

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
"ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

Богомолова И.С.

«29» октября 2018 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**Дисциплины по выбору «Вскармливание, питание  
здоровых и больных детей»**

**направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина  
направленность Педиатрия**

Квалификация выпускника:  
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:  
заочная

Н.Новгород  
2018

Рабочая программа разработана в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» высшего образования, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «03» сентября 2014г. №1200

**Составители рабочей программы:**

Лукушкина Елена Федоровна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии.

Власова Ирина Николаевна, к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии.

Программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры **факультетской и поликлинической педиатрии. протокол № 1, от «28» августа 2018 года.**

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Лукушкин Лукушкина Е.Ф.  
«28» августа 2018г.

СОГЛАСОВАНО:

Заведующий отделом аспирантуры Московцева Московцева О.М.  
«10» сентября 2018г.

## **1. Цель и задачи освоения дисциплины. Место дисциплины в структуре образовательной программы.**

**1.1. Целью освоения дисциплины** является совершенствование и приобретение современных знаний, теоретических и практических навыков по вопросам организации вскармливания и питания здоровых и больных детей раннего возраста; социальным условиям, обеспечивающим последовательное развитие и совершенствование их пищевого поведения, диетопрофилактике алиментарно-зависимых заболеваний, которые позволят аспирантам проводить научные исследования по теме диссертации, подготовят врачей - исследователей и научно - педагогические кадры для работы в практическом здравоохранении, научно - исследовательских учреждениях и для преподавания в медицинских вузах.

Поставленная цель реализуется через участие в формировании следующих компетенций: УК-1, УК-5, ПК-5;

### **Задачи дисциплины:**

Врач-исследователь должен приобрести знания, позволяющие своевременно диагностировать заболевания у детей, грамотно формулировать диагноз в соответствии с современной классификацией и требованиями МКБ -10, проводить адекватное лечение, умение и диспансерное наблюдение больных и осуществлять профилактику.

Врач-исследователь должен уметь обобщать и систематизировать полученные результаты обследования больных раннего возраста, корректно дискутировать и полемизировать с коллегами по этим вопросам, уметь работать с научной и учебно-методической литературой.

Врач-исследователь должен владеть практическими навыками формирования здорового, рационального и сбалансированного питания, профилактике и предупреждения алиментарно-зависимых заболеваний у детей и подростков,

В результате изучения дисциплины аспирант должен

### **Знать:**

- методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в области современных подходов в организации рационального питания
- этические нормы в профессиональной деятельности
- методы научно-исследовательской деятельности;

### **Уметь:**

- при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации, исходя из наличных ресурсов и ограничений;
- использовать этические нормы в профессиональной деятельности;
- анализировать и интерпретировать полученные теоретические знания на процессы, развивающиеся при патологических состояниях у детей;

### **Владеть:**

- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- приемами и технологиями применения этических норм для решения профессиональных задач;
- технологиями организации проведения прикладных научных исследований, направленных на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека;

## 1.2. Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Вскармливание, питание здоровых и больных детей» относится к вариативной части программы по направлению подготовки высшего образования, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.06.2014 г №871, по специальности 31.06.01. «Клиническая медицина», входящего в Блок 2 ФГОС ВО.

### 2. Требования к результатам освоения дисциплины.

Изучение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общеобразовательных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№ n/n	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)
Универсальные компетенции		
1.	УК-1	Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях
2.	УК-5	Способность следовать этическим нормам в профессиональной деятельности
Профессиональные компетенции		
1	ПК-5	способность критически анализировать результаты научного исследования и на их основе синтезировать новые знания в области педиатрии

### 3. Содержание дисциплины. Распределение трудоемкости дисциплины.

#### 3.1. Содержание дисциплины:

№	Наименование раздела	код компетенции	Содержание раздела
1.	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».	УК-1 УК-5 ПК -5	Характер питания ребенка в критические периоды жизни предопределяет (программирует) особенности его метаболизма на протяжении всей последующей жизни, и, как следствие, к определенным заболеваниям и особенностям их течения. Значение концепции трех «ОМ» (Геном-Эпигеном - Микробиом) в формировании метаболического программирования.
2.	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.	УК-1 УК-5 ПК -5	Программирование - «оставлять след», термин введенный К. Лоренцем, обозначающий способность новорожденных впервые часы, дни жизни автоматически фиксировать отличительные признаки. Понятие, отражающее длительные, иногда пожизненные последствия действия стимулов окружающей среды в критические периоды детства. Идеальным питанием для ребенка на ранних этапах развития является грудное молоко.

			<p>Это оптимальный источник энергии, макро- и микронутриентов, биологически активных веществ, необходимых для роста и развития ребенка, при условии адекватного рационального питания кормящей матери. Но грудное молоко обеспечивает не только оптимальные темпы роста, но и защиту ребенка от инфекционных и аллергических заболеваний, способствует формированию центральной нервной, пищеварительной и других систем, становлению кишечной микробиоты.</p>
3.	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.	УК-1 УК-5 ПК -5	<p>К концу первого полугодия жизни грудное молоко не способно покрыть потребности растущего организма, как в энергии, так и питательных веществах. Это и определяет необходимость введения прикорма. Период введения прикорма важен и для формирования пищевых предпочтений и пищевого поведения ребенка. Прикорм, с точки зрения современных представлений, является важнейшим долговременным фактором, оказывающим влияние на состояние здоровья. Рассматриваются вопросы, обсуждаемые, как в отечественной, так и зарубежной литературе «когда», «что» и «зачем».</p>
4.	Питание детей старше года. Национальная программа.	УК-1 УК-5 ПК -5	<p>Первые 1000 дней жизни- критический период, когда питание и другие внешние факторы, имеющие эпигенетическое влияние, определяют пути реализации генетической программы, программируют будущее здоровье. В этом возрастном периоде нередко нарушаются принципы рационального питания. В период от 1 до 3 лет сохраняются высокие темпы роста, развития ребенка, продолжается совершенствование функций отдельных органов и систем организма, что требует адекватного поступления пищевых веществ и энергии, обеспечивающих эти процессы.</p>
5.	Специализированные продукты питания для детей старше года.	УК-1 УК-5 ПК -5	<p>Возрастной период от 1 года до 3 лет жизни — ответственный этап перехода к взрослому типу питания, имеющий определенные особенности. Чтобы перевод ребенка на «общий стол» был постепенным и не оказывал негативного влияния на состояние его здоровья, в современной детской нутрициологии появилось новое научное направление — создание специальных</p>

			<p>продуктов для детей в возрасте от 1 года до 3 лет. Потребность и характеристика пищевых веществ и их значение для детского организма старше года. Молочные смеси (третьи и четвертые формулы) для детей старше 1 года жизни. Основные виды продуктов детского питания промышленного производства для детей 1–3-х лет. Формирование правильного пищевого поведения. Принципы составления индивидуального рациона.</p>
6.	<p>Отдаленные последствия неадекватного вскармливания</p>	<p>УК-1 УК-5 ПК -5</p>	<p>Согласно официальной статистике, в России 50% детей первого года жизни не получают грудное молоко. Период внутриутробного и раннего постнатального развития – критическое окно для импринтинга. Нарушения питания в этот критический период могут перманентно изменять метаболизм. Эти нарушения формируют риск развития метаболического синдрома - ожирение, повышение А/Д, инсулин-резистентный диабет атеросклероз, атопию, продолжительность жизни.</p>
7.	<p>Современные аспекты профилактики пищевой аллергии</p> <p>Вскармливание детей с АБКМ</p>	<p>УК-1 УК-5 ПК -5</p>	<p>Наибольшая распространенность пищевой аллергии отмечается у детей первых 2-х лет жизни и составляет 6-8%. В настоящее время установлено более 160 пищевых аллергенов, вызывающих IgE-опосредованные аллергические реакции у детей. Выявление сенсibilизации к пищевым аллергенам (IgE, IgG4, кожные пробы, провокационные пробы) является показанием для частичного или полного исключения из питания ребенка продуктов В настоящее время, не оправдано как избегание, так и поощрение введения потенциально аллергенных продуктов независимо от наличия или отсутствия наследственной предрасположенности. Однако, при пищевой аллергии диетотерапия служит важнейшей составляющей комплексной терапии, поскольку является патогенетическим методом лечения. Правильно построенное питание позволяет снизить лекарственную нагрузку на организм ребенка, способствует более быстрому достижению и поддержанию ремиссии заболевания. У детей первого года жизни одним из первых аллергенов, вызывающих развитие</p>

			пищевой аллергии, является коровье молоко. Аллергия к БКМ у детей первого года, находящихся на естественном вскармливании, встречается у 0,5-1,5% младенцев, до 2-5% - на искусственном вскармливании. У больных с атопическим дерматитом 70-85% случаев выявляется аллергия к БКМ. При пищевой аллергии диетотерапия служит важнейшей составляющей комплексной терапии, поскольку является патогенетическим методом лечения, направленным на предупреждение возникновения атопии у грудных детей с генетически детерминированным высоким «риском» и предпринимать соответствующие профилактические меры еще до рождения ребенка.
8.	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения.	УК-1 УК-5 ПК -5	Функциональные нарушения пищеварения - разнообразная комбинация постоянных или повторяющихся симптомов, которые не могут быть объяснены структурными или биохимическими нарушениями. Анатомические особенности верхних отделов пищеварительного тракта у детей грудного возраста Римские критерии IV пересмотра от 2016 г. Функциональные нарушения пищеварения: дети раннего возраста - новорожденные и младенцы (G) и дети и подростки (H). Причины функциональных расстройств ЖКТ у детей раннего возраста. Признаки функциональных расстройств у грудных детей. Диагностические критерии. Лечебные смеси.
9.	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.	УК-1 УК-5 ПК -5	Синдромом мальабсорбции (СМА) называют комплекс симптомов, который обусловлен расстройством пристеночного, полостного или мембранного пищеварения, а также нарушением транспортировки некоторых веществ в тонком кишечнике: целиакия (непереносимость растительного белка глютена), мальабсорбция жиров и недостаточность дисахаридаз (в большей мере лактозы). Синдром мальабсорбции у детей раннего возраста может стать причиной развития очень тяжелых расстройств процессов метаболизма, а также нарушений физического и психического развития ребенка. Основным способом лечения детей с синдромом

			мальабсорбции является правильно подобранная диета, основанная на точном определении и полном исключении продукта, вызывающего начало заболевания. Для достижения положительного результата необходим индивидуальный подбор лечебной смеси, рациона с включением продуктов в полной мере энергетически замещающих исключенный.
--	--	--	--

### 3.2. Распределение трудоемкости дисциплины и видов учебной работы по годам:

Вид учебной работы	Трудоемкость		Трудоемкость по годам (АЧ)		
	объем в зачетных единицах (ЗЕ)	объем в академических часах (АЧ)	2	3	4
Аудиторная работа, в том числе	<b>0,3</b>	<b>10</b>	-	10	-
Лекции (Л)		<b>2</b>	-	2	-
Семинарские занятия (СЗ)/Практические занятия (ПЗ)		<b>8</b>	-	8	-
Самостоятельная работа аспиранта (СР)	<b>2,7</b>	<b>98</b>	-	98	-
Промежуточная аттестация					
Зачет/Экзамен(указать вид)			-	Зачет	-
<b>ИТОГО</b>	<b>3</b>	<b>108</b>	-	108	-

### 3.3. Разделы дисциплины, виды учебной работы и формы текущего контроля:

n/№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды учебной работы (в АЧ)				Оценочные средства*
			Л	СЗ/ПЗ	СРС	всего	
1.	III	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».	1	2	10	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
2.	III	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.	1	2	12	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
3.	III	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.	-		12	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
4.	III	Питание детей старше года.	-		10	12	собеседование



		Национальная программа.					ие. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
5.	III	Специализированные продукты питания для детей старше года.	-		12	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
6.	IV	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания	-	2	10	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
7.	IV	Современные аспекты профилактики пищевой аллергии. Вскармливание детей с АБКМ.	-	2	12	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
8.	IV	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения	-	-	10	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
9.	IV	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.	-	-	10	12	собеседование. презентации (рефераты), тесты, мини-кейсы
		<i>ВСЕГО</i>	2	8	98	108	

*\*согласовать с пунктом 4.1*

#### 3.4. Распределение лекций по годам:

n/№	Наименование тем лекций	Объем в АЧ		
		1год	2год	3год
1.	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».		1	
2.	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.		1	
3.	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.		-	
4.	Питание детей старше года. Национальная программа.		-	

5.	Специализированные продукты питания для детей старше года.		-	
6.	Современные аспекты профилактики пищевой аллергии. Вскармливание детей с АБКМ.		-	
7.	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания		-	
8.	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения		-	
9.	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.		-	
...	ИТОГО (всего - АЧ)		2	

### 3.5. Распределение тем семинарских/практических занятий по годам:

n/№	Наименование тем занятий	Объем в АЧ		
		1год	2год	3год
1.	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».		2	
2.	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.		2	
3.	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.			
4.	Питание детей старше года. Национальная программа.			
5.	Специализированные продукты питания для детей старше года.			
6.	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания		2	
7.	Современные аспекты профилактики пищевой аллергии Вскармливание детей с АБКМ.		2	
8.	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения		-	
9.	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.		-	
...	ИТОГО (всего - АЧ)		8	

### 3.6. Распределение самостоятельной работы (СР) по видам и годам:

n/№	Наименование вида СР	код компетенции	Объем в АЧ		
			1	2	3
1	Проработка конспекта лекций	УК-1 ; УК-5; ПК -5		18	
2	Чтение текста учебника, дополнительной литературы, электронных образовательных ресурсов	УК-1; УК-5; ПК -5		20	
3	Ответы на вопросы по самоподготовке	УК-1; УК-5; ПК -5		15	
4.	Написание реферата	УК-1; УК-5; ПК -5		20	
5.	Подготовка презентаций	УК-1; УК-5; ПК -5		25	

...	ИТОГО: (всего - АЧ)		98	
-----	---------------------	--	----	--

#### 4. Оценочные средства для контроля успеваемости и результатов освоения дисциплины.

4.1. Формы текущего контроля и промежуточной аттестации, виды оценочных средств:

№ п/п	№ года	Формы контроля*	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства		
				Виды**	Кол-во вопросов в заданиях	Кол-во независимых вариантов
1.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы;</i>	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».	<i>собеседование реферат,</i>	5	5
2.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы;</i>	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.	<i>собеседование по ситуационным задачам/кейсы тестирование</i>	5  20	5  5
3.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы; зачет</i>	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.	<i>собеседование по ситуационным задачам/кейсы тестирование</i>	5  20	5  5
5.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента,</i>	Питание детей старше года. Национальная программа.	<i>собеседование по ситуационным задачам/кейсы, индивидуа</i>	5	5

		<i>контроль освоения темы;</i>		<i>льные задания, реферат</i>		
6.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы; зачет</i>	Специализированные продукты питания для детей старше года.	<i>индивидуальные задания, реферат, индивидуальные задания,</i>	5	5
		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы; зачет</i>	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания	<i>индивидуальные задания, реферат, индивидуальные задания,</i>	5	5
7.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы;</i>	Современные аспекты профилактики пищевой аллергии. Вскармливание детей с АБКМ.	<i>собеседование по ситуационным задачам/кейсы, тестирование</i>	5 20	5 20
8.		<i>текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы;</i>	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения	<i>собеседование по ситуационным задачам/кейсы тестирование индивидуальные задания,</i>	5 20	5 20
9.		<i>текущий контроль:</i>	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.	<i>собеседование по ситуацио</i>	5	5

		самостоятельной работы студента, контроль освоения темы; зачет		ными задачам/к ейсы тестирование индивидуальные задания,	20	20
...						

*\*виды форм контроля:*

*-текущий контроль: контроль самостоятельной работы студента, контроль освоения темы;*

*-промежуточная аттестация: зачет, экзамен ;*

*\*\*виды оценочных средств, которые могут быть использованы при освоении компетенций: коллоквиум, контрольная работа, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные задания, реферат, эссе и т.д.*

#### 4.2. Примеры оценочных средств:

Тестовые задания

##### 01. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) введение белков молочной сыворотки
- Б) увеличение содержания белка
- В) снижение содержания лактозы
- Г) введение аминокислоты серин

ОТВЕТ : А

##### 02. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

- А) 9-11 месяца
- Б) 3-6 месяцев
- В) 12-24 месяца
- Г) чем дольше, тем лучше

ОТВЕТ : А

##### 03. В ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ:

- А) Алфаре Аллерджи
- Б) Нутрилак НА
- В) NAN НА
- Г) Нутрилон Пепти Аллергия
- Д) Алфаре Амино
- Е) Нутрилон Комфорт

ОТВЕТ : АГ

##### 04. ВЫБЕРЕТЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ДЛЯ КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ:

- А) кисломолочные продукты и йогурты с фруктовыми наполнителями
- Б) сливки, сметана
- В) крупы
- Г) морепродукты

- Д) грибы
  - Е) тропические плоды, клубника
- ОТВЕТ : ДЕ

05. ВЫБЕРЕТЕ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ВЫСОКО ГИДРОЛИЗОВАННОГО МОЛОЧНОГО БЕЛКА::

- А) Алфаре Амино
  - Б) Нутрилон Пепти Гастро
  - В) Нутрилак НА
  - Г) NAN НА
  - Д) Нутрилон Комфорт
  - Е) Неокейт
- ОТВЕТ : АБЕ

06. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ГИПОТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕСТИ

- А) кашу
  - Б) овощное пюре
  - В) мясной фарш
  - Г) творог
- ОТВЕТ : А

07. В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) пшено
  - Б) овес
  - В) рожь
  - Г) ячмень
- ОТВЕТ : А

08. К НЕАЛЛЕРГЕННЫМ ФАКТОРАМ, СПОСОБНЫМ ВЫЗВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- А) психоэмоциональные нагрузки
  - Б) психологический стресс
  - В) табачный дым
  - Г) пищевые добавки
  - Д) вакцинация
  - Е) нарушения правил режима и ухода за кожей
- ОТВЕТ : АВГ

09. БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- А) пожизненно
  - Б) в активный период заболевания
  - В) до наступления периода полной ремиссии
  - Г) в течение двух лет периода ремиссии
- ОТВЕТ : А

10. ПРИ ОБОСТРЕНИИ КОЖНОГО ПРОЦЕССА ТСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ:

- А) PRIST
- Б) RAST
- В) PRIC –тест
- Г) IFA

ОТВЕТ : АБГ

11.МАЛЬАБСОРБЦИЯ РАСЩЕПЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИАДИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ФРАГМЕНТАМ ГЛЮТЕНА ЗЛАКОВЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А) болезни Ги – Гертера – Гейбнера и нетропического спру
- Б) порфирии
- В) галактоземии
- Г) голодания

ОТВЕТ : А

12.НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ПРЕПАРАТОВ. ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

- А) препараты для наружной терапии
- Б) инфузионная терапия
- В) диуретики
- Г) противовирусные препараты
- Д) антигистаминные препараты
- Е) ноотропы

ОТВЕТ : АД

13.МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ СО СЛАБОЙ СТЕПЕНЬЮ АЛЛЕРГИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТИ

- А)баранина
- Б)свинина
- В)индейка
- Г)конина
- Д)кролик

ОТВЕТ : АД

14.ТЕРМИНОМ «РУМИНАЦИЯ» ОБОЗНАЧАЮТ:

- А) внезапное опорожнение содержимого желудка и 12-ти перстной кишки
- Б) обильную рвоту только съеденной что пищей
- В) привычку срыгивать часть желудочного содержимого в полость рта, пережевывать и вновь заглатывать без патологических последствий
- Г) болезненный крик во время еды

ОТВЕТ : В

15.В КОПРОСКОПИИ ПРИ ЖИРОВОЙ ДИАРЕИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:

- А) йодофильная флора, слизь, крахмал, снижение детрита
- Б) нейтральный жир, свободные жирные кислоты, небольшое количество слизи, снижение детрита
- В) мышечные волокна, слизь, снижение детрита

ОТВЕТ : Б

16. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

- А) разрешаются всегда
- Б) запрещаются
- В) разрешаются лишь после консультации невролога
- Г) разрешаются, если нет срыгиваний

ОТВЕТ : А

17. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) мутация гена филлагрина
- Б) низкая сухость воздуха в помещении
- В) недостаточный уход за кожей ребенка в периоде новорожденности

ОТВЕТ : А

18. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) антигистаминные препараты 2 поколения
- Б) антигистаминные препараты 1 поколения
- В) системные глюкокортикостероиды
- Г) местные глюкокортикостероиды

ОТВЕТ : А

19. НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ММОЛЬ/Л

- А) 40-60
- Б) 80-100
- В) 100-150
- Г) 150-200

ОТВЕТ : А

20. ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ПРОВОДИТСЯ:

- А) кисломолочными смесями
- Б) гипоаллергенными смесями
- В) смесями на основе полного гидролиза белка

ОТВЕТ : В

## МИНИ-КЕЙСЫ

### 1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА [К003110]

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### Основная часть

На приёме врача-педиатра участкового мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок 1,0×1,5 см, не напряжен. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2.

Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего



отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC–5,6×10<sup>9</sup>/л, RBC–3,2×10<sup>12</sup>/л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0мкм<sup>3</sup>, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – 340,0×10<sup>9</sup>/л, NEU-30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий- плоский 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии.

Выраженный метеоризм.

#### ВОПРОСЫ:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

#### ОТВЕТ НА СИТУАЦИОННУЮ ЗАДАЧУ 1 [K003110]

1. Целиакия, симптомная (типичная) форма, активный период (клиническая манифестация)

2. Диагноз «целиакия» установлен на основании:

жалоб родителей на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, анорексию, данных анамнеза (появление симптомов связано с введением в рацион глютенсодержащих продуктов - овсяной каши), наличия клинико-лабораторных проявлений: дефицит массы, анемический синдром, стеаторея 2 типа, метеоризм.

3. Госпитализация в стационар гастроэнтерологического или педиатрического профиля.

4. Аглиадиновая диета (строгая, пожизненная). Исключаются рожь, пшеница, овес, ячмень и продукты, их содержащие. Разрешаются рис, кукуруза, гречка, пшено.

5. 1) Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу-гастроэнтерологу для дальнейшего наблюдения.

2) Стандарт наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, определение сроков вакцинации осуществляет врач-педиатр участковый. После установления диагноза в течение первых двух лет ребёнок осматривается – 1 раз в 6 месяцев, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

#### 2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 149 [K003111]

##### Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

##### Основная часть

На приёме повторно мама с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный. При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко. Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту. Аллергоанамнез неотягощён. Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отёков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью

#### **ВОПРОСЫ**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

#### **ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ 2 [К003111]**

1. Первичная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, затем в питание добавлена смесь «НАН», после чего стул улучшился; отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.
3. - Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ);  
- биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа);  
- определение уровня экскреции углеводов с калом;

- копрологическое исследование;
- водородный дыхательный тест;
- анализа кала на микрофлору;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- консультация врачом-генетиком.

4. 1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание.

2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар

3) сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребенка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребенку ферментированное молоко. Приложить ребенка к груди.

5. Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клиничко-лабораторной ремиссии, или по эпидемиологическим показаниям.

## 5. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (печатные, электронные издания, интернет и другие сетевые ресурсы).

### 5.1. Перечень основной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров		В электронном каталоге есть/нет
		В библиотеке	На кафедре	
1.	Детское питание : руководство для врачей / ред. В. А. Тутельян, И. Я. Конь. – М. : Медицинское информационное агентство, 2009. – 952 с.	2	2	есть
2.	Клиническая диетология детского возраста : руководство для врачей / под ред. Т. Э. Боровик, К. С. Ладодо. – М. : Медицинское информационное агентство, 2008. – 608 с	3		нет

### 5.2. Дополнительная литература:

	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров		В электронном каталоге есть/нет
		В библиотеке	На кафедре	
1.	Боровик, Т. Э. Питание матери и ребенка: сборник для педиатров и специалистов по детскому питанию / Т. Э. Боровик. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 329 с.	1	2	есть
2.	Питание здорового ребенка : руководство / Р. Р. Кильдиярова. 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с.		3	есть
3.	Детская гастроэнтерология : руководство для врачей / ред. Н. П.		1	есть

	Шабалов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2013. – 760 с			
4.	Детская гастроэнтерология: руководство. Авдеева Т.Г., Рябухин Ю.В., Парменова Л.П., Крутикова Н.Ю., Жлобницкая Л.А. 2011. - 192 с.			есть
5.	Гастроэнтерология. Национальное руководство : краткое издание / ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 480 с.	1	1	есть
6.	Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Р. Р. Кильдиярова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с			есть
7.	Педиатрия : национальное руководство : краткое издание / Союз педиатров России ; под ред. А. А. Баранов. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 768 с.		1	есть

\*\*\*Основная литература (только из списка литературы, содержащейся в библиотечном фонде), год издания должен быть в период не позднее 10 лет от текущего года, для дисциплин гуманитарного, социального и экономического цикла - 5 лет, учебные пособия - 5 лет.

### 5.3. Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

#### 5.3.1. Внутренняя электронная библиотечная система университета (ВЭБС) (на базе ПК «Либэр. Электронная библиотека»)

Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
Внутренняя электронная библиотечная система (ВЭБС)	Труды профессорско-преподавательского состава университета: учебники и учебные пособия, монографии, сборники научных трудов, научные статьи, диссертации, авторефераты диссертаций, патенты.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничено

#### 5.3.2. Доступы, приобретенные ПИМУ

№ п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа	Количество пользователей
1.	БД «Медицина. Здравоохранение (ВПО)»	Учебная литература + дополнительные материалы (аудио-, видео-,	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по	Не ограничен о – до

	(ЭБС «Консультант студента»)	интерактивные материалы, тестовые задания) для высшего медицинского и фармацевтического образования	индивидуальному логину и паролю	31.12.2018)
2.	Электронная библиотечная система «BookUp»	Учебная и научная медицинская литература российских издательств, в т.ч. переводы зарубежных изданий	с компьютеров университета; с любого компьютера, находящегося в сети Интернет по индивидуальному логину и паролю Для чтения доступны издания, на которые оформлена подписка.	Не ограничен о – до 31.12.2018
3.	Электронная медицинская библиотека «Консультант врача»	Национальные руководства по всем направлениям медицины, клинические рекомендации, учебные пособия, монографии, атласы, фармацевтические справочники, аудио- и видеоматериалы, МКБ-10 и АТХ, последние публикации в зарубежных журналах с краткими аннотациями на русском языке	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Ограничено (50 доступов) – до 31.12.2018
4.	Электронная справочно-правовая система «Консультант Плюс»	Нормативные документы, регламентирующие деятельность медицинских и фармацевтических учреждений	с компьютеров научной библиотеки	Не ограничен о
5.	Отечественные электронные периодические издания	Периодические издания медицинской тематики	с компьютеров университета на платформе НАУЧНОЙ электронной библиотеки eLIBRARY.RU Для чтения доступны издания, на которые оформлена подписка.	Не ограничен о – до 31.12.2018
6.	БД Medline Complete	Зарубежная полнотекстовая база статей из научных периодических изданий и сборников медицинской и естественно-научной тематики	с компьютеров университета; с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничен о – до 31.12.2018
7.	Электронная коллекция	Полнотекстовые научные издания (журналы, книги,	с компьютеров университета	Не ограничен

	издательства Springer	статьи, научные протоколы, материалы конференций и др.) по естественно-научным, медицинским и гуманитарным наукам		о – до 31.12.2018
8.	Электронная коллекция «Freedom» на платформе Science Direct	Книги и периодические издания издательства «Elsevier» по естественно-научным, медицинским и гуманитарным наукам	с компьютеров университета	Не ограничен о – до 31.12.2018
9.	БД Scopus	Международная реферативная база данных научного цитирования	с компьютеров университета	Не ограничен о – до 31.12.2018
10.	БД Web of Science Core Collection	Международная реферативная база данных научного цитирования	с компьютеров университета; с любого компьютера, находящегося в сети Интернет, по индивидуальному логину и паролю	Не ограничен о – до 31.12.2018
11.	БД Questel Orbit	Патентная база данных компании Questel	с компьютеров университета	Не ограничен о – до 31.12.2018

### 5.3.3. Ресурсы открытого доступа (указаны основные)

№ п/п	Наименование электронного ресурса	Краткая характеристика (контент)	Условия доступа
1.	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)	Включает электронные аналоги печатных изданий и оригинальные электронные издания, не имеющие аналогов, зафиксированных на иных носителях (диссертации, авторефераты, книги, журналы и т.д.).	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
2.	Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU	Крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты научных статей и публикаций.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет.

3.	Научная электронная библиотека открытого доступа КиберЛенинка	Полные тексты научных статей с аннотациями, публикуемые в научных журналах России и ближнего зарубежья.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
4.	Российская государственная библиотека (РГБ)	Авторефераты, для которых имеются авторские договоры с разрешением на их открытую публикацию	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет
5.	Справочно-правовая система «Консультант Плюс»	Федеральное и региональное законодательство, судебная практика, финансовые консультации, комментарии законодательства и др.	с любого компьютера, находящегося в сети Интернет

**5.4. Образовательные технологии в интерактивной форме, используемые в процессе преподавания дисциплины:**

<i>№</i>	<i>Наименование раздела</i>	<i>Формы занятий с исп-м активных и интерактивных образ-х технологий</i>	<i>Трудоемкость (час)</i>
1	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».	ситуационная задача/ситуация конкретныХ ситуаций проблемная кейс/анализ	4
2	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.	ситуационная задача/ситуация конкретныХ ситуаций проблемная кейс/анализ	4
3	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.	ситуационная задача/ситуация конкретныХ ситуаций проблемная кейс/анализ	4
4.	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания	ситуационная задача/ситуация конкретныХ ситуаций проблемная кейс/анализ	4
5.	Питание детей старше года. Национальная программа.	дискуссия/ конкретныХ ситуаций анализ	4
6.	Специализированные продукты питания для детей старше года.	ситуационная задача/ситуация конкретныХ ситуаций проблемная кейс/анализ	4
7.	Современные аспекты профилактики пищевой	ситуационная задача/ситуация кейс/анализ проблемная	4

	аллергии.	конкретных ситуаций	
8.	Вскармливание детей с АБКМ.	ситуационная задача/ситуация конкретных ситуаций	4
9.	Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения	ситуационная задача/ситуация конкретных ситуаций	4
10.	Вскармливание детей с синдромом малабсорбции.	ситуационная задача/ситуация конкретных ситуаций	4

### Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

#### КЕЙСЫ

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА/КЕЙС 1 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

##### Основная часть

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог. Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта.

Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}/л$ , Ц. п. - 0,75, лейкоциты –  $6,4 \times 10^9/л$ , палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л.

Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 AU/мл; Анти IgG – 10 AU/мл.



**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА/КЕЙС 2****ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ****Основная часть**

На амбулаторном приёме девочка 4-х месяцев жизни, рождённая от V беременности II срочных родов, первая беременность закончилась выкидышем, последующие беременности – мед. аборт, IV беременность закончилась срочными родами - мальчик 1,5 года.

Данная беременность протекала с гестозом I и II половины. В женской консультации на учете с 36 недели беременности. Роды срочные, без патологии.

Масса при рождении 3150 г, длина тела 49 см.

Ребёнок из неполной семьи.

Мать с детьми проживает в однокомнатной квартире. Материальное обеспечение семьи неудовлетворительное. Имеются вредные привычки. Индекс отягощённости наследственного анамнеза - 0,5.

С одного месяца ребёнок находится на искусственном вскармливании по причине гипогалактии у матери. Перенесённые заболевания ОРВИ - в 2 месяца жизни.

Привита по календарю.

При осмотре: отмечается бледность кожных покровов, повышенная потливость, небольшая мышечная гипотония, облысение затылка, краниотабес. Мама отмечает беспокойный сон. По другим внутренним органам и системам - без видимой патологии. Зубов нет.

Большой родничок 2,5 x 2,5 см, края податливы.

Масса тела - 5000 г (4), длина - 59 см (3).

Психометрия:

Аз - узнаёт близкого человека (радуется);

Ас - ищет источник звука, поворачивает голову в его сторону;

Э - появляется комплекс оживления в ответ на разговор с ним, смеётся в ответ на речевое общение с ним;

Д.р. - рассматривает, не захватывает игрушки, низко висящие над ней;

Д.о. – не удерживает голову в вертикальном положении, при поддержке за подмышки ноги не упираются о твердую опору;

Ра - гулит;

Н - во время кормления перестал поддерживать бутылочку руками.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и группу здоровья.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте рекомендации по питанию и физическим воздействиям данному ребёнку.
5. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА /КЕЙС 3 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась.

К груди приложен в родильном зале.

Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю.

Семья полная.

Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев НЬ-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Аппетит хороший.

По другим внутренним органам без патологии.

Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6).

Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия:

Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Р. а. – подолгу лепечет;

Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»);

Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

#### **Вопросы:**

1. Оцените критерии здоровья.

2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.

4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.

5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА /КЕЙС 4 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

На амбулаторном приёме девочка 8-ми месяцев жизни, родившаяся от 2-й беременности, протекавшей без патологии. Мать ребёнка состоит на диспансерном учёте у аллерголога по поводу аллергического ринита, отец страдает пищевой аллергией на цитрусовые.

Роды в 39 недель, срочные. Масса при рождении 3500 г, длина тела 52 см.

Оценка по шкале Апгар 7/7 баллов.

К груди девочка приложена через 2 часа. Пуповинный остаток отпал на 5 сутки.

Привита по возрасту. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены в родильном доме.

Семья полная, жилищно-бытовые условия и материальная обеспеченность семьи хорошие.

Индекс наследственной отягощённости - 0,6.

Находится на естественном вскармливании.

На осмотре участковый педиатр диагностировал пятнисто-папулезную сыпь на неизменном фоне кожи передней грудной клетки и живота, зудящего характера, без тенденции к слиянию.

По другим внутренним органам без патологии.

Со слов мамы, она ввела в рацион питания ребенка домашнюю клубнику.

Масса тела - 9000г (5), длина – 72 см (6).

Большой родничок 0,5,0х0,5 см, не выбухает.

Психометрия:

Э – смотрит на действия другого ребенка и смеется его действиям.

Д.о. – самостоятельно садится, ложится, встает, держась за барьер.

Др. – подолгу занимается игрушками, перекладывает их, подражает действиям взрослого.

Ра. – громко произносит различные слоги.

Рп. - на вопрос «где?» находит несколько предметов на постоянных местах.

Н. – ест самостоятельно корочку хлеба, пьет из чашки, которую придерживает взрослый.

**Вопросы:**

1. Оцените критерии здоровья.

2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.

3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.

4. Проведите профилактику пограничных состояний.

5. Перечислите профилактические прививки, которые должен иметь ребенок к 8 месячному возрасту?

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА/ КЕЙС 5 ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

### **Основная часть**

Врач-педиатр участковый пришел на патронаж к новорожденному ребенку.

Мальчику 5 дней жизни.

Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия).

Ребенок от срочных самопроизвольных родов, наблюдалось тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.

Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка.

Оценка по шкале Апгар - 5/8 баллов.

Масса тела 3600 г, длина - 51 см.

Желтушное окрашивание кожи появилось в начале вторых суток.

Группа крови матери и ребенка 0(1), Rh+, концентрация билирубина в сыворотке крови на 2-й день жизни: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - 3,4 мкмоль/л.

Выписан из роддома на 5 сутки с уровнем билирубина 120 мкмоль/л. Неонатальный и аудиологический скрининги проведены.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока.

Самостоятельно докармливает адаптированной молочной смесью (формула 1).

Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, тремор подбородка.

Физиологические рефлексы живые, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония.

Кожа лица и склеры субиктеричные.

Слизистые чистые.

Пупочная ранка чистая, сухая, отделяемого нет.

Большой родничок 2,5x2,5 см, не выбухает.

В лёгких ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.

Перкуторно - звук лёгочный.

Тоны сердца громкие, ритм правильный.

Живот мягкий, безболезненный.

Печень +1,5 см, селезёнка - у края рёберной дуги.

Стул разжиженный, 3 раза в сутки.

Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
2. Укажите факторы, которые повлияли на возникновение данной группы риска.
3. Дайте рекомендации маме по режиму и питанию на первый месяц жизни.
4. Составьте план наблюдения на 1 месяц жизни за ребёнком на участке.
5. Обоснуйте календарь проведения профилактических прививок данному ребёнку.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА/ КЕЙС 6  
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть**

Девочка 13 лет обратилась к врачу-педиатру участковому с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад.

Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. Острыми респираторными инфекциями болела часто, в течение последних 2-х лет заболеваемость участилась до 6-7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Питание нерегулярное. Девочка стала раздражительной, апатичной. Мenses нерегулярные с 12 лет, 5-7 дней, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранен. Питание удовлетворительное. Масса тела 33 кг. Формула полового развития МаЗР2Ах2МеЗ, 11,3 балла. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие. Ногти тусклые, поперечная исчерченность, слоистость. Слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфоузлы II – III степени. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка у края рёберной дуги. Стул оформленный, ежедневно.

В анализе мочи: рН - слабо кислая, белок 0,066г/л, лейкоциты – 4-5 в п/зр. В анализе периферической крови: гемоглобин – 80 г/л, эритроциты – 3,8x10<sup>12</sup>/л, ЦП-0,7, лейкоциты – 7,6x10<sup>9</sup>/л, базофилы-0%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные -59%, лимфоциты - 28%, моноциты - 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия +++ , анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++. МСН– 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме - 24-33 пг).

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз.
2. Что способствовало развитию данного заболевания?
3. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
4. Назначьте необходимое лечение и обоснуйте его.
5. Оцените эффективность проводимой терапии.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА / КЕЙС 7**

### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}$  /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах – MCH – 22 пг (норма 24-33 пг).

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА/ КЕЙС 8**

### **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

#### **Основная часть**

Мать с девочкой 11 месяцев пришла на профилактический приём к врачу-педиатру участковому. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время получает каши, преимущественно манную, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты –  $3,7 \times 10^{12}$  /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы – 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час;

гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах - МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения.

**6. Материально-техническое обеспечение дисциплины.**

**6.1. Материально-техническое обеспечение дисциплины:**

1. Лекционные залы (Большая аудитория ГБУЗ «НОДКБ», лекционный зал КДЦ «НОДКБ»);
2. Учебные комнаты для проведения практических занятий и семинаров;
3. Учебные комнаты для проведения клинико-практических занятий при изучении дисциплин (учебные комнаты в отделениях ГБУЗ «НОДКБ», КДЦ «НОДКБ»);
4. Кабинеты для проведения работы с пациентами, получающими медицинскую помощь. (КДЦ «НОДКБ», базовые детские поликлиники города Нижнего Новгорода);

**6.2. Перечень оборудования, необходимого для проведения аудиторных занятий по дисциплине.**

1. мультимедийный комплекс (ноутбук, проектор, экран),
2. телевизор, видеокамера
3. ПК, видео- и DVD проигрыватели,
4. мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины, видеофильмы, доски и др.