

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета

ФГБОУ ВО РостГМУ

Минздрава России

Протокол № 1

« 12 » 01 2021.

УТВЕРЖДЕНО

приказом ректора

« 14 » 01 2021 г.

№ 06

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ПЕДИАТРИЯ»**

на тему

«Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров»

(СРОК ОБУЧЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ)

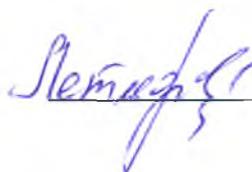
Ростов-на-Дону
2020

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» на тему «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров» являются цель программы, планируемые результаты обучения; учебный план; требования к итоговой аттестации обучающихся; рабочие программы учебных модулей; организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации; оценочные материалы и иные компоненты.

Дополнительная профессиональная образовательная программа повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» на тему «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров» одобрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии.

Протокол № 7 от «10» июня 2020г.

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор

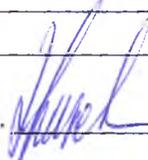


Г.М. Летифов

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по специальности «Педиатрия»
на тему «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров»

срок освоения 36 академических часов

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	«10» 06 2020 г.  Брижак З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	«10» 06 2020 г.  Бадалянц Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	«10» 06 2020 г.  Герасимова О.В.
Заведующий кафедрой	«10» 06 2020 г.  Летифов Г.М.

4. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

4.1. Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часа по специальности «Педиатрия» на тему: «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров» заключается в совершенствовании профессиональных знаний и компетенций врача-педиатра, необходимых для профессиональной деятельности в рамках имеющейся квалификации.

4.2. Актуальность программы: Актуальность профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (повышения квалификации) по специальности «Педиатрия» на тему «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров» обусловлена тем, что в современных условиях необходимо повышение качества оказания медицинской помощи детям. Соответственно необходима подготовка квалифицированного врача-педиатра, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии; формирование умений в области педиатрической гастроэнтерологии и нефрологии, обеспечивающих решение профессиональных задач в процессе осуществления всех видов деятельности врача-педиатра.

4.3. Задачи программы:

Сформировать знания базовых и современных вопросов этиологии, патогенеза, клинической картины, передовых медицинских технологий в области диагностики и лечения заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей.

Сформировать умения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, профилактики заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей.

Сформировать навыки, необходимые для проведения этиопатогенетической симптоматической терапии заболеваний органов пищеварения и мочевой системы у детей.

Трудоемкость освоения 36 академических часов (1 неделя).

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей: "Специальные дисциплины", "Смежные дисциплины";
- организационно-педагогические условия;
- формы аттестации;
- оценочные материалы <1>.

<1> Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. N 499 "Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 августа 2013 г., регистрационный N 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. N 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный N 31014).

4.4. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модулей являются разделы. Каждый раздел дисциплины

подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

4.5. Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия, применение дистанционного обучения), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-педиатра. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами и квалификационной характеристикой должности врача-педиатра <2>.

<2> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный N 18247).

4.6. В Программе содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы.

4.7. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают учебно-методическое обеспечение учебного процесса освоения модулей специальности (тематика лекционных, семинарских и практических занятий).

4.8. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся:

- **область профессиональной деятельности**¹ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности**²: диагностика, лечение и профилактика инфекционных заболеваний и (или) состояний, медицинская реабилитация пациентов;

¹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 №1060 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 28.10.2014, регистрационный №34501).

² Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 №306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 17.04.2017, регистрационный №46397).

- **обобщенные трудовые функции:** оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника;

- **трудовые функции:**

A/01.7 Обследование детей с целью установления диагноза;

A/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности;

A/03.7 Реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей;

A/04.7 Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей;

A/05.7 Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации.

- **вид программы:** практикоориентированная.

4.9. Контингент обучающихся:

- по основной специальности: врачи-педиатры

- по смежным специальностям:

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-педиатра. В планируемых результатах отражается преобладание с профессиональным стандартом и квалификационной характеристикой должности врача-педиатра.

Характеристика компетенций <3> врача-педиатра, подлежащих совершенствованию

5.1. Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми (ПК-2);

✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);

<3> Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. N 1061 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 «Педиатрия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 23 октября 2014 г., регистрационный N 34411).

диагностическая деятельность:

✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5.2. Объем программы: 36 академических часов.

5.3. Форма обучения, режим и продолжительность занятий

График обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Форма обучения Очная (с использованием ДОТ)	6	6	1 неделя, 6 дней

Для реализации программы используется Автоматизированная система дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (далее - система). В систему внесены контрольно-измерительные материалы, а также материалы для самостоятельной работы: методические разработки кафедры, клинические рекомендации. Лекции и часть семинаров представлены в виде записей и презентаций. Текущее тестирование проводится в системе.

ДО обучение реализуется на дистанционной площадке do.rostgmu.ru

(доступ на портал осуществляется при наличии логина и пароля от личного кабинета, который выдается слушателю после издания приказа о зачислении на цикл).

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН
распределения учебных модулей
дополнительной профессиональной программы
повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия»
на тему «Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров»
(срок освоения 36 академических часов)

Код	Наименование разделов модулей	Всего часов	В том числе			Из них		Форма контроля
			лекции	ПЗ	СЗ	ОСК	ДО	
Рабочая программа учебного модуля «Специальные дисциплины»								
1.	Актуальные вопросы гастроэнтерологии для педиатров	16	6	6	4		2	ТК
2.	Актуальные вопросы нефрологии для педиатров	18	6	6	6		2	ТК
Итоговая аттестация		2						Экзамен
Всего		36	12	12	10		4	

ПЗ - практические занятия, СЗ - семинарские занятия.
ОСК – обучающий симуляционный курс.
ДО – дистанционное обучение.
ТК - текущий контроль.

7. Календарный учебный график

Учебные модули	Неделя					
	1 день (часы)	2 день (часы)	3 день (часы)	4 день (часы)	5 день (часы)	6 день (часы)
Специальные дисциплины	6	6	6	6	6	4
Итоговая аттестация						2

8. Рабочие программы учебных модулей

Рабочая программа учебного модуля

«Специальные дисциплины»

Раздел 1

Актуальные вопросы гастроэнтерологии для педиатров

Код	Наименование тем, элементов
1.1.	Функциональные нарушения органов пищеварения
1.1.1.	Функциональные нарушения органов пищеварения у детей первого года жизни: срыгивая, младенческие колики, запоры, младенческая дисchezия. Клиника, диагностика, тактика ведения. Диетопрофилактика и диетотерапия. Решение ситуационных задач.
1.1.2.	Функциональная диспепсия как альтернатива хроническому гастриту: диагностика, клинические варианты, лечение.
1.1.3.	Функциональные расстройства кишечника у детей и подростков: синдром раздраженного кишечника, хронический запор: диагностика, лечение, профилактика.
1.1.4.	Дисфункции билиарной системы (дисфункция желчного пузыря и сфинктера Одди): клиника, диагностика, лечение. Решение ситуационных задач.
1.2.	Хронические воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта
1.2.1.	Трактовка основных лабораторных и специальных методов обследования в детской гастроэнтерологии
1.2.2.	Хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: патогенез, клиника, диагностика. Роль <i>Helicobacter pylori</i> – инфекции в этиологии заболеваний.
1.2.3.	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
1.2.4.	Лечение кислотозависимых заболеваний. Современные аспекты эрадикационной терапии <i>Helicobacter pylori</i> – ассоциированной гастродуоденальной патологии в детском возрасте. Диспансеризация. Решение ситуационных задач.
1.3.	Воспалительные заболевания кишечника
1.3.1.	Язвенный колит: современные методы диагностики, клиника, лечение, диспансеризация
1.3.2.	Болезнь Крона: диагностика, клинические варианты, лечение, диспансеризация
1.4.	Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей
1.4.1.	Функциональные расстройства билиарного тракта: дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди. Клиника, диагностика, современные подходы к терапии
1.4.2.	Желчнокаменная болезнь: клинические варианты, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация

Раздел 2.

Актуальные вопросы нефрологии для педиатров

Код	Наименование тем, элементов
2.1.	Семиотика мочи, лабораторные и лучевые методы диагностики при заболеваниях ОМСу детей

2.1.1.	Семиотика мочи у здорового ребенка и при заболеваниях. Оценка общего анализа мочи у здорового ребенка и при различных заболеваниях, в том числе ОМС. Экспресс методы и количественные методы оценки мочевого синдрома.
2.1.2.	Методы оценки функции почек. Калькуляторы расчета СКФ, Оценка стадии течения ХБП по СКФ. Оценка концентрационной функции почек. Биохимические методы исследования при болезнях ОМС их интерпретация. Решение ситуационных задач по расчету СКФ и Стадии ХБП
2.1.3.	Лучевые методы диагностики заболеваний мочевыделительной системы у детей. УЗИ почек, возрастные параметры, показания, диагностическое значение. УЗ оценка параметров внутривисцерального кровотока. УЗИ мочевого пузыря. Оценка функции мочевого пузыря
2.1.4.	Радиоизотопные и рентгеноурологические методы диагностики заболеваний ОМС у детей. Радиоизотопная ренография, динамическая сцинтиграфия. Экскреторная урография, КТ, микционная цистография. Показания, диагностические возможности, разбор случаев и решение ситуационных задач
2.2.	Гематурии у детей, диагностический алгоритм, клиника, терапия
2.2.1.	Острый нефритический синдром. Патогенез, клиника, методы диагностики и лечения. Врожденные и наследственные повреждения гломерул с синдромом гематурии (Наследственный нефрит, синдром Альпорта, болезнь тонких базальных мембран). Дифференциальная диагностика, тактика лечения.
2.2.2.	Тубулоинтерстициальные повреждения с микрогематурией, (Кристаллурия, рефлюкс-нефропатия, гипоплазии и дисплазии тубулоинтерстициальной ткани) клиника, алгоритм диагностики, терапевтические подходы.
2.3.	Нефротический синдром у детей, вопросы диагностики и лечения
2.3.1.	Первичный нефротический синдром, патогенетические механизмы развития, клинико-лабораторная характеристика, современные подходы комплексной терапии.
2.3.2.	Глюкокортикоидная и гипотензивная терапия, показания, тактика проведения и оценка эффективности. Обсуждение клинических случаев. Решение ситуационных задач
2.4	Тубулоинтерстициальные повреждения почек
2.4.1.	Абактериальный тубулоинтерстициальный нефрит: причины, варианты течения, комплексная терапия.
2.4.2.	Пиелонефрит, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Решение ситуационных задач
2.5	Организация диспансерного наблюдения и реабилитации детей с патологией ОМС
2.5.1	Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с гломерулонефритами
2.5.2.	Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с ИМС

9. Организационно-педагогические условия

№ раздела	№ лекции	Темы лекций	Кол-во часов
-----------	----------	-------------	--------------

1.1.1.	1	Функциональные нарушения органов пищеварения у детей первого года жизни: срыгивая, младенческие колики, запоры, младенческая дисхезия. Клиника, диагностика, тактика ведения	2
1.2.2.	2	Хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: патогенез, клиника, диагностика. Роль <i>Helicobacter pylori</i> – инфекции в этиологии заболеваний.	2
1.3.1.	3	Язвенный колит: современные методы диагностики, клиники и лечения	2
2.2.1.	4	Острый нефритический синдром. Патогенез, клиника, методы диагностики и лечения. Врожденные и наследственные повреждения гломерул с синдромом гематурии (Наследственный нефрит, синдром Альпорта, болезнь тонких базальных мембран). Дифференциальная диагностика, тактика лечения.	2
2.3.1.	5	Первичный нефротический синдром, патогенетические механизмы развития, клинко-лабораторная характеристика, современные подходы комплексной терапии.	2
2.4.1.	6	Абактериальный тубулоинтерстициальный нефрит: причины, варианты течения, комплексная терапия.	2
Итого			12

Тематика семинарских занятий

№ раздела	№ семинара	Темы семинаров	Кол-во часов
1.1.3.	1	Функциональные расстройства кишечника у детей и подростков: синдром раздраженного кишечника, хронический запор: диагностика, лечение.	2
1.2.3.	2	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: клинические варианты, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.	2
1.4.2.	3	Желчнокаменная болезнь: клинические варианты, диагностика, лечение, профилактика, диспансеризация	2
2.1.1.	4	Семиотика мочи у здорового ребенка и при заболеваниях. Оценка общего анализа мочи у здорового ребенка и при различных заболеваниях, в том числе ОМС. Экспресс методы и количественные методы оценки мочевого синдрома.	2
2.5.	5	Организация диспансерного наблюдения и реабилитации детей с патологией ОМС	2
Итого			10

Тематика практических занятий

№ раздела	№ ПЗ	Темы практических занятий	Кол-во часов	Формы текущего контроля
1.2.4.	1	Лечение кислотозависимых заболеваний. Современные аспекты эрадикационной терапии <i>Helicobacter pylori</i> – ассоциированной гастродуоденальной патологии в детском возрасте. Диспансеризация. Решение ситуационных задач.	2	Зачет
1.4.1.	2	Функциональные расстройства билиарного тракта: дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди. Клиника, диагностика, современные подходы к терапии	2	Зачет
2.1.2.	3	Методы оценки функции почек. Калькуляторы расчета СКФ, Оценка стадии течения ХБП по СКФ. Оценка концентрационной функции почек. Биохимические методы исследования при болезнях ОМС их интерпретация. Решение ситуационных задач по расчету СКФ и Стадии ХБП	2	Зачет
2.1.3.	4	Лучевые методы диагностики заболеваний мочевыделительной системы у детей. УЗИ почек, возрастные параметры, показания, диагностическое значение. УЗ оценка параметров внутрпочечного кровотока. УЗИ мочевого пузыря. Оценка функции мочевого пузыря	2	Зачет
2.3.2.	5	Глюкокортикоидная и гипотензивная терапия, показания, тактика проведения и оценка эффективности. Обсуждение клинических случаев. Решение ситуационных задач	2	Зачет
2.4.2	6	Пиелонефрит, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Решение ситуационных задач	2	Зачет
Итого			12	

10. Формы аттестации

10.1. Итоговая аттестация по Программе проводится в форме тестового контроля и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-педиатра, соответствия с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

9.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренным учебным планом.

9.3. Обучающиеся, освоившие программу и успешно прошедшие итоговую

аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.

11. Оценочные материалы

11.1. Тематика контрольных вопросов:

1. Минимальные пищеварительные расстройства в младенческом возрасте (младенческие колики, срыгивания, запор, младенческая дисхезия). Тактика врача-педиатра.
2. Хронические воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Современные методы диагностики и лечение.
3. Эрадикационная терапия при *Helicobacter pylori*-ассоциированном гастрите.
4. Желчнокаменная болезнь. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
5. Клиника, диагностика, терапия дисфункции сфинктера Одди по билиарному типу.
6. Клиника, диагностика, терапия дисфункции сфинктера Одди по панкреатическому типу.
7. Варианты дисфункций желчного пузыря. Клиника, диагностика, лечение.
8. Принципы терапии различных форм дисфункций желчного пузыря.
9. Диагностические критерии запора у детей, принципы терапии.
10. Синдром раздраженного кишечника. Клиника, диагностика, тактика врача-педиатра.
11. Принципы базисной терапии воспалительных заболеваний кишечника.
12. Язвенный колит. Клиника, диагностика, лечение.
13. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиническая картина, диагностика, лечение, диспансеризация.
14. Функциональная диспепсия: клинические варианты, диагностика, лечение.
15. Кислотозависимые заболевания. Тактика лечения.
16. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клинические варианты. Диагностика, принципы лечения.
17. Семиотика мочи здорового ребенка и при микробно-воспалительных заболеваниях мочевыделительной системы
18. УЗИ мочевого системы, показания, диагностические возможности.
19. 19 . Методы лучевой диагностики, показания, диагностические возможности при патологии ОМС.
20. Скрининговые методы диагностики заболеваний ОМС на догоспитальном этапе
21. Острый нефритический синдром, клиника, диагностика, тактика лечения
22. Нефротический синдром у детей, клинико- лабораторная характеристика, патогенетическая терапия.
23. Современные гипотензивные средства, тактика применения в педиатрической практике.
24. Хроническая болезнь почек, основные причины прогрессирования, стадии течения, методы диагностики
25. Кристаллурия у детей, экспресс методы диагностики, характер мочевого синдрома, тактика лечения.
26. Абактериальный тубулоинтерстициальный нефрит, варианты течения, клинико-лабораторные особенности, лечение;
27. Пиелонефрит у детей, этиологические причины, классификация и клиническое течение
28. Пиелонефрит у детей, методы диагностики, комплексной терапии, организация диспансерного наблюдения.

29. Диспансеризация детей с гломерулонефритами, методы реабилитации
30. Диспансеризация и реабилитация детей с тубулоинтерстициальными повреждениями почек

11.2. Задания, выявляющие практическую подготовку врача-педиатра.

1. Оценка клинико-лабораторно-инструментальных данных при кислотозависимых заболеваниях.
2. Оценка клинико-лабораторно-инструментальных данных при гепатобилиарной патологии
3. Оценка клинико-лабораторно-инструментальных данных при заболеваниях толстой кишки.
4. Тактика врача-педиатра при диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварения
5. Методика лечения и диспансеризации больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
6. Методика лечения и диспансеризации больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью
7. Методика лечения и диспансеризации больных с воспалительными заболеваниями кишечника
8. Методика лечения и диспансеризации больных с билиарной патологией
9. Интерпретация нарушений микробиома кишечника
10. Методика осмотра перианальной области с проведением пальцевого исследования прямой кишки.
11. Оценка общего анализа мочи у здорового ребенка и при различной патологии ОМС.
12. Определение показаний и интерпретация результатов количественных методов оценки анализов мочи
13. Оценка клубочковой функции почек, методы расчета скорости клубочковой фильтрации и определения стадий ХБП
14. Оценка канальцевой функции почек, методы определения концентрационной способности почек.
15. Оценка клинико-лабораторных изменений при остром нефритическом синдроме.
16. Оценка клинико- лабораторных изменений при нефротическом синдроме
17. Назначение комплекса обследования и оценка результатов при подозрении на аномалии развития ОМС.
18. Оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных при тубулоинтерстициальных повреждениях почек
19. Методика лечения и диспансеризации больных с нефротическим синдромом
20. Методика лечения и диспансеризация больных с гематурией
21. Методика лечения и диспансеризации больных с пиелонефритом
22. Методика лечения и диспансеризации больных с инфекцией нижних мочевыводящих путей.
23. Определение показаний и противопоказаний, тактика активной иммунизации при патологии ОМС у детей

11.3. Примеры тестовых заданий и ситуационных задач:

1. Решающее исследование при подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки:
 - 1) исследование кала на скрытую кровь
 - 2) гастродуоденоскопия
 - 3) дуоденальное зондирование

4) релаксационная дуоденография

Верно – 2

2. Причина гастроэзофагальной рефлюксной болезни:

- 1) дисфункция толстого кишечника
- 2) долихосигма
- 3) грыжа пищеводного отверстия
- 4) колит

Верно – 3

3. Ведущий клинический признак язвенного колита:

- 1) жидкий стул
- 2) большая примесь слизи в стуле
- 3) боли в животе
- 4) примесь неизменной крови

Верно – 4

4. Препарат выбора при лечении функционального расстройства сфинктера Одди:

- 1) аллохол
- 2) хофитол
- 3) дюспаталин
- 4) сернокислая магнезия.

Верно – 3

5.Симптомокомплекс, обусловленный недостаточностью привратника, - это:

- 1) синдром раздраженной кишки.
- 2) дуоденит.
- 3) синдром избыточного роста.
- 4) функциональная диспепсия.

Верно – 4

6.Золотой стандарт диагностики хеликобактериоза:

- 1) уреазный дыхательный тест
- 2)положительный уреазный тест в биоптате
- 3)выделение чистой культуры *H. pylori* из биоптата
- 4)иммуноферментный анализ

Верно – 2

7. Метод определения *H. pylori* в качестве контроля эффективности проводимой антихеликобактерной терапии

- 1) иммуноферментный анализ
- 2) гистологический
- 3) бактериологический
- 4) уреазный дыхательный тест

Верно – 4

8. Чаще всего встречается тип гастрита:

- 1) тип А
- 2) тип В
- 3) тип А+В
- 4) тип С+В

Верно – 2

9. При пилорическом хеликобактериозе характерно наличие:

- 1) полипоза
- 2) дисбактериоза
- 3) колита

4) эрозивно-язвенного процесса

Верно – 4

10. Срок снятия с диспансерного учета ребенка с диагнозом "язвенная болезнь":

1) снимать не следует

2) через 5 лет

3) через 3 года

4) через 1 год

Верно – 1

11. Фильтрационная функция почек оценивается:

1) по клиренсу эндогенного креатинина

2) по осмолярности мочи

3) по пробе Зимницкого

4) по титруемой кислотности мочи

Верно – 1

12. В регуляции кислотно-основного состояния организма участвует:

1) юкстагломерулярный аппарат

2) базальная мембрана нефрона

3) канальцевая система нефрона

4) интерстициальная ткань почки

Верно - 3

13. Моча вида «мясных помоев» наблюдается при:

1) пиелонефрите

2) гломерулонефрите, гематурическая форма

3) эпидемическом гепатите

4) дисметаболической нефропатии (фосфатурии)

Верно - 2

14. Метод подсчета количества форменных элементов в суточной моче:

1) по Нечипоренко

2) по Каковскому-Аддису

3) по Амбурже

4) по Стенфельд-Уеббе (в 1 куб. мм)

Верно - 2

15. Для уточнения диагноза инфекция мочевых путей в первую очередь необходимо:

1) общий анализ мочи

2) общий анализ крови

3) мочевины крови

4) креатинина мочи

Верно - 1

16. При подозрении на пузырно-мочеточничко- лоханочные рефлюксы необходимо провести:

1) экскреторная урография

2) микционная цистография

3) цистоскопия

4) простая урофлоуметрия

Верно - 2

17. Наиболее частый этиологический фактор при пиелонефрите:

- 1) протей
- 2) стафилококк
- 3) кишечная палочка
- 4) клебсиелла

Верно - 3

18. При хроническом пиелонефрите изогипостенурия, высокий уровень мочевины крови, анемия указывают на:

- 1) обострение микробно-воспалительного процесса
- 2) отсутствие эффекта от лечения
- 3) нарушение иммунной резистентности
- 4) развитие ХПН

Верно -4

19. Для острого пиелонефрита характерны:

- 1) отеки
- 2) синдром эндогенной интоксикации
- 3) гипертония
- 4) анорексия

Верно - 2

20. Препарат выбора при остром пиелонефрите:

- 1) амоксициллин/клавулонат
- 2) гентамицин
- 3) полимиксин
- 4) амикацин

Верно - 1

21. Длительность непрерывной антибактериальной терапии острого пиелонефрита:

- 1) 7 дней
- 2) 3 месяца
- 3) 8 недель
- 4) 14 дней

Верно - 4

22. Протеинурия более 2 г/л наблюдается при:

- 1) абактериальном интерстициальном нефрите
- 2) пиелонефрите
- 3) дисметаболической нефропатии
- 4) нефротическом синдроме

Верно - 4

23. У ребенка 7 лет после перенесенной ангины уменьшился диурез, появились отеки. Это характерно для:

- 1) дисметаболической нефропатии
- 2) гломерулонефрита
- 3) абактериального интерстициального нефрита
- 4) пиелонефрита

Верно - 2

24. Гипертензионный синдром характерен для:

- 1) нефротического синдрома
- 2) синдрома Альпорта
- 3) Иммуноглобулин А-нефропатии (болезнь Берже)
- 4) нефритического синдрома

Верно - 4

25. Максимально эффективная доза преднизолона при гормоночувствительном варианте нефротического синдрома:

- 1) 1 мг/кг/сут
- 2) 1,5 мг/кг/сут
- 3) 1 мг/кг/48 час
- 4) 2 мг/кг/сутки

Верно – 4

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на тупые, ноющие боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5-2 часа после еды, иногда утром натощак. Больного беспокоит отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.

Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.

Режим дня и диету не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде. Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, без элементов сыпи. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Кера положительные. Печень выступает на 0,5-1 см из-под края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, 1-2 тип по Бристольской шкале.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}$ /л; Ц.п. - 0,9; Лейкоциты - $7,3 \times 10^9$ /л; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные клетки в п/з, лейкоциты - 2-3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связанный - 5,0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая оболочка антрального отдела желудка очагово ярко гиперемирована, отечная, с единичными поверхностными эрозиями 0,1-0,2 см в диаметре, содержит слизь; луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.

Биопсийный тест (де-нол тест) на НР: (++)

Дыхательный уреазный тест: положительный.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена,

перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь – грушевидной формы, 85x37 мм (норма 75x30) с перегибом в области шейки, стенки не утолщены. Содержимое гомогенное. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены.

После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.

Задание

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Назначьте лечение данному больному
3. Когда следует оценивать эффективность эрадикационной терапии и какие методы диагностики должны быть использованы для верификации НР-инфекции?
4. Какая Ваша тактика при отсутствии эффекта от проведения 1 линии эрадикационной терапии?

Эталон ответа

1. Основной диагноз: Хронический антральный эрозивный гастрит, НР-ассоциированный, стадия обострения. Сопутствующий диагноз: дисфункция желчного пузыря на фоне малой аномалии развития желчного пузыря (перегиб в области шейки), гипомоторный вариант.
2. а) Диета щадящая (механическое и химическое щажение)
б) Эрадикационная терапия 1 линии (трёхкомпонентная): амоксициллин (500 мг 2 раза/сут)+кларитромицин (250 мг 2 раза/сут)+ИПП (омепразол 10 мг 2 раза в день) 10 дней, затем антациды (учитывая склонность к запору, лучше назначать Mg-содержащие антациды, например: Milk of magnesia, Альмагель по 1 доз.ложке 3 раза/сут продолжительностью 3 недели.Адьювантная терапия (пробиотики – энтерол, или бифиформ, или релалайф) назначается с 1-го дня эрадикационной терапии – 3-4 недели.
в) Учитывая гипотоническую дисфункцию желчного пузыря, назначается универсальный прокинетики – тримедат по 100 мг 3 раза/сут – 2 недели, а также препараты УДХК (урсофальк, урдокса, урсосан) 10 мг/кг/сут – 250 мг 1 раз на ночь 3 недели (Или хофитол по 1 т. 3 раза /сут – 3 недели). Затем тюбажи по Демьянову 1 раз в неделю в течение 1 месяца.
3. Оценка эффективности эрадикационной терапии осуществляется через 4 недели после окончания этой терапии. Для первичной диагностики НР-инфекции используют 2 метода диагностики (за исключением серологического теста). Для оценки эффективности эрадикационной терапии приоритет имеют неинвазивные методы – дыхательные тесты: регистрация продуктов жизнедеятельности НР (углекислый газ, аммиак – Хелик-тест), а также определение концентрации АГ Н. rulogi в фекалиях методом ИФА.
4. При отсутствии эффекта от 1 линии эрадикационной терапии, желательно оценить чувствительность НР к антибиотикам. Если такой возможности нет – назначение 2 линии эрадикационной терапии: квадросхема (последовательная терапия): ИПП+соли висмута (10 дней)+амоксициллин (5 дней), затем джозамицин (5 дней) или трёхкомпонентная схема: ИПП (омепразол) + левофлоксацин (моксифлоксацин, ципрофлоксацин) + амоксициллин (10 дней).

Задача №2

Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30-45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако обследование и лечение не проводилось.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов.

С 10 лет находится на диспансерном учете у невролога по поводу синдрома вегетативной дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, страдает хронический гастродуоденит.

Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова (+). Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л; Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л - 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, Ал АТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, щелочная фосфатаза - 150 Ед/л (норма 70-140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связанный - 3 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.

Диастаза мочи: 32 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85x37 мм (норма 75x30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены.

После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.

Задание

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите дифференциально-диагностический ряд.
3. Назначьте дополнительные методы исследования.
4. Назначьте лечение данному ребенку.

Эталон ответа

1. Дисфункция желчного пузыря по гипомоторному типу. В пользу диагноза: отягощенная наследственность по гастроэнтерологической патологии, наличие синдрома вегетативной дистонии у девочки, находящейся в пубертатном периоде, сопровождающимся проявлениями нейро-гормональной дисрегуляции. Данные объективного осмотра выявили болезненность в правом подреберье, положительные желчепузырные симптомы, наличие повышенных значений щелочной фосфатазы (фермент холестаза) на фоне нормальных значений трансаминаз, билирубина, амилазы, при отсутствии воспалительных изменений в общем анализе крови. В пользу диагноза свидетельствуют данные УЗИ желчного пузыря с оценкой двигательной функции (сократился на 10% после желчегонного завтрака, не выявлено органических изменений со стороны содержимого желчного пузыря и его стенок); повышенная эхогенность печени может быть связана с элементами внутривисцерального холестаза на фоне гипотонии желчного пузыря.

2. Дифференциальный диагноз должен быть проведен с хроническими заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, гастродуоденит), желчнокаменной болезнью, гепатитами, панкреатитами, другими формами дисфункции билиарного тракта (дисфункция сфинктера Одди по билиарному и панкреатическому типу).

3.Дополнительные методы исследования: эзофагогастродуоденоскопия, исследование крови на маркёры вирусных гепатитов (А, В, С), анализы крови на уровень панкреатической липазы, амилазы.

4.Лечение: При гипотонических вариантах дисфункции – пища должна содержать достаточное количество пищевых волокон, растительных жиров, белковые липотропные продукты: творог, рыба, яичные белки, нежирное мясо. После еды не рекомендуется ложиться. Медикаментозное лечение: 1) препараты, стимулирующие моторику желчного пузыря: тримедат, мотилиум, мотилак. 2) желчегонные препараты класса холикинетиков с сокращением желчного пузыря и расслаблением сфинктеров Одди и Люткенса: ксилит, сорбит, магния сульфат, галстена, хофитол, холагогум, фламин; 3) препараты УДХК (урсофальк, урдокса, урсосан); 4) пробиотики (Бифиформ, Нормобакт, Рела Лайф).

Задача №3

Мальчик 13 лет жалуется на приступы кашля в ночное время, периодически появляющуюся горечь во рту (после еды, физической нагрузки, глубоких наклонах туловища). Болеет в течение 3-х лет. При обследовании (эзофагогастродуоденоскопия) выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, катаральное воспаление слизистой пищевода с множественными поверхностными эрозиями; катаральное воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. В просвете желудка и пристеночно определяется желчь.

Задание

1. Какой диагноз следует поставить?
2. Следует ли обследовать больного на *Helicobacter pylori*?
3. Какие необходимо дать рекомендации больному (режим питания, сна, физической нагрузки)?
4. Какие препараты следует назначить больному?

Эталон ответа

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, осложненная рефлюкс-эзофагитом 2 степени. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Хронический поверхностный пангастрит, поверхностный дуоденит. Следует отметить, что у больного проявления тотального (дуодено-гастроэзофагеального) рефлюкса, а также симптомы внеэзофагеальных проявлений ГЭРБ (рефлюкс-индуцированный респираторный синдром).
2. ГЭРБ входит в перечень показаний для обследования больных на *Helicobacter pylori* (с учетом рекомендаций МААСТРИХТ-4).
3. Необходимо отказаться от приема пищи перед сном, занятий тяжелой атлетикой, длительных наклонов туловища («поза огородника»); обеспечить возвышенное положение головы в постеле (на 15 см).
4. Антисекреторные препараты (ИПП – омепразол, эзомепразол; при непереносимости – блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов: фамотидин, фамосан, квамател); прокинетики (мотилиум, мотилак, тримедат); антациды и альгинаты (маалокс, фосфалюгель, гевискон).

Задача №4

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Периодически боли носят приступообразный характер с локализацией преимущественно в правой подвздошной области, в связи с чем неоднократно поступала в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит.

Стул 2-3 раза в сутки, гетерогенный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудение, субфебрилитет.

Ребенок от 6-й беременности, 2 роды – кесарево сечение на 37-й неделе. При рождении масса 2800 г, длина 48 см. Искусственное вскармливание с рождения. У матери – хронический колит, у бабушки по линии отца – язвенный колит.

Осмотр: кожа чистая, бледная. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, преимущественно в правом квадранте, урчание. Печень +1 см от края реберной дуги.

Дополнительные данные исследования

Общий анализ крови: НЬ - 114 г/л, Ц.п. - 0,83, Эр - $3,8 \times 10^{12}$ /л; Лейкоциты - $11,8 \times 10^9$ /л; п/я - 14%, с/я - 55%, э - 2%, л - 23%, м - 6%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН - 5,5; плотность - 1021; белок - нет; сахар - нет; эпителий плоский - небольшое количество; Л - 1-2 в п/з; Эр - нет; слизь - немного.

Биохимический анализ крови: общий белок - 56 г/л, альбумины -52%, глобулины: α_1 - 5%, α_2 - 13%, β - 10%, γ - 20%; амилаза - 54 Ед/л (норма 10—120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 12 мкмоль/л, из них связ. - 2 мкмоль/л.

Копрограмма: цвет темно-коричневый, неоформленный; рН - 7,5; мышечные волокна - небольшое количество; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; слизь - много; Л - 15-20 в п/з; Эр - 14-17 в п/з.

Анализ кала на скрытую кровь: реакция Грегерсона - положительная.

Колоноскопия: осмотрена вся ободочная и 30 см подвздошная кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде «бульжной мостовой». Подвздошно-ободочная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуется с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

Гистология: поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, эпителиоцелочные гранулемы с клетками Пирогова-Лангерганса.

Задание

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие клинические формы характерны для данной патологии?
3. Перечислите характерные эндоскопические признаки данной патологии.
4. Какие характерные морфологические признаки данной патологии?
6. Перечислите характерные осложнения.
5. Составьте план лечения для данного ребенка.
7. Оцените результаты общего и биохимического анализов крови.

Эталон ответа

1.ВЗК: Болезнь Крона (толстокишечный вариант), среднетяжелая степень, активная форма. Диагноз поставлен на основании анамнез, данных объективного осмотра, оценки характера абдоминального и колитического синдромов, проявлений синдрома интоксикации, выявленных воспалительных изменений в анализе крови, проявлений синдрома метаболических нарушений (результаты биохимического анализа крови), данных копрологического, эндоскопического и морфологического обследования.

2.Гастродуоденальная, тонкокишечная, толстокишечная формы болезни Крона.

3.Колоноскопия: сегментарность поражения; гранулематозное воспаление, сосудистый рисунок не визуализируется, может быть контактная кровоточивость, псевдополипоз – вид слизистой оболочки в виде «бульжной мостовой», циркулярные язвы, фиссуры, рубцы на месте язв, участки стеноза, возможны свищевые ходы (пенетрирующая форма болезни Крона).

4.Морфология: Трансмуральное гранулематозное воспаление, лимфоплазмоцитарная инфильтрация, фиброз, саркоидные гранулемы.

5.Осложнения: стенозы, кровотечения, перфорация с развитием перитонита, токсическая дилатация кишечника, абсцессы

6.Лечение: диета с химическим и механическим щажением; клиническое питание (Модулен), препараты месалазина 60-100 мг/кг массы в сутки на 2 недели, если нет эффекта – преднизолон 1 мг/кг массы в сутки на 7-14 дней, если нет эффекта – цитостатики (азатиоприн); если нет эффекта – ингибиторы фактора некроза опухоли (инфликсимаб 5 мг/кг в сутки - 0, 2, 6, 8 недель). То есть используется принцип «sterip»-терапии. При положительном эффекте – поддерживающая доза препаратами месалазина (1/2-1/3 дозы начальной) длительно. При развитии осложнений в виде стеноза, токсической дилатации кишечника, пенетрации, перфорации, а также при отсутствии эффекта от консервативной терапии - оперативное лечение.

7.Общий анализ крови – анемия I степени, лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом до палочкоядерных, повышенная СОЭ;

Биохимия крови – гипопроотеинемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия за счет γ -глобулинов (N до17).

Задача №5

Мальчик К., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость, однократную рвоту, отек лица, туловища, конечностей, увеличенный живот, уменьшение количества выделяемой мочи. За 2 недели до заболевания перенес ангину.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, анасарка, асцит. Левая граница сердца расширена на 1 см, тоны сердца громкие, АД – 115/75 мм рт. ст. Пульс 120 в мин., удовлетворительного наполнения.

1. Общ. анализ крови: эр. – $2.3 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 102 г/л, ЦП – 0.78, лейкоц. – $12.4 \cdot 10^9$ /л, эоз. – 1%, п/я – 9%, с/я – 68%, лимф. – 18%, мон. – 4%, СОЭ – 52 мм/час.

2. Общ. анализ мочи: белок – 16 г/л. лейкоц. 8 – 10 в п. зр., эр. 3 - 4 в п. зр., выщелоченные; цилиндры гиалиновые, восковидные – 2-3 в п зр. Диурез 400 мл.

3. Биохимия крови: общ. белок – 54 г/л, ост. азот – 4.5 ммоль/л, мочевины 7.0 ммоль/л.

Задание

1. Установить предполагаемый диагноз?
2. Определить объем необходимых обследований для подтверждения диагноза, и какие результаты Вы ожидаете получить?
3. Ваша терапевтическая тактика

Эталон ответа

1. Нефротическим синдромом, период начальных проявлений с нарушением функции почек.
2. Необходимые исследования и ожидаемые результаты:
 - Общий белок крови (гипопротеинемия)
 - Протеинограмма (гипоальбуминемия, диспротеинемия)
 - Холестерин крови (гиперхолестеринемия)
 - Липиды крови (гиперлипидемия)
 - Суточная потеря белка с мочой (гиперпротеинурия)
3. Терапевтическая тактика:
 - Диетотерапия – ограничение белка животного происхождения до 1 г/кг массы и бессолевая диета на период сохранения отеков.
 - Преднизолон из расчета 2 мг/кг/с до 3-х нормальных анализов мочи, полученных через день. Затем в этой же дозе через день (всего 4-6 недель), последующее снижение дозы по 5 мг в неделю до отмены. Длительность лечения не менее 3-х мес. и не более 6 мес.

- Мочегонные средства (фуросемид из расчета 1-3 мг/кг массы) на период наличия отеков;
- Дипиридамол по 0.25 x 2 раза в день – 4-6 недель.
- курсы мембраностабилизирующих и антиоксидантных препаратов : омега – 3 жирные кислоты;
- Постельный режим на период наличия отеков.

Задача № 6

Девочка М., 6 лет, поступила в отделение с жалобами на сниженный аппетит, слабость, головные боли, периодическое повышение температуры до 38-39°, отеки под глазами, частые, малыми порциями безболезненные мочеиспускания, боли в животе в области пупка.

Девочка больна в течение 2 недель, когда после перенесенной ангины состояние ухудшилось, появились указанные жалобы. Получала лечение в условиях поликлиники в течение 7 дней: цефиксим, симптоматические средства, однако улучшения не наступило.

Анамнез жизни: родилась доношенной, в срок, от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Развивалась нормально. Наследственный анамнез – у матери хронический пиелонефрит.

Часто болеет респираторными заболеваниями.

Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, чистые, отеки под глазами. Со стороны органов дыхания и сердечнососудистой системы патология не выявлена. АД- 100/70 мм рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Наружные половые органы сформированы правильно, без изменений.

Общ. анализ крови: эр.- $3.1 \cdot 10^{12}$ /л, Нв-110 г/л, лейкоц.- $16.6 \cdot 10^9$ /л, эоз.-0%, п/я-6%, с/я-71%, лимф.-17%, мон.-6%, СОЭ-45 мм/час.

Общ. белок плазмы-64 г/л, белк. фракции: Альб.-50%; глоб.: α -15%, β -10%, γ -25%. Креатинин крови 50 мкмоль/л, мочевины крови-4.2 ммоль/л.

Проба Зимницкого: суточный объем-1000 мл, ДД-750 мл, НД-350 мл, плотность мочи-1008-1022.

Общ. анализ мочи: моча мутная, р-ция щелочн., белок – 0.099 г/л, лейкоц.-до 100 в п. зр., эр.-10-15 в п. зр., свежие.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Определить необходимые обследования для подтверждения диагноза и какова их цель.
3. Планировать дальнейшую терапевтическую тактику

Эталон ответа

- 1 Острая инфекция мочевыделительной системы, активная фаза, высокая степень активности.
- 2 Необходимые исследования:
 - Анализ мочи в динамике для подтверждения ведущего мочевого симптома - лейкоцитурии.
 - Анализ мочи на бактериурию с определением абсолютного микробного числа, чувствительности к антибиотикам и антисептикам.
 - УЗИ почек и мочевого пузыря - для выявления неблагоприятного преморбидного фона. При наличии признаков обструкции - экскреторная урография, микционная цистография.
 - Консультация уролога с инструментальным обследованием по показаниям нижних мочевых путей и изучением функций мочевого пузыря (смотровая цистоскопия, калибровка уретры, урофлоуметрия, цистоманометрия).

3. Терапевтическая тактика на этапе стационара:
- Постельный режим на 3-5 дней. Увеличить питье (соки, компоты)
 - Диета с ограничением острых приправ, наваристых бульонов, соленой пищи
 - Соблюдение режима регулярных мочеиспусканий;
 - Этиотропная терапия (с учетом протокола лечения ПН): эмпирическая (стартовая) антибактериальная терапия до получения результата анализа мочи на бактериурию по ступенчатой методике: цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим) по 50 мг/кг/сут. 3 р/д до получения положительной динамики, затем этиотропная терапия (с учетом протокола лечения ПН): защищенные пенициллины внутрь – курс 8–10 дн., уроантисептики 10–12 дн.
 - Патогенетическое лечение: детоксикационные энтеросорбенты -смекта по 1 пак. растворить в 1 ст. воды, пить в течение дня, или нормазе по 1 ч. л. 2 р/д в течение 3 нед., настои мочегонных трав (кукурузные рыльца, спорыш, зверобой);
 - Поливитаминные, антиоксидантные, мембраностабилизирующие, адаптогенные препараты через 3-5 дней после начала антибактериальной терапии: канефрон Н по 1 др. 3 раза в день, хофитол по 1 т. 2 р/д, вит. Е по 100 мг 1 р/д 3 нед. или аевит по 1 капс. 1 р/д - 3 нед., по показаниям иммуномодуляторы;

Задача № 7

Мальчик 14 лет поступил с жалобами на резкую слабость, умеренный отек лица, головную боль.

Из анамнеза установлено, что болеет второй день. Указанные жалобы появились внезапно через 2 недели после перенесенной ангины. Одновременно резко уменьшилось количество мочи, которая имела вид «мясных помоев».

Объективно: состояние средней тяжести, правильного телосложения и среднего физического развития. Кожные покровы бледные, отек лица, голеней. Органы дыхания и ССС – без особенностей. Дыхание 18 в мин., пульс ритмичный, 68 уд. в мин., АД -140/110 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Наружные половые органы по мужскому типу, без патологических изменений.

Данные лабораторных исследований:

Общ. анализ крови: эр. – $3.1 \cdot 10^{12}/л$, Нв– 110 г/л, лейкоц. – $10.6 \cdot 10^9/л$, эоз. – 0%, п/я – 5%, с/я – 67%, лимф. – 22%, мон. – 6%, СОЭ – 18 мм/час.

Содержание в сыворотке крови: холестерина – 4.7 ммоль/л, общего белка - 72 г/л. Протеинограмма: альбумины - 52%, глобулины – α_1 - 10%, α_2 - 10%, β - 12%, γ -16%. Креатинин крови 70 ммоль/л СКФ по креатинину- 94 мл/мин/1,73 м².

Суточное количество мочи 300 мл. Моча красно-бурого цвета, мутная. Отн. плотность – 1028. Р-ция резко кислая. Белок - 1,0 г/л, л. - 4-6 в п. зр., эр. - на все п. зр., большей частью измененные. Цилиндры гиалиновые - 1-2 в п. зр., эритроцитарные - до 5-6 в п. зр.

Задание

1. Установить диагноз и обосновать его
2. Назначить лечение
3. Планировать сроки и тактику диспансерного наблюдения

Эталон ответа

1. Острый нефритическим синдромом, период начальных проявлений, с нарушением фильтрационной функции почек в острой фазе.
2. Терапевтическая тактика:
постельный режим в первые дни;
Диета с ограничением соли, белка животного происхождения, острых приправ;

Амоксициллин из расчета 50 мг/ кг/в сутки 7-10 дн., затем антибиотики по показаниям.
Гепарин 200 МЕ/кг/сут в течение 4 недель подкожно вокруг пупка 4 раза в день.
Дипиридамол по 1 таб. (25 мг) 3 раза в день.
Гипосенсибилизирующие препараты (супрастин, цетиризин) курсами 10-12 дней - 3-4 курса.
Фуросемид по 1 мг/кг/с.
Гипотензивные средства: эналаприл по 2,5 мг 1-2 раза в день.
3 Сроки и тактика диспансерного наблюдения:
Наблюдение в 3 группе здоровья.
Длительность наблюдения - 5 лет.
Осмотр врачом: после выписки из стационара 1 раз в 10 дн. - 1 мес., 1 раз в мес. - 3 мес., затем 1 раз в 3 мес. На втором году 1 раз в 6 мес.
Профилактические прививки по строгим эпидпоказаниям, при стойкой ремиссии, через год по разрешению комиссии и в условиях стационара.
Медотвод от спорта, физкультура в спецгруппе через год стойкой ремиссии, в последующем - в подготовительной и общей группе

Задача № 8

Мальчик К., 10 лет, жалуется на слабую струю мочи, натуживание при мочеиспускании, отсутствие облегчения после мочеиспускания. Больной нередко выдавливает мочу путем надавливания на низ живота.

Со слов матери, у ребенка на 1-м году жизни часто отмечалось беспокойство перед мочеиспусканием, периодически приходилось сажать ребенка в теплую воду, после чего он мочился. Месяц назад отмечалась моча с кровью, часто мутная, с хлопьями и неприятным запахом.

Мальчик родился от II родов, III беременности, протекавшей с гестозом во 2-й половине. До 3-х лет часто болел респираторными заболеваниями. Периодически в анализах мочи - изменения в виде лейкоцитурии, эритроцитурии.

Объективно: мальчик отстает в физическом развитии. Массо-ростовые показатели соответствуют восьмилетнему возрасту. Обращает на себя внимание сухость и серый колорит кожи. Слизистые чистые. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены. Перкуторно – левая граница расширена на 1.5 см от средино-ключичной линии. Пульс 80 в мин, АД – 130/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена на 1 см, безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пальпируется выступающее из-за лона дно мочевого пузыря.

Оценены параметры спонтанного мочеиспускания и проведена микционная уретроцистография: эффективная емкость мочевого пузыря 550 мл, длительность тока мочи 100 сек, средняя скорость тока мочи – 5 мл/сек. После самостоятельного мочеиспускания при катетеризации выведено 300 мл мутной с хлопьями мочи. При наполнении мочевого пузыря до 600 мл – позыв отсутствует. Мальчик жалуется на появление боли внизу живота. На цистографии после наполнения мочевого пузыря башенной формы с множественными псевдодивертикулами и расширенной шейкой, отмечаются пассивные ПМЛР до ЧЛС с деформацией чашечек и гидронефрозом. При микции задней отдел уретры и шейка мочевого пузыря резко расширены. Ниже участка расширения тонкое и прерывистое контрастирование уретры. Отмечается усиление рефлюксов.

Задание

1. Установить предварительный диагноз.
2. Определить объем дополнительных методов обследования и ожидаемые результаты.
3. Предложить тактику лечения.

Эталон ответа

Обструкция пузырно-уретрального сегмента. Клапан задней уретры. Осложнение основного заболевания: Атония мочевого пузыря. ПМЛР III степени с обеих сторон. Гидронефротическая трансформация почек. Вторичный хронический пиелонефрит, нарушение функции почек, ХБП.

О наличии обструкции свидетельствуют жалобы больного на нарушение акта мочеиспускания, отсутствие облегчения. Признаками атонии мочевого пузыря являются: использование вспомогательных методов выведения мочи, наличие остаточной мочи, данные спонтанного мочеиспускания, а также микционной уретроцистографии. Сухость кожных покровов, повышение артериального давления, выраженность ПМЛР на микционной цистографии дают основание подозревать нарушение функции почек и ХБП.

4. Дополнительные исследования:

- УЗИ почек – уменьшение толщины паренхимы, выраженная пиело- и каликаэктазия.
- экскреторная урография – существенное замедление секреторно-экскреторной функции почек, истончение паренхимы, ГНТ, мегауретер;
- биохимические анализы крови – повышение уровня креатинина, мочевины;
- проба Зимницкого – снижение концентрационной функции почек;

5. Лечебная тактика:

- направить к детскому урологу для оперативной коррекции;
- уточнить степень нарушения функции почек и стадию ХБП;
- диета с ограничением острых приправ, наваристых бульонов, соленой пищи ;
- профилактика пиелонефрита;

11. Литература

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Педиатрия: национальное руководство: [Электронный ресурс] в 2 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009- 2048 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2. Детская гастроэнтерология: руководство. : [Электронный ресурс] Авдеева Т.Г., [и др.] 2011. - 192 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача»
3. Детская нефрология. Синдромный подход. [Электронный ресурс] /Петросян Э.К./ - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 192 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Педиатрия: национальное руководство: [Электронный ресурс] в 2 т. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009- 2048 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия : [Электронный ресурс] учеб. / под ред. А. С. Калмыковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»
3. Питание здорового и больного ребёнка: учебное пособие/ под общ.ред. проф. Г.М.Летинова/.-Ростов-на-Дону: Издательство РостГМУ,2015.-292с
4. Рациональная антимикробная терапия : руководство для практикующих врачей [Электронный ресурс] / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - 1040 с.- Доступ из ЭБС «Консультант врача»

Периодические издания

№ п/п	Название издания	Доступ
1	Аллергология и иммунология в педиатрии	Доступ из Elibrary.ru
2	Вестник РАМН	Доступ из Elibrary.ru
4	Вопросы современной педиатрии	Доступ из Elibrary.ru
5	Врач	Доступ из Elibrary.ru
7	Детские инфекции	Доступ из Elibrary.ru
8	Медицинский вестник Юга России	Доступ из Elibrary.ru
9	Педиатр	Доступ из Elibrary.ru
10	Педиатрическая фармакология	Доступ из Elibrary.ru
11	Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского	Доступ из Elibrary.ru
12	Российский вестник перинатологии и педиатрии [Эл. ресурс]. - Доступ из «Elibraru»	Доступ из «Elibraru»
13	Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum	Доступ из «Elibraru»

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL:	Доступ

	http://109.195.230.156:9080/oracg/	неограничен
2.	Консультант студента : ЭБС. – Москва : ООО «ИПУЗ». - URL: http://www.studmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант врача . Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
4.	UpToDate : БД / Wolters Kluwer Health. – URL: www.uptodate.com	Доступ неограничен
5.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
6.	Научная электронная библиотека eLIBRARY . - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
7.	Национальная электронная библиотека . - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
8.	Scopus / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	MEDLINE Complete EBSCO / EBSCO. – URL: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	ScienceDirect. Freedom Collection / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	БД издательства Springer Nature . - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
13.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ с компьютеров университета
	Единое окно доступа к информационным ресурсам . - URL: http://window.edu.ru/	Открытый

14.		доступ
15.	Российское образование. Федеральный образовательный портал. - URL: http://www.edu.ru/index.php	Открытый доступ
16.	ENVOС.RU English vocabulary]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - URL: http://envoc.ru	Открытый доступ
17.	Словари онлайн. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
18.	WordReference.com : онлайн-словари языков. - URL: http://www.wordreference.com/enru/	Открытый доступ
19.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
23.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Открытый доступ
24.	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
25.	Free Medical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com/	Открытый доступ
26.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
27.	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
28.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
29.	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН. – URL: https://elpub.ru/	Открытый доступ
30.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ

31.	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32.	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: https://www.evrika.ru/	Открытый доступ
33.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
34.	Univadis.ru: международ. мед. портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
35.	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
36.	Современные проблемы науки и образования : электрон. журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ
37.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	Открытый доступ

**Кадровый состав программы ДПО
«Актуальные вопросы гастроэнтерологии и нефрологии для педиатров»**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность
1	Летифов Гаджи Муталибович	Д.м.н., профессор	Зав.кафедрой
2	Панова Ирина Витальевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры
3	Домбаян Светлана Христофоровна	К.м.н.	Доцент
4	Афонина Тамара Андреевна	К.м.н.	Доцент
5	Лазарев Анатолий Никитович	К.м.н.	Доцент