкреатите, синдроме диспанкреатизма, желтухе
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при рахите (ВДЗР, с-м Прадера)
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при тромбопенической пурпуре, лейкозе, гемофилии
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при нарушениях сердечного ритма у детей
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при геморрагическом васкулите (болезнь Шонлейна-Геноха)
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при болезнях щитовидной железы (гипотиреоз, тиреотоксикоз)
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при пилоростенозе, пилороспазме
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при почечном тубулярном ацидозе (синдром Лайтвуд-Олжурта)
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при тирозинемии II типа
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при железодефицитной анемии у детей
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при болезни де Тони-Дебре-Фанкони
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при острых и хронических нарушениях питания у детей
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при ФКУ
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при гомоцистинурии
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при атопическом дерматите
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при анемии у детей
- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при артритах у детей

- Клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования при нарушениях полового развития
- Принципы лечения детей с дискинезией желчевыводящих путей
- Принципы лечения детей с пиелонефритом (острым, хроническим)
- Принципы лечения детей с гломерулонефритом, нефритическим синдромом
- Принципы лечения детей с холециститом, острым и хроническим течением
- Принципы лечения детей с острым гломерулонефритом, нефротическим синдромом, гематурией, артериальной гипертензией
- Принципы лечения детей с геморрагическим васкулитом, кожным и кожно-суставным синдромом
- Принципы лечения детей, больных острой ревматической лихорадкой
- Принципы лечения детей с геморрагическим васкулитом, абдоминальным синдромом
- Принципы лечения детей с бронхиальной астмой в приступном и межприступном периодах
- Принципы лечения детей с атопическим дерматитом
- Принципы лечения детей с рахитом (ВДДР)
- Принципы лечения детей с запорами
- Принципы лечения детей с язвенной болезнью желудка, 12-и перстной кишки, гастродуоденитом
- Принципы лечения детей с ювенильным идиопатическим артритом
- Принципы лечения детей с ВПС, III группы
- Принципы лечения детей с хроническими нарушениями питания у детей
- Принципы лечения детей с реактивным артритом
- Принципы лечения детей с белково-энергетической недостаточностью
- Принципы лечения детей с ранним и поздним кардитом
- Принципы лечения детей с артериальной гипертензией
- Принципы лечения детей с приобретенным кардитом
- Принципы лечения детей с ВПС, II группы
- Принципы лечения детей с ВПС, I группы
- Принципы лечения детей с нарушениями сердечного ритма
- Принципы лечения детей с атопическим дерматитом
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 10, 10а, 10б, 10с
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета №7, 7а
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 2 и №3
- Особенности питания детей при аллергии к белку коровьего молока.  
Характеристика смесей
- Характеристика кисломолочных продуктов питания и показания к применению их у детей
- Принципы питания детей при галактоземии, фенилкетонурии (перечислите продукты)
- Способы расчета объема питания для детей второго полугодия жизни
- Способы расчета объема питания для детей первого полугодия жизни
- Способы расчета суточного объема пищи у детей грудного возраста
- Характеристика адаптированных молочных смесей в питании здоровых детей I полугодия жизни
- Лечебные молочные смеси в питании детей с лактазной недостаточностью, ГЭР, синдромом срыгивания и рвоты, недоношенных детей
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 1а, 1б, 1



- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 4, 4а, №5, №6
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 14 и №15
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета № 9, 9а
- Принципы проведения сердечно-легочной реанимации
- Характеристика лечебных столов по Певзнеру, диета №8, 8а

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

**Ситуационная задача 1.**

У мальчика 8 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Мальчик от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении – 3350 г, длина – 51 см. На искусственном вскармливании с 5 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на шоколад, клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затруднённого дыхания отмечались в 4 и 6 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечения не получала.

Семейный анамнез: у отца ребёнка рецидивирующая крапивница, у бабушки по линии матери язвенная болезнь желудка.

Настоящий приступ у мальчика возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела – 36,7°C. Кожные покровы бледные, чистые.

Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен.

ЧД – 35 ударов в 1 минуту. Над лёгкими коробочный перкуторный звук, аускультативно масса сухих хрипов по всей поверхности лёгких. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС – 116 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

Общий анализ крови: гемоглобин – 120 г/л, эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, эозинофилы – 14%, лимфоциты – 29%, моноциты – 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество – 100,0 мл, относительная плотность – 1,015, слизи нет, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: корни лёгких мало структурны, лёгочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолёгочного рисунка, очаговых теней нет, уплощение купола диафрагмы, синусы свободны.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента. Опишите ожидаемые результаты.
3. Назначьте препараты для оказания неотложной помощи этому ребёнку.

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

- Неотложная помощь при инородных телах дыхательных путей у детей
- Неотложная помощь при синдроме циклической рвоты
- Неотложная помощь при спазмофилии, судорожном синдроме
- Неотложные мероприятия при непароксизмальной тахикардии

- Неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии у детей
- Неотложная помощь при синкопальных состояниях у детей
- Неотложная помощь при цианотично-одышечных приступах у детей
- Неотложная помощь при анафилактическом шоке, отеке Квинке
- Неотложная помощь при синкопе у детей, тактика врача при кардиогенных синкопе
- Неотложная помощь при гипертензивном кризе у детей
- Неотложная помощь при желудочно-кишечных кровотечениях у детей

### **Ситуационная задача №1**

Мальчик 7 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на кашель, затруднённое дыхание, слышимое на расстоянии.

Анамнез: респираторными инфекциями болеет 3-4 раза в год. В течение предыдущих 3-4 дней у ребёнка отмечается кашель, усиливающийся после игры с котёнком, которого взяли в дом две недели назад. Мать самостоятельно давала ребёнку Лазолван, эффекта не отмечено. Состояние резко ухудшилось сегодня ночью, появилось затруднённое дыхание, возбуждение. Родители вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

Наследственность: поллиноз у матери.

При осмотре в приёмном отделении: состояние тяжёлое. Физическое развитие соответствует возрасту. Температура тела - 36,5°C. Ребёнок беспокойный. Сидит с опорой руками на край кушетки. Кожа бледная. SaO<sub>2</sub> - 91%. Кашель сухой, частый. Дыхание шумное, свистящее, ЧДД - 42 в минуту. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, отмечается западение межрёберных промежутков, над- и подключичных впадин. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере. При аускультации лёгких на фоне резко удлиненного выдоха определяются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон. Коробочный звук при перкуссии лёгких. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 132 в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $8,1 \times 10^9$ /л, эозинофилия - 6%, гемоглобин - 125 г/л, эритроциты -  $4,3 \times 10^{12}$ /л.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

### **Ситуационная задача №2.**

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребёнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребёнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мёдом. С 3 месяцев ребёнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребёнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. Мать курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12,5кг, при осмотре возбуждена, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодиц отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулёзные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение.

Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под рёберного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,98, лейкоциты –  $6,3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии

**Вопросы:**

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?

**Ситуационная задача №3.**

Тимофей., 14 лет, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные схваткообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, частые позывы к рвоте. Накануне вечером много ел, в том числе и жирную пищу. Ночью проснулся от выраженных болей и был вынужден вызвать скорую помощь, которая тут же госпитализировала больного. Раньше боли в правом подреберье не беспокоили. Объективно: температура 38,6°. Питание повышено. Кожа бледная, мелкие капельки пота. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца в норме, ЧСС 96 в минуту. Тоны чистые, АД 120/90 мм.рт.ст. Живот равномерно увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, пупок втянут. Пальпация живота болезненна, особенно в правом подреберье, эпигастрии и левом подреберье. Анализ крови: содержание липазы, амилазы в норме. В стуле – визуально капли жира.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. В какое отделение целесообразно госпитализировать больного?
3. Тактика лечения?
4. Назовите селективные спазмолитики, которые можно использовать при заболеваниях ЖКТ у детей.
5. Прогноз для жизни у данного пациента?

**Ситуационная задача №4.**

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Со слов матери, в течение 1 года 7 месяцев у ребёнка повторные приступы болей в околопупочной области и левом подреберье, иррадиирующие иногда в спину или имеющие опоясывающий характер. Боли сопровождаются многократной рвотой. Приступы провоцируются обильной пищей, «праздничным» столом. Последний приступ был в течение 1 дня перед госпитализацией. Стул неустойчивый, часто разжиженный, обильный.

Ребёнок доношенный, естественное вскармливание до 6 месяцев. Аллергоанамнез не отягощён. Прививки по возрасту. У матери 35 лет – хронический гастрит, у бабушки (по матери) – хронический панкреатит, сахарный диабет.

Осмотр: рост – 137 см, масса – 28 кг. Кожа бледно-розовая, чистая. Сердце – тоны звучные, ясные, ЧСС – 92 удара в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст., дыхание – хрипов нет. Живот вздут в верхней половине, при глубокой пальпации болезненный в эпигастрии, в зоне Шоффара, точках Де-Жардена, Мейо-Робсона. Печень у края рёберной дуги, симптомы желчного пузыря слабо положительные.

Общий анализ крови: Нб – 124 г/л; цветовой показатель – 0,88; эритроциты –  $4,2 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $6,6 \cdot 10^9$  /л; палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачная; pH – 6,0; плотность – 1021; белок – нет; сахар – нет; лейкоциты – 2–3 в поле зрения; эритроциты – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 78 г/л, альбумины – 52%, глобулины: альфа1 – 5%, альфа2 – 14%, бета – 13%, гамма – 16%; ЩФ – 14,5 Ед/л, амилаза – 120 Ед/л, тимоловая проба – 3 ед., общий билирубин – 12 мкмоль/л, из них связанный – 3 мкмоль/л., СРБ (+).

Диастаза мочи: 128 ед. (норма 32–64).

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Поджелудочная железа: головка – 22 мм (норма 16), тело – 18 мм (норма 14), хвост – 26 мм (норма 18), гиперэхогенные включения, несколько уплотнена капсула поджелудочной железы.

Ретроградная холепанкреатография: внепечёночные и внутripечёночные протоки не расширены. Пузырный проток – длина и диаметр не изменены. Вирсунгов проток дилатирован, расширен, имеет общую ампулу с общим желчным протоком.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какова причина заболевания в данном случае?
4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
5. Дайте рекомендации по диетотерапии.

### Ситуационная задача №5

У девочки 6 лет жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от I беременности, срочных родов. Масса при рождении 3480 г, длина 55 см. На искусственном вскармливании с 1 месяцев. На первом году жизни имела место пищевая аллергия на клубнику, яйца в виде высыпаний на коже. Эпизоды затрудненного дыхания отмечались в 3 и 4 года на улице во время цветения тополей, купировались самостоятельно по возвращению домой. Лечение не получала.

Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца – язвенная болезнь желудка. Настоящий приступ у девочки возник после покрытия лаком пола в квартире.

При осмотре: температура тела  $36,7$  °С. Кожные покровы бледные, чистые. Язык «географический». Кашель частый, непродуктивный. Дыхание свистящие, выдох удлинен. ЧД - 30/мин. Над легкими коробочный перкуторный звук, аускультативно сухие хрипы по всей поверхности легких. Тоны сердца приглушены. ЧСС – 106/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул оформленный, склонность к запорам.

ОАК: гемоглобин – 118 г/л, эритроциты –  $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $5,8 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 48%, эозинофилы - 14%, лимфоциты - 29%, моноциты - 8%, СОЭ – 3 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких малоструктурны. Легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка, очаговых теней нет. Уплотнение купола диафрагмы. Синусы свободны.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая дальнейшая тактика наблюдения ребенка?