

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВА-
ТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕР-
СИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА-
ЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 2

«14» 02 2023 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
« 15» 02 2023 г.
№ 68

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

" Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей "

по специальности: Педиатрия

Трудоемкость: 36 часов

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2023

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации "*Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей*" обсуждена и одобрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой Летифов Г.М.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Настаушева Татьяна Леонидовна, д. м. н, профессор, зав. кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Бурденко» Минздрава России
2. Зорин Игорь Владимирович, д.м.н., доцент, зав. кафедрой поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Летифов Г.М.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Летифов Гаджи Муталибович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Панова Ирина Витальевна	д.м.н., доцент	Профессор кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Домбаян Светлана Христовна	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

4.	Афониная Тамара Андреевна	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
5.	Лазарев Анатолий Никитович	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач - педиатр участковый» (утвержден приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 N 306н регистрационный номер 833).
- ФГОС ВО по специальности *педиатрия*, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1060. "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (Зарегистрировано в Минюсте России 28.10.2014 N 34501)
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – педиатрия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Педиатрия»:

- совершенствовать медицинские знания и умения в освоении новейших технологий и методик в клинической, лабораторной и инструментальной диагностики эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей и подростков.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области педиатрии

Уровень квалификации: 7.

Связь Программы с профессиональным стандартом представлена в таблице 1.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: Профессиональный стандарт «Врач - педиатр участковый» (утвержден приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 N 306н регистрационный номер 833)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
<i>А: Оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника</i>	<i>А/01.7</i>	Обследование детей с целью установления диагноза
	<i>А/02.7</i>	Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности
	<i>А/04.7</i>	Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ профстандарта
ПК-1	готовность к определению у детей и подростков основных симптомокомплексов заболеваний и нозологических форм в соответствии с	А/01.7

Международной статистической классификацией болезней	
<p>должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - современную классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения, осложнения, исходы заболеваний органов пищеварения; - современные методы лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний органов пищеварения у детей и подростков; - ведущие дифференциально-диагностические критерии при постановке диагноза с учетом Международной статистической классификации болезней. 	
<p>должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять психологическую поддержку больного ребенка и его родителей, анализируя полученную информацию при адекватном сборе анамнеза и изучении жалоб; - владеть методами объективного обследования детей и подростков, с последующей интерпретацией полученных результатов; - выявлять ведущие клинические симптомокомплексы заболевания органов пищеварения и осложнения его течения. - поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний - составить план обследования и правильно интерпретировать его результаты - сформулировать заключение и при необходимости дать рекомендации по дальнейшему обследованию, обосновать целесообразность проведения других диагностических исследований 	
<p>должен владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, осмотра пациентов - навыками постановки предварительного диагноза и составления плана параклинического обследования пациентов с последующей интерпретацией результатов обследования - навыками формулировки диагноза с учетом 	

	действующей Международной статистической классификации болезней.		
ПК-2	готовность определить тактику ведения детей и подростков с эозинофильной гастроинтестинальной болезнью у детей в амбулаторных условиях и в условиях стационара	-	
	должен знать: - тактику ведения пациентов с эозинофильной гастроинтестинальной болезнью у детей с учетом действующих стандарты медицинской помощи детям и подросткам и клинических рекомендаций. - современные принципы и методы диагностики эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей и подростков в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;		
	должен уметь: - составлять план обследования и лечения - назначать адекватное лечение с учетом возраста детей и клинической картины заболевания, контролировать результаты лечения, проводить коррекцию; - анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм детей; - оценивать эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей		A/02.7
	должен владеть: - методами назначения лечения при эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей и подростков в соответствии со стандартом медицинской помощи при данной патологии;		
ПК -3	готовность к назначению адекватного лечения детям и подросткам с эозинофильной гастроинтестинальной болезнью у детей и подростков		
	должен знать: - порядок оказания помощи больным детям - современные рекомендации и стандарты лечения эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей - основные схемы этиотропной,		

	<p>патогенетической и симптоматической терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> - действующие клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи - основы фармакотерапии детского возраста; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; <p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначать медикаментозную терапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания - оказывать необходимую медицинскую помощь детям при неотложных состояниях - оценивать эффективность и безопасность медикаментозной и немедикаментозной терапии у детей - назначать диетотерапию с учетом возраста детей и клинической картины заболевания <p>Должен владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методами лечения детей с учетом диагноза, возраста и клинической картины заболевания - алгоритмами назначения лекарственных препаратов, лечебного питания детям с эозинофильной гастроинтестинальной болезнью у детей - способностью оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов. 	A/02.7
ПК-4	<p>готовность к осуществлению мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику</p> <p>Должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> - закономерности функционирования здорового организма ребенка и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; - методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов, осмотра и обследования; 	A/04.7

	<ul style="list-style-type: none"> - этиологию и патогенез, клиническую картину дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний у детей и подростков - современные методы диагностики эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей и подростков - заболевания и/или состояния, требующие неотложной помощи - диагностику, консервативное лечение заболеваний детского возраста в объеме действующих клинических рекомендаций. 	
	<p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> - уметь пользоваться адекватными методами сбора анамнеза, жалоб, объективного обследования детей с последующей интерпретацией полученных результатов. - обосновывать и планировать объем лабораторного и инструментального обследования пациентов и интерпретировать полученные результаты - применять современные методы лечения эозинофильной гастроинтестинальной болезни у детей с использованием знаний этиологии, патогенеза, и симптоматики заболеваний у детей 	
	<p>Должен владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками постановки предварительного диагноза и составления плана параклинического обследования детей с учетом действующей Международной статистической классификации болезней - алгоритмами назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом заболевания, возраста, характера питания 	

1.5 Форма обучения

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

--	--	--	--

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
" Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей ", в объеме 36 часов

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые и формируемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Модуль 1: " Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей "															
1.1	Проблема эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта	10	6	4	-	2	-	4	2	-	2	-	-	-	ПК1, ПК2, ПК3, ПК4	
1.2	Эозинофильный эзофагит как наиболее частое проявление эозинофильных заболеваний желудочно-кишечного тракта	12	8	4	2	2	-	4	2	2	-	-	-	-	ПК1, ПК2, ПК3, ПК4	
1.3	Другие клинические проявления эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта: эозинофильный гастрит, эозинофильный энтерит, эозинофильный колит.	12	8	4	2	2	-	4	2	2	-	-	-	-	ПК1, ПК2, ПК3, ПК4.	
	Всего часов (специальные дисциплины)	34	22	12	4	6	-	12	6	4	2	-	-	-		

	плины)																
	Итоговая аттестация	2															Зачет
	Всего часов по программе	36	22	12	4	6	-	12	6	4	2	-	-	-			

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

Модуль 1

Название модуля: «Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей»

Код	Наименование тем, элементов
1.1.	Проблема эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта
1.1.1.	Эозинофильное поражение ЖКТ: эпидемиологические аспекты, маски заболевания, есть ли связь с пищевой аллергия.
1.1.2.	Патогенетические аспекты эозинофильной гастроинтестинальной болезни, биологические эффекты эозинофилов при патологии. Сложности диагностики.
1.1.3.	Диагностические критерии эозинофильных заболеваний желудочно-кишечного тракта: количество эозинофилов, гистологические признаки и клинические проявления. Признаки эозинофильных форм заболеваний желудочно-кишечного тракта в зависимости от глубины поражения. Рабочая классификация эозинофильных поражений ЖКТ.
1.1.4.	Основные подходы к лечению эозинофильных поражений ЖКТ
1.2.	Эозинофильный эзофагит как наиболее частое проявление эозинофильных заболеваний желудочно-кишечного тракта
1.2.1.	Провоцирующие факторы. Иммунопатологические аспекты заболевания.
1.2.2.	Клиническая картина эозинофильного эзофагита. Лабораторно-инструментальные методы диагностики. Значение морфологических методов диагностики. Дифференциальная диагностика.
1.2.3.	Основные подходы к лечению эозинофильного эзофагита. Роль диетотерапии. Медикаментозная коррекция заболевания. Возможности профилактики.
1.3.	Другие клинические проявления эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта: эозинофильный гастрит, эозинофильный энтерит, эозинофильный колит.
1.3.1.	Эозинофильный гастрит. Клинические проявления. Диагностические критерии тканевой эозинофилии у пациентов с эозинофильным гастритом. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения детей с эозинофильным гастритом. Особенности диетотерапии. Лекарственная терапия эозинофильного гастрита.

1.3.2.	Эозинофильный энтерит. Клиника. Диагностика. Лечение.
1.3.3.	Эозинофильный колит. Клиника. Диагностика. Лечение

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – зачет, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО или письменно и решения одной ситуационной задачи.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца локальным актом университета.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГБУ РО «Городская клиническая больница №20» г. Ростова-на-Дону, пр. Коммунистический 39	Литер Б, этаж 4. Учебная комната №1
2	ГБУ РО «Городская клиническая больница №20» г. Ростова-на-Дону, пр. Коммунистический 39	Литер Б, этаж 4. Учебная комната №2
3	ГБУ РО «Городская клиническая больница №20» г. Ростова-на-Дону, пр. Коммунистический 39	Литер Б, этаж 1. Учебная комната № 3

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Персональный многофункциональный компьютер с возможностью под-

<p>ключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации. Хегох, Мультимедийный проектор, Экран настенный, столы, стулья</p>
--

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Тактика врача-педиатра участкового: практическое руководство / под ред. М. А. Школьниковой, Ю. Л. Мизерницкого. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 202 с.
2.	Варникова О.В., Васильева И.Г., Караваев В.Е. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии: практическое руководство для врачей и студентов мед. вузов / О. Р. Варникова, И. Г. Васильева, В. Е. Караваев [и др.]: под ред. В. В. Чемоданова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Литтерра, 2020. – 620 с.
3.	Колбин, А. С. Клиническая фармакология для педиатров: учебное пособие для обучающихся по программам клинической фармакологии, педиатрии, ординаторов, аспирантов, преподавателей, врачей / А. С. Колбин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 287 с.
	Дополнительная литература
1	Язвенная болезнь желудка и/ или двенадцатиперстной кишки/ Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – 67с.
2	Болезнь Крона/Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – 120с.
3	Язвенный колит. /Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2021. – 93с.
4.	Авдеева Т.Г. Детская гастроэнтерология: руководство/ Т.Г. Авдеева, Ю.В. Рябухин, Л.П. Парменова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1	Электронная библиотека РостГМУ.	http://109.195.230.156:9080/opac/
2	Консультант врача. Электронная ме-	http://www.rosmedlib.ru

	дицинская библиотека: ЭБС. – Москва: ООО ГК «ГЭОТАР».	
3	Консультант Плюс: справочная правовая система.	http://www.consultant.ru
4	Научная электронная библиотека eLIBRARY.	http://elibrary.ru
5	Национальная электронная библиотека.	http://нэб.пф/
6	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России.	http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru
7	КиберЛенинка : науч. электрон. биб-ка.	http://cyberleninka.ru/
8	Архив научных журналов / НЭИКОН.	https://archive.neicon.ru/xmlui/
9	ECO-Vector Journals Portal / <u>Open Journal Systems</u> .	https://journals.eco-vector.com/
10	Журналы открытого доступа на русском языке / платформа EIPub НЭИКОН.	https://elpub.ru/
11	Медицинский Вестник Юга России.	https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ
12	Всемирная организация здравоохранения.	http://who.int/ru/
13	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей.	https://www.evrika.ru/
14	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал.	http://www.med-edu.ru/
15	<u>Univadis.ru</u> : международ. мед. портал.	http://www.univadis.ru/
16	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине.	http://doctorspb.ru/
17	Современные проблемы науки и образования: электрон. журнал.	http://www.science-education.ru/ru/issue/index
18	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России.	http://cr.rosminzdrav.ru/
	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru →Библиотека→Электронный каталог→Открытые ресурсы интернет→далее по ключевому слову...	http://rostgmu.ru

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры Педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки РостГМУ.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по педиатрии, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 60%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
--------------	--------------------------------	--------------------------------------	------------------	---

1	Летифов Гаджи Муталибович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Панова Ирина Витальевна	д.м.н., доцент	Профессор кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России/ГБУ РО «ГКБ №20» педиатрическое соматическое отделение
3	Домбаян Светлана Христофоровна	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России/ГБУ РО «ГКБ №20» педиатрическое соматическое отделение
4	Афониная Тамара Андреевна	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
5	Лазарев Анатолий Никитович	к.м.н.	Доцент кафедры педиатрии и неонатологии факультета повышения квалификации и про-	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

			фессиональной переподготовки специалистов	
--	--	--	---	--

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «**Эозинофильная гастроинтестинальная
болезнь у детей**» со сроком освоения 36 академических часов по
специальности «Педиатрия».

1	Кафедра	<i>Педиатрии и неонатологии</i>
2	Факультет	Повышения квалификации и профессиональной переподготовки
3	Адрес (база)	Пр. Коммунистический, 39
4	Зав.кафедрой	Летифов Г.М.
5	Ответственный составитель	Летифов Г.М.
6	Е-mail	gmletifov@yandex.ru
7	Моб. телефон	8-909-438-11-13
8	Кабинет №	1
9	Учебная дисциплина	педиатрия
10	Учебный предмет	педиатрия
11	Учебный год составления	2023
12	Специальность	Педиатрия
13	Форма обучения	очная
14	Модуль	Эозинофильная гастроинтестинальная болезнь у детей
15	Тема	1.1 – 1.3
16	Подтема	1.1.1. – 1.1.4. 1.2.1. – 1.2.3. 1.3.1. – 1.3.3.
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	<i>single</i>
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1.1	1	Ключевой элемент диагностики		

			эозинофильного поражения желудочно-кишечного тракта		
	*		патологическая эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки		
			эндоскопическая картина		
			эозинофилия, выявленная в общеклиническом анализе крови		
			результаты аллергологического обследования		
1	1.1	2	Правильно сформулированный диагноз:		
	*		эозинофильный гастрит		
			эозинофильный гастроэнтерит		
			эозинофильный эзофагогастроэнтерит		
			эозинофильный гастроэнтероколит		
1	1.1	3	Эозинофильные заболевания ЖКТ классифицируются как аллергические заболевания		
	*		со смешанным механизмом, IgE- и неIgE-опосредованным		
			IgE-опосредованным механизмом		
			неIgE-опосредованным механизмом		
			с неизученным механизмом		
1	1.1	4	Клинически для эозинофильных заболеваний ЖКТ характерно		
	*		отсроченное развитие симптомов		
			всегда присутствуют кожные проявления		
			всегда присутствуют респираторные проявления		
			положительный ответ на назначение антигистаминных препаратов		
1	1.1	5	Медиаторы эозинофильного воспаления:		
			гранулы эозинофилов, медиаторы воспаления		
			хемокины		
			цитокины		
	*		всё перечисленное		
1	1.1	6	Механизм ИПП в лечении эозинофильного поражения пищевода		
			снижен TH2-ответ		

			снижен синтез эотоксина-3		
			снижается количество эозинофилов		
	*		всё перечисленное		
1	1.1	7	Терапия первой линии при эозинофильной болезни желудочно-кишечного тракта		
	*		элиминационная диета		
			глюкокортикостероиды		
			стабилизаторы мембран тучных клеток		
			антагонисты рецепторов лейкотриенов		
1	1.1	8	Терапия второй линии при эозинофильной болезни желудочно-кишечного тракта		
			антигистаминные препараты		
	*		глюкокортикостероиды		
			антагонисты рецепторов лейкотриенов		
			стабилизаторы мембран тучных клеток		
1	1.1	9	Основной метод диагностики эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта:		
			общеклинический анализ крови с выявлением эозинофилии		
			эндоскопический метод		
	*		морфологический метод с определением количества эозинофилов в инфильтрате		
			серологический метод		
1	1.1	10	В структуре эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречается		
	*		эзофагит		
			гастрит		
			энтерит		
			колит		
1	1.2	11	Эозинофильный эзофагит чаще требует проведения дифференциальной диагностики:		
	*		с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью		
			с язвенной болезнью		
			с ахалазией пищевода		
			с функциональной диспепсией		

1	1.2	12	Основной морфологический критерий эозинофильного эзофагита:		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения менее 5 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения менее более 10 эозинофилов		
	*		эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения более 15 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки пищевода – в поле зрения более 30 эозинофилов		
1	1.2	13	В лечении эозинофильного эзофагита используют:		
			антигистаминные препараты		
			антител к ФНО (инфликсимаб)		
			только диетотерапию		
	*		диетотерапию+глюкокортикостероиды/топические стероиды+ ингибиторов тучных клеток и антагонистов лейкотриеновых рецепторов		
1	1.2	14	Провоцирующие факторы эозинофильного эзофагита		
			пищевые аллергены, аэроаллергены		
	*		вирусные инфекции		
			бактериальные инфекции		
			стрессовый фактор		
1	1.2	15	Эозинофилия при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (обнаружение эозинофилов в слизистой оболочке)		
			эозинофилов нет		
	*		менее 7-10 эозинофилов в поле зрения		
			1-5 эозинофилов в поле зрения		
			более 15 эозинофилов поле зрения		
1	1.2	16	Эндоскопические маркёры эозинофильного эзофагита		
	*		кольцевые складки («трахеализация» пище-		

			вода), линейные складки, борозды, белёсые налеты, стриктуры		
			поверхностные эрозии		
			язвенные дефекты		
			геморрагические эрозии		
1	1.2	17	Наиболее эффективная диетотерапия при эозинофильном эзофагите:		
			таргетная диета (с выявлением аллергена на основе кожных проб)		
			эмпирическая диета (с исключением пищевых аллергенов «большой восьмёрки»)		
	*		элементарная диета (аминокислотная формула)		
			нет необходимости соблюдать диету		
1	1.2	18	Современная концепция лечения эозинофильного эзофагита		
			медикаментозная терапия (глюкокортикостероиды, ингибиторы протонной помпы)		
			диетические ограничения,		
			при необходимости, проведение эндоскопической дилатации пищевода		
	*		всё перечисленное		
1	1.2	19	Терапия первой линии (лекарственная) при лечении эозинофильного эзофагита		
	*		топические глюкокортикоиды		
			антигистаминные препараты 1 поколения		
			антигистаминные препараты 2 поколения		
			ингибиторы ФНО (инфликсимаб)		
1	1.2	20	Сколько биоптатов необходимо взять из слизистой оболочки пищевода для верификации диагноза «Эозинофильный эзофагит»?		
			3		
			2		
	*		6		
			1		
1	1.3	21	Основной морфологический критерий эозинофильного гастрита:		
			эозинофильная инфильтрация слизистой		

			оболочки желудка – в поле зрения более 15 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 10 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 50 эозинофилов		
	*		эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки желудка – в поле зрения более 20 эозинофилов		
1	1.3	22	Основной морфологический критерий эозинофильного колита:		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 10-20 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 10 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 15 эозинофилов		
	*		эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки толстой кишки – в поле зрения более 20-50 эозинофилов		
1	1.3	23	Основной морфологический критерий эозинофильного энтерита:		
	*		эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 20-30 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 10 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 10-15 эозинофилов		
			эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки подвздошной кишки – в поле зрения более 5-10 эозинофилов		
1	1.3	24	Эффективное лечение эозинофильного гастрита включает назначение		

			Н2-гистаминоблокаторов (фамотидина)		
	*		глюкокортикостероидов в сочетании с элементной диетой (аминокислотные смеси)		
			ингибиторов протонной помпы		
			антигистаминных препаратов 2 поколения		
1	1.3	25	Эозинофильный колит чаще следует дифференцировать		
	*		с воспалительными заболеваниями кишечника (язвенным колитом и болезнью Крона)		
			с синдромом раздраженного кишечника		
			с функциональными расстройствами ЖКТ		
1	1.3	26	Что отличает эозинофильный колит от воспалительных заболеваний кишечника?		
			отсутствием лабораторной активности,		
			невысоким уровнем кальпротектина,		
			незначительной воспалительной активностью в слизистой оболочке кишечника по данным гистологического исследования		
	*		всё перечисленное		
1	1.3	27	Сколько биоптатов необходимо взять из слизистой оболочки пищевода для верификации диагноза «Эозинофильный гастрит», «Эозинофильный энтерит»?		
	*		4-5		
			2-3		
			1-2		
			6-7		
1	1.3	28	Наиболее частая форма эозинофильного поражения желудочно-кишечного тракта:		
	*		эозинофильный эзофагит		
			эозинофильный гастрит		
			эозинофильный энтерит		
			эозинофильный колит		
1	1.3	29	Диетотерапия эозинофильного эзофагита включает:		
			смеси на основе глубокого гидролиза белков		
	*		аминокислотные смеси		

			частично гидролизованные смеси		
			безмолочную диету		
1	1.3	30	Основной метод диагностики для выявления эозинофильных поражений желудочно-кишечного тракта:		
			эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия		
			определение специфических IgE в крови		
	*		гистологический метод оценки слизистой оболочки		
			общеклинический анализ крови		

2. Оформление фонда ситуационных задач

ЗАДАЧА №1

Больная А., 1 год 2 месяца. Поступила в стационар экстренно в связи со рвотой «кофейной гущей». Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, роды срочные, родилась с весом 3350 г, длиной 50 см, оценка по Апгар 9/9 баллов, на грудном вскармливании до 1 года 1 месяца. Прикормы с 7 месяцев. Периодические высыпания на коже с 4 месяцев, с момента введения прикормов отмечено усиление высыпаний, учащение стула, затем высыпания прошли, после года появились запоры. В связи с запорами в течение недели перед госпитализацией мать самостоятельно давала девочке льняное масло. Через 7 дней его приема и появилась рвота «кофейной гущей», по поводу которой девочка экстренно госпитализирована в больницу. При поступлении – черный стул, состояние тяжелое, бледная, вялая. В крови: гемоглобин 33 г/л, коагулограмма без патологии, тромбоциты $328 \times 10^9/\text{л}$. Проведена экстренная ЭГДС – в просвете желудка остатки старой крови, источник кровотечения не найден. Получила две трансфузии эритроцитарной массы, показатели крови улучшились. Выписана домой. Через 1 месяц вновь появился черный стул, экстренно госпитализирована в больницу. При поступлении в анализе крови: гемоглобин 73 г/л, тромбоциты $365 \times 10^9/\text{л}$, общий белок 50 г/л, общий и специфические IgE в норме. Проведена ЭГДС: на стенках тела и дна желудка сгустки свежей крови. Слизистая бледная, отечная. Патологических образований не выявлено. При отмывании слизистой оболочки тела и дна желудка отмечено диффузное «просачивание» крови с обширных участков слизистой («плачущий кровью желудок»). Локальных источников кровотечения не выявлено. Заключение – эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 20 в поле зрения при большом увеличении). Иммуногистохимия: обнаружен IgE в слизистой оболочке желудка. Получен по-

ложительный тест на дегрануляцию тучных клеток с белком коровьего молока, пшеницей, курицей, яйцом, рисом.

Задание

1. Ваш диагноз.
 - a) Геморрагический гастрит
 - b) Эозинофильный гастрит (*)
 - c) Аллергический гастрит.
 - d) Гастроинтестинальная форма пищевой аллергии

2. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда
 - a) паразитарные инвазии (лямблиоз, изоспороз, гельминтозы) (*);
 - b) системные воспалительные заболевания (воспалительные заболевания кишечника, диффузные заболевания соединительной ткани, васкулиты) (*);
 - c) первичный гиперэозинофильный синдром(*);
 - d) лекарственное воздействие (напроксен, клозапин, рифампицин, препараты золота) (*).

3. Назначьте лечение (диетотерапию).
 - a) Диета с исключением продуктов, содержащих белок коровьего молока и глютена.
 - b) Элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; введена аминокислотная смесь Неокейт Джунитор (*)
 - c) Частично гидролизованные смеси
 - d) Высокогидролизованные смеси

ЗАДАЧА №2

Мальчик 2 лет 7 месяцев поступил в стационар с жалобами на наличие крови в стуле ежедневно в виде прожилок и капель алой крови. Амбулаторно были исключены кишечные инфекции: посев кала на острые кишечные инфекции, на кампилобактер, иммуноферментный анализ кала на токсины А и В *Clostridium difficile*, реакция непрямой гемагглютинации с кишечной группой – результаты отрицательные. Ребенок от 1-й беременности, срочных родов, родилась с массой 3100 г, оценка по Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании до 1 года 2 месяцев. Прикормы введены в срок. В первый год жизни росла и развивалась без особенностей, проявлений аллергии не было. С 1 года иногда бывали высыпания на коже после употребления курицы, винограда. У матери аллергический ринит. При поступлении в клиническом анализе крови: тромбоцитоз – $450 \times 10^9/\text{л}$, снижение гемоглобина – 102 г/л; в биохимическом анализе крови небольшое снижение общего белка – 60 г/л; кальпротектин кала – 568 мкг/г (норма до 50 мкг/г); отрицательный результат выявления антител к *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) и обнаружения анти-

нейтрофильных антител (ANCA), общий IgE в крови в норме. Специфические IgE не обнаружены. Тест на дегрануляцию тучных клеток с пищевыми аллергенами был положителен к белку коровьего молока, курице, пшенице. На ЭГДС обнаружен нодулярный бульбит, поверхностный дуоденит с лимфостазом. Гистологически: слизистая оболочка желудка – картина соответствует поверхностному гастриту, минимальные проявления воспаления. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки – картина соответствует хроническому дуодениту с легкой атрофией ворсин, активность воспаления низкая. Проведена илеоколоноскопия: обнаружена выраженная лимфоидная гиперплазия в терминальном отделе подвздошной кишки, немногочисленные поверхностные язвы и эрозии в разных отделах толстой кишки. Гистологически: в подвздошной кишке ворсины пальцевидной и листовидной формы, уплощены. Крипты овальные, просветы крипт узкие, расположены неравномерно. Эпителий ворсин цилиндрический, сниженной высоты, количество межэпителиальных лейкоцитов слабо повышено, в их составе преобладают лимфоциты. Бокаловидные клетки в сниженном количестве. В строме отек, плотная неравномерная инфильтрация: плазматические клетки и лимфоциты в умеренном количестве, эозинофилы – 30–40 в ряде полей зрения, нейтрофилы в небольшом количестве. Несколько крупных лимфоидных фолликулов с развитыми герминативными центрами. Легкий фиброз стромы. Во всех отделах толстой кишки крипты округлой формы, просветы их узкие, архитектоника сохранена. Поверхностный эпителий цилиндрический, количество межэпителиальных лейкоцитов несколько повышено, в их составе преобладают лимфоциты. Бокаловидные клетки в достаточном количестве. В строме отек, в целом равномерная плотная инфильтрация: плазматические клетки, лимфоциты в умеренном количестве, эозинофилы до 50–70 в поле зрения, нейтрофилы в небольшом количестве.

Задание

1. Ваш диагноз.
 - a) «эозинофильный колит (терминальный илеит, эрозивно-язвенный панколит). Пищевая аллергия (поливалентная сенсibilизация)» (*)
 - b) Воспалительные заболевания кишечника. Язвенный колит
 - c) Аллергический энтероколит
 - d) Хронический энтероколит

2. Назначьте лечение (диетотерапию).
 - a) Диета с исключением продуктов, содержащих белок коровьего молока и глютена.
 - b) Элиминационная диета: исключены все молочные продукты, пшеница, куриное яйцо, курица; введена аминокислотная смесь, например, Комидаген плюс (*)
 - c) Частично гидролизованные смеси
 - d) Высокогидролизованные смеси

ЗАДАЧА №3

Больная К., 16 лет, поступил с жалобами на увеличение живота, стул 3–5 раз в день, водянистый, слабость, потерю веса, плохой аппетит. Больна около 1 месяца. Температура не повышалась. Амбулаторно получил курс антибиотиков – без эффекта. В анамнезе: в возрасте до 3 лет проявления респираторной аллергии (аллергический ринотрахеобронхит), эпизодические проявления пищевой аллергии в виде сыпи (на какие продукты, не установлено). Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, физическое развитие соответствует возрасту. Кожа, видимые слизистые оболочки чистые, обычной окраски. Тоны сердца ритмичные, артериальное давление 120/65 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 78 ударов в минуту. Дыхание везикулярное. Живот симметричный, значительно увеличен в размерах, проведение глубокой пальпации невозможно. Перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В клиническом анализе крови: тромбоцитоз – $462 \times 10^9/\text{л}$; в биохимическом анализе крови: общий белок 55 г/л, остальные показатели в норме. При ультразвуковом исследовании обнаружено большое количество жидкости в брюшной полости. Проведена диагностическая лапароскопия: в брюшной полости определяется выпот в количестве 2 литров, прозрачный, желтый (взят на цитологию). Брюшина не изменена. Печень гладкая, без макроскопических изменений, селезенка не изменена. В брыжейке кишки увеличенных лимфоузлов не определяется. В дистальных отделах тонкой кишки стенка утолщена за счет отека, гиперемирована с мелкими кровоизлияниями. Патологических образований в брюшной полости не определяется. Цитология асцитической жидкости: атипичные клетки не обнаружены, отмечается умеренное количество лимфоцитов, макрофагов и эозинофилов; количество общего белка повышено до 56,5 г/л. С января 2018 г. родители самостоятельно расширили диету ребенка: введены вишневое варенье, красные яблоки, на этом фоне отмечено ухудшение состояния – вновь появилась примесь крови в стуле. В марте 2018 г. девочка повторно госпитализирована. Стул тогда был 2 раза в день, кашицеобразный, с примесью крови в виде капель и прожилок на поверхности кала. В клиническом анализе крови отмечено увеличение скорости оседания эритроцитов до 20 мм/ч, в биохимическом анализе крови небольшая гипопротейнемия – 61 г/л; коагулограмма в пределах нормы; IgE общий и специфические в норме; антитела к тканевой трансглутаминазе, диамирированному пептиду глиадин (на целиакию) – в пределах нормы; кальпротектин в кале – более 600 мкг/г; иммуноферментный анализ на токсины А и В *Clostridium difficile* в кале отрицателен. ASCA, ANCA – отрицательны. Проведена ЭГДС. Заключение – эндоскопическая картина соответствует геморрагическому гастриту. Гистологически обнаружена инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки желудка с большим количеством эозинофилов (более 20 в поле зрения при большом увеличении).

Илеоколоноскопия: терминальный илеит (гиперплазия лимфоидных фолликулов в подвздошной кишке), катарально-фолликулярный колит. Гистологически: в слизистой оболочке толстой кишки умеренно выраженная инфильтрация, количество эозинофилов до 50 в поле зрения (толстая кишка) и более 30 в поле зрения (тонкая кишка).

Задание

1. Ваш диагноз.

- a) эозинофильный гастрит, эозинофильный илеоколит. Осложнения: асцит. (*)
- b) Болезнь Крона
- c) Язвенный колит
- d) Аллергический гастрит, энтероколит

2. Назначьте лечение (диетотерапию).

- a) Диета с исключением белка коровьего молока, яиц, курицы, пшеницы, орехов, рыбы и морепродуктов, красных яблок, вишни (*).
- b) введена аминокислотная смесь, например, Неокейт Джуниор или Комидаген плюс (*).
- c) Частично гидролизованные смеси
- d) Высокогидролизованные смеси

3. Медикаментозное лечение

- a) преднизолон 40 мг с постепенным снижением в течение 2 месяцев (*).
- b) Антигистаминные препараты
- c) Ингибиторы протонной помпы (омепразол/рабепразол/эзомепразол) (*).
- d) Ингибитор фактора некроза опухоли (инфликсимаб)

ЗАДАЧА №4

Мальчик Н., 11 лет поступил в стационар с жалобами на отсутствие прибавки массы тела, крайне низкие темпы роста, сниженный объем питания при сохранном аппетите.

Анамнез. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей на фоне острой респираторной вирусной инфекции в I триместре, железодефицитной анемии во II и III триместрах, многоводия по результатам ультразвукового исследования в III триместре; от 2-х срочных родов (39–40 нед) оперативным разрешением путем кесарева сечения (выпадение петель пуповины). По шкале Апгар 5/6 баллов. Масса 3100 г, длина 51 см. Крайне тяжелое течение неонатального периода: острая асфиксия в родах. Гипоксически-ишемическое поражение центральной нервной системы. Судорожный синдром. Отек вещества головного мозга. С рождения наблюдается в связи с тяжелым

органическим поражением центральной нервной системы, детским церебральным параличом – двойная гемиплегия, бульбарно-псевдобульбарный синдром, грубой задержкой психомоторного развития, тяжелой белково-энергетической недостаточностью (церебральная кахексия). У ребенка неоднократно предпринимались попытки коррекции тяжелой недостаточности питания назначением высокобелковых высококалорийных смесей – на этом фоне отмечался обратный эффект в виде снижения массы тела, аппетита. При попытке введения в рацион высокогидролизной смеси отмечались небольшие прибавки в массе тела, однако колебания в массе тела были нестойкими. Отмечались поперхивания при кормлении, гиперсаливация. При попытке расширения данного рациона – отказ от еды, беспокойство ребенка. По данным проведенного в стационаре обследования: общий анализ крови – без патологии, эозинофилии не отмечается. *Рентгеноскопия и рентгенография желудка и ДПК с контрастированием:* рентгенологическая картина каскадного желудка. *Эзофагогастро-дуоденоскопия:* пищевод свободно проходим, просвет умеренно деформирован, извитой, в просвете умеренное количество слизи. Видимая слизистая пищевода розовая, складки равномерные. Кардия смыкается неполностью. Заключение: недостаточность кардии. Умеренная деформация просвета пищевода (за счет деформации позвоночника). Бульбит. Дуоденит.

Взята биопсия:

- 1) 2 фрагмента из ДПК – $0,3 \times 0,3$ и $0,2 \times 0,2$ см;
- 2) 1 фрагмент из антрального отдела желудка – мелкий фрагмент ткани $0,2 \times 0,1$ см;
- 3) 2 фрагмента из нижней трети пищевода – фрагменты ткани по $0,3 \times 0,3$ см.

Микроморфологическое исследование: в препаратах мелкие фрагменты слизистой оболочки пищевода, представленные многослойным плоским эпителием. Дистрофия и участки десквамации клеток поверхностных слоев многослойного плоского эпителия. Зоны паракератоза. Высота сосудистых сосочков снижена. Гиперплазия клеток базального слоя. Межклеточные пространства существенно расширены. В них часто встречаются лимфоциты и эозинофилы (до 20 в поле зрения). Подслизистая основа фиброзирована и слабо инфильтрирована лимфоцитами и плазмócитами с примесью эозинофилов. В ней расположены единичные концевые отделы кардиальных желез пищевода. В области розетки кардии – мелкие участки, выстланные клетками высокого цилиндрического эпителия желудочного типа.

Задание

1. Ваш диагноз.

- a) Эозинофильный эзофагит (*)
- b) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
- c) Хронический гастродуоденит

2. Назначьте лечение

- a) Диета с исключением продуктов, содержащих белок коровьего молока и глютена.
- b) Элементарная диета (аминокислотная смесь), глюкокортикостероиды, ингибиторы протонной помпы (омепразол/рабепразол/эзомепразол) (*).
- c) Частично гидролизованные смеси, антигистаминные препараты
- d) Высокогидролизованные смеси, антитела к фактору некроза опухоли (инфликсимаб)