

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Кафедра дитячих хвороб ФПО

**ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО
ПРОЦЕСУ В ІНТЕРНАТУРІ З ПЕДІАТРІЇ
НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ**

Навчально-методичний посібник
для керівників лікарів-інтернів на базах стажування

Запоріжжя
2014

УДК 616-053.2(075.8)
ББК 57.3я73
Н 40

Рекомендовано Міністерством Освіти і науки України як навчально-методичний посібник для керівників лікарів-інтернів на базах стажування (лист №1/11-355 від 19.01.2011 р.)

Рецензенти:

1. Бережний В.В., д.мед.н., проф. кафедри педіатрії №2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
2. Овчаренко Л.С., д.мед.н., проф., завідувач кафедри педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії Запорізька медична академія післядипломної освіти

Боярська Л.М., Подліанова О.І., Котлова Ю.В., Іванова К.О., Дмитрякова Г.М.

Організація навчального процесу в інтернатурі з педіатрії на базах стажування: навчально-методичний посібник для керівників лікарів-інтернів на базах стажування [Текст] / Л.М.Боярська, О.І.Подліанова, Котлова Ю.В., Іванова К.О., Дмитрякова Г.М. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. – 178 с.

Навчально-методичний посібник освітлює питання щодо організації навчання в заочній інтернатурі з педіатрії та складається з двох частин: перша містить інформацію про організацію навчального процесу під час проходження заочної частини інтернатури та документального її супроводження, друга – пропонує керівникам інтернів методичні розробки семінарських занять за 12 темами.

Для керівників лікарів-інтернів на заочних базаї стажування.

УДК 616-053.2(075.8)
ББК 57.3я73

ISBN 978-966-417-065-8

Л.М.Боярська, О.І.Подліанова,
Ю.В.Котлова, К.О.Іванова,
Г.М. Дмитрякова, 2014
Запорізький державний
медичний університет, 2014

ЗМІСТ

Зміст	3
Вступ	4
Частина 1. Організація навчання лікарів-інтернів за спеціальністю «Педіарія» на базах стажування	
Загальні положення	7
Організація навчального процесу в інтернатурі на базах стажування	7
Обов'язки відповідального за інтернатуру на базі стажування	9
Обов'язки керівника інтернів на базі стажування	10
Права і обов'язки лікарів-інтернів	12
Розклад навчання в інтернатурі	13
Організація навчального процесу	14
Науково-дослідна робота лікарів-інтернів	19
Контрольні заходи	20
Частина 2. Методичні рекомендації для проведення семінарських занять із лікарями-інтернами на базах стажування	
Вступне слово	21
Заняття 1. План роботи дільничного лікаря із дитячим контингентом, документація, паспорт дільниці, звітна документація	24
Заняття 2. Контроль за станом здоров'я та розвитком дітей. Дитяча смертність. Шляхи зниження дитячої смертності	39
Заняття 3. Організація роботи вузьких спеціалістів у поліклініці	47
Заняття 4. Особливості амбулаторного обслуговування дітей інвалідів. Методи реабілітації в умовах поліклініки	57
Заняття 5. Диспансеризація кардіологічних хворих. Показання до направлення хворих на консультацію до лікаря-кардіолога та кардіохірурга	70
Заняття 6. Семіотика захворювань серцево-судинної системи у дітей	78
Заняття 7. Порушення всмоктування у кишечнику	89

Заняття 8. Порушення фосфорно-кальцієвого обміну. Рахіт та рахітоподібні захворювання у дітей,гіпервітаміноз Д	96
Заняття 9. Ускладнення пневмоній у дітей (плеврити, абсцеси, піопневмоторакс)	102
Заняття 10. Недостатність харчування. Білково-енергетична недостатність	114
Заняття 11. Алергічний риніт	120
Заняття 12. Обструктивні бронхіти. Вікові особливості перебігу, діагностики та лікування	128
Додаток 1. Паспорт бази стажування лікарів-інтернів	138
Додаток 2. Перелік документів з інтернатури, які мають вестись у базових установах стажування інтернів	139
Додаток 3. Перелік документів інтерна, необхідних для проведення підсумкової атестації інтернів	140
Додаток 4. Тематичний план рекомендованих тем для семінарських занять на період заочного навчання лікарів-інтернів за фахом «Педіатрія»	140
Додаток 5. Рекомендовані теми рефератів для позааудиторної роботи	141
Додаток 6. Перелік практичних навичок	142
Додаток 7. Зразок звітної документації лікаря-інтерна (індивідуальний план, щоденник)	146
Додаток 8. Примірник посадової інструкції лікаря-інтерна	172
Додаток 9. Зразок Акту перевірки клінічної бази	175
Додаток 10. Протокол атестації інтернів	177
Додаток 11. Перелік рекомендованої літератури	178
Список використаної літератури	186

Вступ

Основним завданням інтернатури є підвищення рівня підготовки випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації та медичних факультетів університетів. Саме інтернатура повинна забезпечити готовність фахівця до самостійної діяльності. Проведення навчання в очно-заочній формі накладає відповідальність щодо підготовки якісного фахівця не тільки на викладачів вищого медичного навчального закладу, але й на керівників лікарів-інтернів в базових установах системи охорони здоров'я. Їх роль надзвичайно велика, бо вони вводять молодого лікаря у реалії життя та спеціальності, навчають використовувати набуті у вищих навчальних закладах теоретичні знання та практичні навички у ліжка хворого, на прийомі в амбулаторії, в палатах стаціонару, маніпуляційних кабінетах, тощо. На базі стажування під контролем керівника лікар-інтерн вивчає існуючі закони, укази, протоколи та іншу регламентуючу документацію своєї роботи, що відсторонить його від професійних та юридичних помилок. Тому питання чіткої і якісної організації заочного періоду підготовки лікаря-інтерна надзвичайно важливе.

Даний навчально-методичний посібник призначений для базових керівників інтернатури з педіатрії. Він складений з урахуванням досвіду роботи на постдипломному етапі співробітників кафедри дитячих хвороб ФПО ЗДМУ. В першій частині викладена вся необхідна інформація, яка стосується організації навчання в інтернатурі за спеціальністю „Педіатрія”. У додатках запропоновані зразки документації для керівників заочної інтернатури та лікарів-інтернів; перелік практичних навичок, які повинні відпрацювати інтерни; перелік рекомендованої літератури. В другій частині посібника надані методичні рекомендації для проведення керівниками семінарських занять із інтернами за 12 темами (1 заняття на місяць).

Уся надана інформація базується на затверджених МОЗ України положеннях та інших нормативних актах, які регламентують навчання в інтернатурі та діяльність базових закладів управління охорони здоров'я облдержадміністрації, в тому числі на Положенні про спеціалізацію

(інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації (Наказ МОЗ України №291 від 19.09.96 р.) та Типовому навчальному плані і програмі спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Педіатрія» (Київ, 2011).

ЧАСТИНА 1.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ПЕДІАРІЯ» НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Інтернатура за фахом «Педіатрія» проводиться у формі очно-заочного навчання на кафедрах вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації і закладів післядипломної освіти та стажування в базових установах охорони здоров'я.

Субjekтами, відповідальними за підготовку лікарів-інтернів на заочному періоді є:

- відділ кадрів Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації
- головний лікар базової установи
- відповідальний за інтернатуру на базі стажування
- безпосередній керівник лікарів-інтернів на базі стажування

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ІНТЕРНАТУРІ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ

Підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю „Педіатрія” проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типових навчальних планів і програм післядипломної підготовки, у відповідності з кваліфікаційними характеристиками фахівців з лікарських спеціальностей.

Початок навчання в інтернатурі з 1 серпня.

Тривалість навчання в інтернатурі 2 роки.

Якщо випускник без поважних причин не приступив до навчання в інтернатурі до 1 вересня поточного року, то він згідно «Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників медичних та фармацевтичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації», затвердженого наказом МОЗ 19.09.1996 № 291

не допускається до проходження інтернатури до 1 серпня наступного року. За наявності поважної причини тривалість навчання подовжується на термін запізнення.

Для лікарів-інтернів, які одночасно навчаються в магістратурі, тривалість очної частини інтернатури на кафедрі подовжується на 3 місяці за рахунок відповідного скорочення тривалості стажування в базових закладах та установах охорони здоров'я.

Бази та базові керівники інтернів затверджуються наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації. На кожній базі складається «Паспорт бази стажування лікарів-інтернів» (див. додаток №1), який представляється в Департамент охорони здоров'я, відділ інтернатури вищого навчального закладу і на кафедру. Паспорт бази стажування лікарів-інтернів складається та переглядається 1 раз у 3 роки.

Головний лікар базової установи охорони здоров'я вживає заходів щодо підвищення рівня діагностичної, лікувально-профілактичної, протиепідемічної роботи у базовій установі, забезпечує інтернів усім необхідним, згідно вимогам до бази стажування лікарів-інтернів. На підставі наказу Департаменту охорони здоров'я обласної держадміністрації, головний лікар видає наказ про їх зарахування на посади лікарів-інтернів за спеціальністю „Педіатрія”, забезпечує знайомство інтернів з напрямками діяльності базового закладу, районом обслуговування дитячого населення, правилами внутрішнього розпорядку, охорони праці та техніки безпеки, правами та обов'язками лікарів-інтернів, тощо. Забезпечує залучення лікарів-інтернів до участі у санітарно-освітній роботі. Разом із завідувачем профільної кафедри вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти затверджує індивідуальні навчальні плани підготовки лікарів в інтернатурі. Щорічно на засіданні медичної ради (трудового колективу) головний лікар проводить обговорення стану стажування лікарів-інтернів і виконання завдань МОЗ, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та рекомендації вищого закладу освіти щодо удосконалення роботи бази стажування лікарів-інтернів.

На підставі наказу МОЗ, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та путівки вищого закладу освіти відряджає лікарів-інтернів у відповідний заклад освіти на очну частину навчання. Для планування та здійснення організаційно-методичних заходів, поточного контролю за їх виконанням може призначати відповідального за загальне керівництво лікарями-інтернами на базі стажування. Відповідно до п. 7.7 Положення про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III - IV рівня акредитації, медичних факультетів університетів, затвердженого наказом МОЗ від 19.09.96 р. N 291, оплата за керівництво підготовкою лікарів-інтернів здійснюється їх керівникам за час роботи на базах стажування згідно з чинним законодавством.

ОБОВ'ЯЗКИ ВІДПОВІДАЛЬНОГО ЗА ІНТЕРНАТУРУ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

1. Організує стажування лікарів-інтернів у відповідності з типовими навчальними планами і програмами, працюючи в тісній взаємодії із деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти, профільними кафедрами вищого закладу освіти, головними спеціалістами МОЗ та Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.
2. На початку інтернатури складає графік роботи лікарів-інтернів в спеціалізованих відділеннях та інших структурних підрозділах бази стажування у відповідності з індивідуальними планами підготовки лікарів-інтернів (див.додаток 7).
3. Разом із викладачами профільної кафедри вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти знайомить керівників лікарів-інтернів на базах стажування з вимогами навчальних планів та програм, забезпечує їх необхідними програмами та методичними матеріалами з інтернатури по педіатрії.

4. Веде необхідну документацію із заочного навчання інтернів у базових установах стажування (див. додаток 2)
5. Залучає лікарів-інтернів до активної участі в клінічних, патолого-анатомічних та науково-практичних конференціях, які проводяться в базовій установі охорони здоров'я.
6. Систематично здійснює контроль за роботою керівників лікарів-інтернів на базах стажування, бере участь у прийманні заліків, які передбачені програмою, вживає заходів щодо поліпшення фахової підготовки в інтернатурі, готує звіти для Департаменту охорони здоров'я з питань стажування лікарів-інтернів.

ОБОВ'ЯЗКИ КЕРІВНИКА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

1. Призначається наказом Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації за погодженням з деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти з числа спеціалістів вищої або першої кваліфікаційної категорії (переважно завідувачів профільних відділень) з розрахунку на одного керівника 7 лікарів-інтернів.
2. На початку стажування визначає рівень знань та умінь у лікарів-інтернів, результати якого враховуються при складанні навчальних планів їх підготовки.
3. Разом з викладачем профільної кафедри на підставі типового навчального плану і програми складає навчальний план підготовки лікарів-інтернів і подає на затвердження керівнику бази стажування та завідувачу профільної кафедри.
4. Забезпечує умови для виконання лікарями-інтернами індивідуальних планів проходження стажування.
5. Залучає лікарів-інтернів до систематичної активної участі в діагностичній, лікувальній, санітарно-профілактичній роботі, у виконанні

- усіх видів діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами інтернів.
6. Створює належні умови для набуття лікарями-інтернами необхідних умінь, професійних знань та практичних навичок і здійснює контроль за виконанням індивідуальних навчальних планів підготовки лікарів-інтернів.
 7. Проводить з лікарями-інтернами планові і тематичні клінічні обходи, аналіз історій хвороби та інших документів, співбесіди, семінари, практичні заняття. Контролює та несе відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації, бере участь у проведенні базового, проміжного, підсумкового контролю.
 8. Керівник інтернів у звітах (див. додаток 9), які подаються у деканат вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти, повинен указати:
 - відповідність необхідної та наявної документації у лікарів-інтернів, її ведення,
 - головні заходи по виконанню типового навчального плану за даний період, відповідність підготовки інтернів вимогам типового плану,
 - теми залікових занять,
 - участь інтернів у лікарських конференціях,
 - виробнича дисципліна (кількість днів працетрат, з яких причин),
 - оціночна відомість по засвоєнню практичних навичок, рівень теоретичних знань за пятибальною шкалою,
 - кількість виконаних рефератів.
 9. Проводить з лікарями-інтернами індивідуальну виховну роботу, навчає принципам медичної етики та деонтології.
 10. Систематично підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, підтримує постійний зв'язок з професорсько-викладацьким складом профільної кафедри, бере участь у роботі навчально-методичних

конференцій для керівників інтернатури, які проводяться вищими закладами освіти.

11. Веде необхідну документацію із заочного навчання інтернів у базових установах стажування (див. додаток 2), контролює ведення інтернами необхідної документації (див. додаток 3, 7)
12. Відповідає за наявність та заповненість на базі стажування стенду із документами з організації навчального процесу в інтернатурі: графіками проходження інтернатури, семінарських занять, чергувань по лікарні, конференцій та ін.

ПРАВА І ОBOB'ЯЗКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

За період заочного навчання лікар-інтерн працює під керівництвом лікаря базового лікувального закладу, призначеного його безпосереднім керівником. На лікаря-інтерна на цей період розповсюджуються правила внутрішнього розпорядку, права та пільги, які встановлені для працівників даного закладу охорони здоров'я.

Під час періоду очного навчання лікар-інтерн працює під керівництвом викладача профільної кафедри. На лікаря-інтерна на цей період розповсюджуються правила внутрішнього розпорядку, права та пільги, які встановлені у вищому навчальному закладі.

Заробітна плата інтернам протягом усього періоду навчання в інтернатурі виплачується за рахунок установ, які затверджені базою інтернатури, у встановленому діючим законодавством розмірі (для бюджетної форми навчання).

На базах стажування лікар-інтерн під керівництвом безпосереднього керівника

- виконує вимоги посадової інструкції лікаря-інтерна (див. додаток 8)
- виконує 50% навантаження лікаря відповідної спеціальності (у відділенні та поліклініці)

- здійснює не менше двох 12-тигодинних чергувань за місяць під керівництвом лікаря (і в заочному, і в очному періоді навчання); час чергування враховується до місячної норми праці лікаря-інтерна, він передбачений навчальним планом і додатковій платні не підлягає
- своєчасно і у повному обсязі веде особисту документацію (див. додаток 3, 7)
- щомісяця складає один реферат за визначеною викладачем тематикою
- приймає участь у клінічних обходах, патологоанатомічних конференціях, роботі лікувально-консультативних засідань
- готується до практичних та семінарських занять за вказаною тематикою (див. додаток 4)
- щоквартально складає звіт про виконання запланованої роботи.

РОЗКЛАД НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ

Типовим навчальним планом підготовки лікаря-інтерна за спеціальністю «Педіатрія» протягом дворічного періоду (22 місяця) інтернатури передбачено 11 місяців роботи в медичних закладах, які є базою стажування інтернів: протягом першого року – 5 місяців роботи та один місяць відпустки, протягом другого року навчання – 6 місяців роботи на базі стажування.

Розподіл часу для роботи у відділеннях на період заочного навчання

№№	Місце роботи	Тривалість роботи
1.	Поліклініка*	2,5 міс.
2.	Відділення сумісного перебування матері та дитини в родопомічних закладах	0,5 міс.
3.	Відділення інтенсивного виходжування та лікування новонароджених в родопомічних закладах	0,5 міс.
4.	Відділення інтенсивного виходжування недоношених дітей та дітей з перинатальною патологією неонатальних і перинатальних центрів	0,5 міс.
5.	Відділення дітей раннього віку	2 міс.

6.	Відділення дітей старшого віку**	2 міс.
7.	Дитяче інфекційне відділення	1 міс.
8.	Відділення дитячої анестезіології та інтенсивної терапії	1 міс.
9.	Пункти невідкладної медичної допомоги при дитячих поліклініках або станції швидкої та невідкладної медичної допомоги (педіатричні бригади)***	0,5 міс.
10.	Дитяче неврологічне відділення	0,5 міс.

Примітки:

* Робота у поліклінічному відділенні, при можливості, повинна включати роботу у кабінеті функціональної діагностики, ЛОР-кабінеті, кабінеті імуновакцинації, дитячому хірургічному кабінеті та інших структурних підрозділах. Загальний час роботи у таких структурних підрозділах дитячої поліклініки повинен складати до 0,5 міс.

** В залежності від структури лікувальної установи інтерни-педіатри працюють у різних відділеннях старшого віку: кардіоревматології, гастроентерології, гематології, нефрології та ін., але загальний час повинен складати 2 міс.

*** Навчання за вказаним розділом проводиться на пунктах невідкладної медичної допомоги при дитячих поліклініках. В разі їх відсутності - в педіатричних бригадах на станції швидкої та невідкладної медичної допомоги.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Для виконання програми інтернатури в заочній її частині передбачені такі види навчання: аудиторна робота (семінари, клінічні розбори та обходи) та поза аудиторна робота (реферати, ліцензійний іспит «Крок-3», використання сучасних методів дистанційної освіти).

Аудиторна робота.

1. Семінар - це одна з найбільш складних і одночасно плідних форм інноваційного навчання і виховання у вищій школі. Вищою формою семінарського заняття є дискусія. Для забезпечення семінарського заняття

повинні застосовуватися всі наявні сучасні засоби навчання: фрагменти навчальних кінофільмів, комп'ютерні презентації, мобільний Інтернет. При проведенні семінарів можуть використовуватися різні форми спілкування: традиційне опитування, семінар-дискусія, прес-конференція тощо.

На семінарах в умовах активного спілкування вирішуються завдання формування необхідних лікарю знань та вмінь; формується світогляд майбутнього лікаря; прищеплюються навички аналізу конкретної лікарської ситуації з точки зору методологічних основ медицини та деонтології.

За умови дотримання зазначених вимог семінари виконують такі функції:

- стимулюють інтернів до регулярного вивчення першоджерел;
- ініціюють пошук матеріалів на спеціалізованих інформаційних ресурсах;
- відпрацьовують уміння викладати матеріали та доводити до свідомості слухачів;
- дисциплінують інтерна;
- допомагають закріпити отримані знання, підкріплюючи їх практикою спілкування за навчальною тематикою ;
- дозволяють відпрацювати професійну лексику і логіку усного викладання навчально-практичних матеріалів;
- закріплюють правила шанобливого ставлення до колег;
- формують особисті переконання в необхідності дотримуватися біоетичній концепції в ході надання медичних послуг;
- допомагають вільно і точно оперувати біотичними та медичними категоріями, правилами і нормами ;
- дозволяють контролювати успішність інтернів.

За період навчання на базах стажування безпосередні керівники інтернів повинні провести 11 семінарських занять (по 1 на місяць) за темами, наданими у Додатку 4 та 11 практичних занять у вигляді клінічних розборів хворих, аналізу медичної документації, тощо.

2. Клінічний розбір хворих є важливим видом роботи із інтернами. В ньому приймають участь лікарі-ординатори відділення, інтерни та їх

безпосередній керівник. Клінічний розбір проводиться у палаті або в окремому кабінеті. Лікар-інтерн, який надає інформацію про стан здоров'я свого пацієнта, повинен ретельно підготуватися до розбору: знати визначення патологічного процесу, етіологічні та патогенетичні аспекти його розвитку, особливості анамнезу свого хворого; вільно орієнтуватися в медичних термінах та класифікаціях для коректного формування діагнозу, вміти скласти та обґрунтувати план обстеження та лікування пацієнта. Також, інтерн-доповідач повинен знати останні сучасні публікації в медичній пресі з теми, яку доповідає, та вміти використовувати ці знання під час обговорення хворого. Керівник повинен формулювати запитання по доповіді таким чином, щоб стимулювати у інтерна клінічне мислення. Важливо, щоб в обговоренні приймали участь інші інтерни, що зробить заняття більш результативним. В історії хвороби інтерн повинен зробити докладний запис про клінічний розбір із висновками та рекомендаціями. Також, основні положення розбору слід занести до спеціального «Журналу реєстрації клінічних розборів хворих із інтернами», який знаходиться у керівника інтернів і є формою звітної документації.

3. Клінічний обход хворих – проводиться завідувачем відділення та лікарями-ординаторами/інтернами. Під час обходу лікарі стисло доповідають про перебіг захворювання у своїх пацієнтів. Колективно обговорюється відповідність діагнозу до суб'єктивних та об'єктивних симптомів захворювання, даних лабораторних й інструментальних досліджень, подальша тактика обстеження та лікування. Під час обговорення хворих керівник інтернів може з'ясувати рівень знань інтерна з того чи іншого питання педіатрії, призначити додаткові завдання для самостійної роботи інтерна.

Велике значення для формування клінічного мислення майбутнього спеціаліста має самостійна робота інтерна над засвоєнням навчального матеріалу та оволодінням основними практичними навичками. Позааудиторна робота може виконуватися: у клініці (чергування, курація хворих під керівництвом лікаря-ординатора відділення, участь в проведенні лабораторно-

інструментальних обстежень), бібліотеці вищого навчального закладу, комп'ютерних класах, навчальних кабінетах кафедр та класах для відпрацювання практичних навичок із застосуванням муляжів.

Позааудиторна робота.

1. Однією з форм організації самостійної роботи інтернів є **реферат**. Основна мета його написання - поглиблене вивчення конкретної проблеми в педіатрії. У Додатку 5 надані рекомендовані теми рефератів, проте вони можуть коригуватися керівником інтернів у відповідності із актуальністю питання або бажанням інтерна.

За період навчання на базі стажування інтерн повинен підготувати 11 рефератів (1 реферат на місяць), з якими має виступити на семінарських заняттях та на лікарняних конференціях.

Вимоги до написання реферату

- обсяг реферату - не менше 12 сторінок формату А4;
- реферат повинен мати:
 - титульний лист,
 - зміст,
 - текст, який повинен бути поділений на розділи згідно змісту,
 - висновок,
 - перелік літератури не менше 5 джерел;
- обов'язковою вимогою є обговорення тем рефератів на тих семінарських заняттях (конференціях), за якими вони розподілені; у разі неподання реферату згідно встановленого графіку (без поважної причини), інтерн зобов'язаний підготувати новий реферат;
- інформація по реферату повинна не перевищувати 10 хвилин.

2. До самостійної роботи лікаря-інтерна відноситься і його підготовка до написання **ліцензійного іспиту «Крок-3. Лікувальна справа і педіатрія»**. Цей іспит дозволяє визначити відповідність рівня знань інтерна мінімальним професійним вимогам. Зазвичай іспит складається у другій половині першого року навчання в інтернатурі. Для якісної підготовки до іспиту інтерни на

профільній кафедрі отримують базу даних тестів, тренуються на попередніх тестуваннях, які організуються вищим медичним закладом.

3. До позааудиторної роботи слід віднести **використання сучасних комп'ютерних технологій** дистанційної освіти. Методика викладання з використанням технологій дистанційного навчання базується на самостійному вивченні курсу лікарем-інтерном. В якості платформи для розміщенні матеріалів, контролю знань та навичок, здійснення взаємодії між викладачем та інтерном можна використовувати платформу Moodle (модульне об'єктивно-орієнтоване середовище дистанційного навчання). Moodle корисний як засіб спілкування викладача з лікарем-інтерном незалежно від форми навчання (очна чи заочна). Система дозволяє створювати та зберігати навчальні матеріали у вигляді електронних послідовних курсів. Останні можуть складатися з різних елементів. Наприклад, теоретичний матеріал може бути представлений у вигляді лекцій, книг, завантажених файлів, тощо. Матеріали до програми складають співробітники профільної кафедри. Проте до цієї роботи можна залучати керівників інтернів базових установ, фахівців з конкретної тематики. Завдяки тому, що доступ до Moodle здійснюється через Інтернет або інші мережі, інтерни не прив'язані до конкретного місця і часу, можуть рухатися по матеріалу у власному темпі з будь-якого міста чи комп'ютера. При цьому навчання можна здійснювати як несинхронно, коли кожен інтерн вивчає матеріал у власному темпі, так і в режимі реального часу, організовуючи онлайн лекції та семінари. Програма Moodle привчає інтерна до якісної самостійної роботи над підвищенням свого рівня знань, стимулює творчий підхід до цього процесу. Moodle фіксує і зберігає інформацію про кожного інтерна: всі здані ним роботи, оцінки та коментарі викладача, повідомлення у форумі, що дозволяє контролювати навчальну активність інтерна та ефективність засвоєння ним теми.

НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Науково-дослідна робота лікарів-інтернів (НДР) забезпечує набуття навичок самостійної роботи з науковою літературою, формує здатність до аналізу й узагальнення матеріалу, розвитку клінічного мислення, критичне осмислення даних літератури.

Для НДР інтернів може бути використано аналіз даних, отриманих при проведенні додаткових методів обстеження хворих, звіти і науково-практичний аналіз діяльності відділень, спеціалізованих служб, порівняльний аналіз показників діяльності закладів (установ) охорони здоров'я з такими ж показниками за минулі роки. Тематику досліджень визначає план НДР лікаря-інтерна, складений виконавцем разом з викладачем кафедри з врахуванням реальних можливостей виконання в умовах навчання на профільній кафедрі вищого навчального закладу.

Для правильної організації НДР та контролю за її виконанням, інтерн повинен скласти Тематичну картку НДР (див. зразок). Ця форма дозволить, по-перше, чітко визначити тему, напрямки та шляхи виконання роботи. По-друге, Тематична картка забезпечить наступність її виконання як у заочній, так і в очній інтернатурі. По-третє, Тематична картка є ефективним контрольним та звітним документом як для інтерна, так і для його базового керівника.

Зразок

Тематична картка науково-практичної роботи лікаря-інтерна

1. Назва теми: _____
2. Анотація: _____
3. Виконавець: лікар-інтерн _____
4. Керівник _____
5. Мета роботи: _____
6. Предмет дослідження _____
7. Об'єкт дослідження: _____
8. Методи дослідження: _____
9. Використані засоби: _____
10. Поквартальний план виконання _____

Результати НДР інтернів доповідаються на науково-практичних конференціях і враховуються при їх атестації. За результатами НДР лікарів-інтернів Вчена Рада вищого навчального закладу освіти може дати рекомендацію лікарю-інтерну до вступу до клінічної ординатури після закінчення інтернатури без необхідного стажу практичної роботи.

КОНТРОЛЬНІ ЗАХОДИ

Лікарі-інтерни підлягають атестації на визначення знань та практичних навичок тричі: на початку заочного періоду навчання (базовий рівень знань), по закінченню першого року заочного періоду навчання (проміжний контроль), наприкінці другого року заочного періоду навчання (підсумковий контроль) перед направленням інтерна на очну частину навчання на профільну кафедру вищого навчального закладу. Склад і графік роботи комісії, яка оцінює рівень лікаря-інтерна, затверджується наказом головного лікаря базової установи охорони здоров'я, керівника закладу. До складу комісії включаються: відповідальний за інтернатуру на базі стажування (голова), безпосередні керівники лікарів-інтернів, головні спеціалісти департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, викладачі профільної кафедри. Звіт роботи комісії завірюється підписами всіх її членів та печаткою лікувальної установи.

Підсумковий контроль включає перевірку професійної практичної підготовки лікаря-інтерна згідно з планом та програмою, тестовий контроль рівня знань, співбесіду.

Результати атестацій відмічають у відповідних сторінках Щоденника інтерна (див. додаток 7) та у Протоколі атестації інтернів (Додаток 10).

Лікарі-інтерни, які не атестовані за результатами контролю, або не з'явилися на нього, зобов'язані пройти його у термін, узгоджений деканатом вищого медичного закладу освіти III-IV рівнів акредитації або закладу післядипломної освіти.

ЧАСТИНА 2.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ НА БАЗАХ СТАЖУВАННЯ

Вступне слово

Семінарське заняття – це групове заняття, що проводиться під керівництвом викладача, який організує дискусію навколо попередньо визначених тем, до котрих інтерни готують тези виступів на підставі індивідуально виконаних завдань (рефератів). Семінар може проходити у формах:

- фронтального семінарського заняття, що передбачає роботу всіх його учасників над темою та питаннями;
- семінарського заняття з підготовленими доповідями, що передбачає проведення роботи навколо декількох доповідей: 1-2 інтерни готують основні доповіді, а решта - вивчають основні джерела за обраною проблемою;
- комбінованого заняття – частина питань розробляється всіма учасниками, решта - підготовка доповідей та повідомлень.

Семінар відбувається за наступним планом.

1. **Вступне слово викладача** (визначається основна мета семінарського заняття; актуальність теми, що вивчається; методичні рекомендації щодо виступів інтернів).
2. Слідом обговорюються **вимоги до знань та вмінь** інтернів за вказаною тематикою.
3. Далі інтернам пропонуються **тестові завдання та задачі для визначення початкового рівня знань.**

В методичних розробках для контролю знань інтернів запропоновані тестові завдання та задачі. Вони розподілені на три ступені за рівнем володіння знаннями інтерном:

Перший рівень $\alpha=I$ фактичний (учнівський, базовий) – від інтерна потребується впізнавання основних одиниць знання: об'єктів, явищ, фактів, за допомогою підказки, тобто запропонованих варіантів відповідей.

Другий рівень $\alpha=II$ алгоритмічний (операціональний, відтворення) - потребує від інтерна самостійного відтворення інформації (додати відсутні слова до ствердження), відновлення порядку дій, використання відомого алгоритму для вирішення типового завдання.

Третій рівень $\alpha=III$ евристичний (аналітичний, часткового пошуку) – потребує від інтерна здатності аналізувати ситуацію, самостійно переносити відомий алгоритм дій в конкретні умови нетипової задачі, змінювати відомий алгоритм стосовно конкретної ситуації, отримувати суб'єктивно нову інформацію

4. Наступною є **основна частина заняття**, під час якої відбувається безпосереднє обговорювання питань семінару.

Інтерни, які під час семінару виступають з рефератами, повинні викласти зміст усно за 10-15 хв. Слухачі та викладач ставлять запитання, а доповідачі на них відповідають. Після цього можуть виступити рецензенти від слухачів, котрі попередньо ознайомились із текстами рефератів. Обов'язково повинні виступити всі слухачі із особистою думкою про доповідь та тему в цілому. Зрозуміло, що для такого виступу інтерни повинні ретельно готуватися під час самопідготовки напередодні. Керівник не повинен переривати ці виступи, хіба що для виправлення грубих помилок. Після виступу можна ставити запитання.

Також семінари можуть проводитися у вигляді набуття і відпрацювання практичних навичок та вмінь шляхом ігрових (ділова гра, розігрування ролей, ігрове проектування) або неігрових (аналіз конкретних клінічних випадків, індивідуальний тренінг, робота із муляжами) методик.

5. **Визначення заключного рівня** знань та вмінь (тестування)
6. **Заключне слово** (керівник підводить підсумки, дає оцінку виступів, та настанови щодо підготовки до наступних занять)

План та організаційна структура заняття

№	Етапи	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
I. Підготовчий етап				
1.	Організаційні заходи			5 хв
2.	Визначення актуальності			
3.	Постановка навчальних цілей			5хв
4.	Контроль вихідного рівня знань, навичок, вмінь: •	I II- III	Питання I та II рівня, тести II рівня, задачі – III рівня.	10 хв
II. Основний етап.				
5.	Прослуховування рефератів, виступів слухачів, відпрацювання навичок	II-III	Професійний алгоритм, обладнання, задачі-III рівня	100 хв
III. Заключний етап.				
6.	Контроль заключного рівня професійних навичок та вмінь	III	Тести III рівня, задачі - III рівня	60 хв
7.	Підведення підсумків організаційних питань, клінічних, практичних завдань			10

Заняття 1.

Тема заняття: План роботи дільничного лікаря із дитячим контингентом, документація, паспорт дільниці, звітна документація.

1. Актуальність теми.

Якісна робота дільничного лікаря, підвищення ефективності праці впливають на основні статистичні показники діяльності лікувально-профілактичних закладів і відображають стан здоров'я дитячого населення. Реформування діяльності галузі охорони здоров'я з переорієнтацією на первинну медико-санітарну допомогу надає амбулаторно-поліклінічному етапу медичної допомоги дітям першочергового значення. Медична допомога дітям у теперішній час не відповідає сучасним вимогам. Недоліки значною мірою зумовлені недостатньою організаційно-методичною роботою лікарів на місцях та недостатньою підготовкою лікарів інтернів з цих питань. Наступне заняття проводиться з метою кращого вивчення питань організації роботи дільничного лікаря в умовах амбулаторно-поліклінічної ланки допомоги дітям.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = \Pi$) положення про:

- міську поліклініку (амбулаторію): організація та напрямки роботи
- функціональні обов'язки дільничного лікаря з організації медичної допомоги дітям вдома та у навчальних закладах
- денний стаціонар для дітей (умови організації, основні завдання, потужність, склад, режим роботи, відбір хворих, медична облікова документація)
- організацію медичної допомоги дітям в умовах стаціонару вдома (основні завдання стаціонару та керівництво ним, відбір хворих дітей для лікування, режим роботи, медична облікова документація)

інтерн повинен уміти ($\alpha = \Pi$)

- організувати лікувально-профілактичну допомогу дітям на дільниці;

- проводити санітарно-освітню роботу .
- проводити диспансерне обслуговування дитячого населення.
- планувати роботу дільничного лікаря.
- користуватися оснащенням педіатричного кабінету і кабінету здорової дитини.
- розподілити профілактичну роботу на ділянці між лікарем і медичною сестрою.
- організувати зв'язок між ділянкою і стаціонаром.
- організовувати та проводити протиепідемічну роботу на ділянці: профілактичні щеплення, екстрене сповіщення на інфекційного хворого, контроль за поточною і завершальною дезинфекцією, карантин і спостереження в осередку інфекції.
- вести медичну звітну та облікову документацію ЛПУ, яка ведеться дільничним лікарем;
- заповнювати основні форми обліку і звітності дільничного лікаря
- складати звіт про роботу за певний термін

Виховні цілі заняття (α = II)

- визначити роль та значення педіатрії як науки про здорову і хвору дитину, її місце в системі загальної медицини.
- знати роботи видатних вітчизняних науковців з питань надання педіатричної лікувально-профілактичної допомоги на дільниці

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю.

1. З яких пунктів складається план роботи дільничного лікаря?
2. Що входить до складу лікувальної роботи?
3. Яку профілактичну роботу виконує дільничний лікар?
4. З чого складається диспансерна робота дільничного лікаря?
5. Що входить до складу протиепідемічної роботи?
6. З чого складається санітарно-освітня робота дільничного лікаря?
7. Підвищення кваліфікації дільничного лікаря.

8. Для чого ведеться паспорт дільниці?
9. Правила його ведення та зберігання.
- 10.Звітна медична документація дільничного лікаря
- 11.Облікова медична документація дільничного лікаря.
- 12.Правила ведення документації.
- 13.Як оцінюють показники роботи поліклініки?

3. 2.Тести для контролю.($\alpha = \Pi$)

1. Мати дівчинки 5 років внаслідок захворювання дитини знаходилась на лікарняному по догляду за хворим протягом 10 днів. Лікар дільниці видав листок непрацездатності спочатку на 5 днів і продовжив його до 10 днів. Дівчинка лікувалась амбулаторно, наразі продовжує хворіти. Хто може продовжити далі цей листок непрацездатності?

- А) Лікар-педіатр спільно із завідувачем відділення
- Б) Лікарсько-консультативна комісія
- В) Лікар-педіатр з дозволу головного лікаря
- Г) Заступник головного лікаря з експертизи непрацездатності
- Д) Завідувач відділення

Еталон відповіді:Б

2. На прийомі в лікаря дівчинка 2 місяців. З анамнезу відомо, що дівчинка спостерігається у невролога з приводу перинатального ураження ЦНС. Під час об'єктивного огляду звертає увагу наявність серцевого «горбу». Аускультативно вислуховується грубий систолічний шум максимальний у IV міжребір'ї зліва від грудини, тут же пальпаторно систолічне тремтіння. Проведено оглядову рентгенографію органів грудної клітини, ЕхоКГ. Консультація якого фахівця показана в першу чергу даній дитині.

- А) Консультація невролога.
- Б) Консультація кардіолога.
- В) Консультація кардіохірурга.
- Г) Консультація генетика.
- Д) Консультація пульмонолога.

Еталон відповіді: В. Обговоріть на занятті, яку документацію слід оформити на цю дитину на ділянці, чи треба її відносити до диспансерної групи?

3. Дитина 13 років. Соматично здорова. Знаходиться на профогляді у дільничного лікаря. Вкажіть межу відносної серцевої тупості зліва у даного пацієнта.

- А) На 0,5 см назовні від серцевого поштовху
- Б) По лівій соскової лінії
- В) По лівому краю грудини
- Г) На 1,0 см назовні від лівої соскової лінії
- Д) На 2,0 см назовні від лівої соскової лінії

Еталон відповіді: А.

4. Дівчинка 10 діб виписана з пологового будинку під нагляд дільничного лікаря із діагнозом ВПС: Високий дефект міжшлуночкової перегородки без порушень гемодинаміки у фазі компенсації. Вкажіть кратність огляду дитини кардіоревматологом протягом першого місяця життя:

- А) 1 раз на тиждень
- Б) 3 рази на місяць
- В) двічі на місяць
- Г) 1 раз на місяць

Еталон відповіді: А. Обговоріть на занятті, яку документацію слід оформити на цю дитину на ділянці, чи треба її відносити до диспансерної групи?

5. Напротязі якого часу повинен знаходитися під диспансерним наглядом хворий із жовчо-кам'яною хворобою?

- А) На протязі всього життя
- Б) 5 років
- В) 10 років
- Г) до 18 років

Еталон відповіді: А. Обговоріть на занятті, яку документацію слід оформити на цю дитину на ділянці, при розрахунку яких звітних показників будуть враховуватися хворі з подібною патологією?

6. Для оцінки стану здоров'я населення складено та проаналізовано звіт про захворювання, що зареєстровані у населення району обслуговування (ф. 12). Який показник рахують на підставі цього звіту?

- А) Показник загальної захворюваності
- Б) Показник патологічної ураженості
- В) Показник захворюваності з тимчасовою втратою працездатності
- Г) Показник госпіталізованої захворюваності
- Д) Показник основної неепідемічної захворюваності

Еталон відповіді: А.

7. Для оцінки фізичного розвитку дитини визначили довжину та масу тіла, щорічний приріст довжини тіла, обвід грудної клітини (ОГК), кількість постійних зубів, вторинні статеві ознаки, життєву ємність легень (ЖЄЛ), провели динамометрію. Які з наведених показників слід відносити до фізіометричних?

- А) Довжина та маса тіла, ОГК
- Б) Вторинні статеві ознаки
- В) Кількість постійних зубів
- Г) Щорічний приріст довжини тіла
- Д) ЖЄЛ, динамометрія

Еталон відповіді: Д.

8. Переваги вигодовування грудним молоком у порівнянні з коров'ячим є всі окрім:

- А) великий вміст альбуміну
- Б) високий вміст ліпази
- В) імунологічні чинники захисту
- Г) відповідає фізіологічним можливостям дитини
- Д) великий вміст казеїну

Еталон відповіді: Д.

9. Вивчався рівень захворюваності на грип та ГРВІ серед школярів за останні 5 років. Який вид графічного зображення найбільш доцільно використати для

наочного відображення цих даних?

- А) Секторна діаграма
- Б) Стовпчикова діаграма
- В) Гістограма
- Г) Радіальна діаграма
- Д) Лінійна діаграма

Еталон відповіді: Д.

10. До дільничного лікаря двічі протягом календарного року (у березні та у листопаді) звертався хлопчик 12 років. В обох випадках йому було поставлено однаковий діагноз – ГРВІ. Як зареєструвати ці випадки захворювань?

- А) На кожен випадок окремо статталон з позначкою “–”
- Б) На перший випадок талон з позначкою “+”, на другий - з позначкою “–”
- В) На перший випадок статталон з позначкою “+”, на другий – не заповнюється
- Г) На жодний із випадків статталон не заповнюється
- Д) На кожен випадок окремо статталон з позначкою “+”

Еталон відповіді: Д.

3. 3. Задачі для контролю($\alpha = II$)

Задача 1. Дитині 4 місяці, хворіє першу добу. Стан дитини важкий, висока лихоманка, спазм судин кінцівок, напруження тім’ячка, закидання голови назад.

Запитання: Який синдром у дитини? Яке додаткове обстеження треба провести? Виберіть всі вірні відповіді

- А) Гіпертензійний синдром.
- Б) Гіпертермічний синдром.
- В) Менінгіальний синдром.
- Г) Вимірювання внутрішньочерепного тиску.
- Д) Люмбальна пункція.

Еталон відповіді: В,Д.

Задача 2. Дитині 4 місяці. Народилася доношеною з вагою 3200, довжина 50 см. Знаходиться на змішаному вигодовуванні з 3,5 місяців. За перші 3 місяці у вазі додала 800 г. У 4 місяці важить 4000 г. Товщина підшкірно-жирової основи на животі 0,5 см., тургор м'яких тканин знижений.

Запитання: Про які захворювання слід думати?

- А) Паратрофія.
- Б) Синдром білково-енергетичної недостатності.
- В) Гіпотрофія.
- Г) Затримка внутрішньоутробного розвитку.

Еталон відповіді: Б.

Задача 3. При диспансерному обстеженні підлітка віком 15-ти років лікар поставив діагноз: Аліментарно-конституційне ожиріння III ст. Із харчового анамнезу відомо, що пацієнт не дотримується правил раціонального харчування: часто переїдає, останній прийом їжі за 10-15 хвилин до сну, віддає перевагу їжі з фаст-фуду та тій, що містить багато вуглеводів.

Запитання: Який з перелічених аліментарних факторів ризику являється головним при ожирінні?

- А) Енергетична надмірність харчування.
- Б) Підвищене вживання вуглеводів
- В) Підвищене вживання жирів
- Г) Недостатнє вживання клітковини
- Д) Порушення режиму харчування

Еталон відповіді: А.

Задача 4. На щорічний медичний огляд прийшов підліток, який спостерігається у алерголога з діагнозом: Бронхіальна астма, легкий перебіг. Симптомів бронхообструкції не має. Пробу Руффе виконав. Індекс Руффе – 8,2.

Запитання: До якої групи з фізичного виховання слід віднести цього учня?

- А) Підготовча група
- Б) Основна група
- В) Спеціальна група

Г) Заняття лікувальною фізкультурою

Д) Заборонити заняття

Еталон відповіді: А.

Задача 5. Мати, яка доглядає за двома малими дітьми віком 1 і 4 років, захворіла. Одночасно захворіла і старша дитина. До внесення змін до пункту 3.13 Інструкції видавався один ЛН для догляду за здоровою дитиною віком до 3 років на період непрацездатності матері. Для догляду за другою хворою дитиною, якщо вона навіть потребувала стаціонарного лікування, другий ЛН не видавався. Тепер ЛН для догляду за 4-річною дитиною на період її стаціонарного лікування може бути виданий іншому працюючому родичеві (бабусі, діду тощо). У такому випадку підставою для видачі ЛН є довідка з поліклініки чи стаціонару, що засвідчує захворювання матері.

Задача 6. Матір, яка доглядає за дитиною-інвалідом (діагноз - ДЦП) віком 10 років, вагітна. Госпіталізована до пологового будинку з приводу гестозу. Який документ буде видано в цьому випадку працюючому батькові, який доглядатиме дитину під час хвороби матері?

А) Довідка про необхідність догляду за дитиною

Б) Довідка про хворобу матері

В) Листок непрацездатності

Г) Витяг з медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого

Д) Довідка невстановленої форми

Еталон відповіді: Д.

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань (алгоритмів), які необхідно виконати на занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.

- Скласти план лікування та диспансерного нагляду за хворою дитиною.
- Скласти план диспансерного нагляду за здоровою дитиною
- Заповнити картку історія розвитку дитини, статистичний талон, екстренне повідомлення в СЕС та ін. документи, з якими працює дільничий лікар
- Розрахувати основні статистичні показники роботи дільничного лікаря

4.2. Професійний алгоритм(описання практичної навички)

ІНСТРУКЦІЯ про порядок заповнення листка непрацездатності (надана частково, повний текст дивись в Наказі від 13.11.2001 № 455 Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність)

1. Листок непрацездатності (ЛН) - це багатофункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів.

Лицьовий бік бланка ЛН заповнюється лікуючим лікарем або молодшим медичним працівником з медичною освітою. Зворотний бік бланка ЛН заповнюється за місцем роботи застрахованої особи. Записи в ЛН здійснюються розбірливим почерком, без помарок, синім, фіолетовим або чорним чорнилом.

2. Насамперед заповнюється корінець ЛН.

2.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження", у разі продовження ЛН треба зазначити номер попереднього. Указуються: прізвище, ім'я та по батькові (повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації), дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого літерами - назва місяця, цифрою зазначається рік), прізвище лікаря, який видав ЛН, номер медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, підпис одержувача у графі "Підпис одержувача".

2.2. Паспортна частина ЛН (прізвище непрацездатного, ім'я та по батькові, вік) заповнюється за даними документів, місце роботи - зі слів непрацездатного.

2.3. Після заповнення корінець залишається в закладі охорони здоров'я.

3. Далі заповнюється частина лицьового боку ЛН, що видається непрацездатному.

3.1. Підкреслюється слово "первинний" або "продовження" із зазначенням номера та серії попереднього ЛН у разі його продовження. Чітко вказуються: назва і місце знаходження закладу охорони здоров'я (повністю), що підтверджуються штампом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності"; дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого

літерами - назва місяця, цифрою вказується рік), прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного (повністю); число повних років (цифрами); стать підкреслюється; місце роботи: назва і місце знаходження підприємства, установи, організації (повністю).

3.2. У графі "Діагноз первинний" лікар вказує первинний діагноз у перший день видачі ЛН. У графі "Діагноз заключний" лікар вказує остаточний діагноз, а в графі "шифр МКХ-10" - шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

3.3. У графі "Причина непрацездатності:" слід обов'язково підкреслити відповідну причину звільнення від роботи. П 2, 4 виправленню не підлягають.

3.4. У графі "Режим:" обов'язково вказати режим, який призначається хворому: стаціонарний, амбулаторний, постільний, домашній, санаторний, вільний тощо.

3.12. У графі "Звільнення від роботи" у першому стовпчику "З якого числа" дата видачі ЛН (число, місяць, рік) позначається арабськими цифрами; у другому стовпчику "До якого числа включно" дата продовження ЛН (число і місяць) позначається літерами; у четвертому стовпчику "Підпис та печатка лікаря" продовження або закриття ЛН підтверджується підписом та печаткою лікаря.

Якщо ЛН продовжується в амбулаторних умовах, запис терміну лікування здійснюється відповідно до п. 2.2 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 року № 455, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 року за № 1005/6196. Продовження ЛН здійснюється з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря, завідувача відділення або голови лікарсько-консультативної комісії, що засвідчується їх підписами.

У стаціонарному відділенні запис усього терміну лікування може бути вказаний в одному рядку з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря і завідувача відділення, що засвідчується їх підписами та печатками.

3.13. У графі "Стати до роботи" вказують словами число і місяць коли приступити до роботи; посаду, прізвище лікаря, що засвідчується його підписом та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності". У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється "Продовжує хворіти" та зазначається номер нового ЛН.

4.5. У разі помилок у тексті здійснюється виправлення тексту, що підтверджується записом "Виправленому вірити", підписом лікуючого лікаря та печаткою закладу охорони здоров'я "Для листків непрацездатності".

На бланку ЛН дозволяється не більше двох виправлень.

11. Номери бланків ЛН, дата видачі, продовження, дати відвідування на повторні огляди, виписки на роботу обов'язково фіксують у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

12. У разі втрати ЛН оформлення дубліката ЛН здійснюється лікуючим лікарем при наявності довідки з місця роботи про те, що виплата за цим ЛН не здійснювалася. У верхньому правому кутку ЛН зазначається "дублікат", у графі

"Звільнення від роботи" одним рядком записується весь період непрацездатності, що підтверджується підписом і печаткою лікуючого лікаря та голови лікарсько-консультативної комісії. У медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого робиться відповідний запис із зазначенням номера дубліката ЛН.

ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ
Лицьовий бік

Заповнюється лікарем і зберігається в закладі охорони здоров'я	<p>ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №..... <small>(відповідне підкреслити)</small></p> <p>Серія №.....</p> <p>..... <small>(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)</small></p> <p>..... <small>(прізвище лікаря)</small></p> <p>..... <small>(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</small></p> <p>№ медичної карти</p> <p>Виданий 20..... р. <small>(число, місяць)</small> <small>(Підпис одержувача)</small></p>	КОРІНЕЦЬ
--	---	-----------------

ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У			ПРИМІТКА:	
	<p>ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА №..... <small>(відповідне підкреслити)</small></p> <p>Серія..... №.....</p> <p>..... <small>(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я)</small></p> <p>Виданий 20..... р. <small>(число, місяць)</small></p> <p>..... <small>(прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного)</small></p> <p>Вік <small>(повних років)</small></p> <p>..... <small>(місце роботи: назва підприємства, установи, організації)</small></p>				Печатка закладу охорони здоров'я Чол. Жін. відповідне підкреслити Шифр МКХ-10.....
	Діагноз первинний:		Діагноз заключний:		
	Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, не виробничі травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.				
	РЕЖИМ:		Відмітки про порушення режиму:		
	Перебував у стаціонарі з.....20.....р. по.....20.....р.		Підпис лікаря..... Направлений у МСЕК20.....р. Підпис голови ЛКК.....		
	Перевести тимчасово на іншу роботу з.....20.....р. по.....20.....р. Підпис голови ЛКК..... М. П.		Оглянутий у МСЕК.....20.....р. Висновок МСЕК.....		
	Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П.		Підпис голови МСЕК..... М. П. МСЕК		
	З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И				
	З якого числа	До якого числа включно	Посада і прізвище лікаря		Підпис та печатка лікаря
3 <small>(число, місяць, рік)</small> <small>(словами число і місяць)</small>				
3 <small>(число, місяць, рік)</small> <small>(словами число і місяць)</small>				
3 <small>(число, місяць, рік)</small> <small>(словами число і місяць)</small>				
3 <small>(число, місяць, рік)</small> <small>(словами число і місяць)</small>				
СТАТИ ДО РОБОТИ					
3 <small>(словами число і місяць)</small> <small>(словами число і місяць)</small> <small>(посада, прізвище)</small> <small>(підпис лікаря)</small>		
Виданий листок непрацездатності (продовження) №... ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ		Печатка закладу охорони здоров'я			

м'які. На щоках гіперемія, шкіра суха. Дихання шумне, 40 за хв. Пульс 120 за хв, АТ 80/40 мм рт. ст. У повітрі запах ацетону. Печінка виступає з-під реберної дуги на 2 см. Які лікарські препарати ви будете використовувати для надання допомоги?

- А) Ізотонічного розчину натрію хлориду
- Б) 5% розчин глюкози
- В) Інсулін короткої дії
- Г) 40% розчин глюкози
- Д) 4,5% розчин бікарбонату натрія

Еталон відповіді: В.

2. У дитячому садку у дитини 2,5 років розвинулась клінічна картина гострого стенозуючого ларінготрахеїту III ступеня. Яка тактика лікаря дитячого садку? Вкажіть всі правильні відповіді

- А) Терміновий виклик реанімаційної бригади та госпіталізація
- Б) Самостійна інтубація трахеї або конікотомія
- В) Виклик лінійної бригади швидкої допомоги та введення шлункового зонда
- Г) Введення адреналіну
- Д) Внутрішньом'язове або внутрішньовенне введення гормональних препаратів

Еталон відповіді: А, Д.

3. У трьохрічної дитини в дитсадку під час обстеження виявлені яйця гостриків. Які протиепідемічні заходи треба організувати в сім'ї дитини?

- А) Обстеження та лікування (при необхідності) всіх контактних
- Б) Дати всім контактним антигельмінтний препарат
- В) Провести заключну дезінфекцію в дитсадку та помешканні дитини
- Г) Госпіталізувати всіх контактних

Еталон відповіді: А.

4 Фактори, що не сприяють створенню лікувально-охоронного режиму в дитячому закладі:

- А) Відповідний санітарний стан приміщень.
- Б) Контакт медичних працівників з дитиною в приймальному відділенні.
- В) Правильна організація харчування, сну, відпочинку.
- Г) Діагностичні та лікувальні процедури.
- Д) Принцип раціонального розміщення хворих з урахуванням їх психологічної сумісності

Еталон відповіді: Д.

5. Дитина голосно кричить, спить близько 22 годин на добу, приймає ембріональну позу, якщо її розгорнути, добре виражені вроджені безумовні рефлекси опори, повзання, автоматичної ходи, хапальний, Моро, Галанта, Переса. Назвіть вік дитини.

- Е) Новонароджена, доношена дитина.
- Ж) Дитина віком 1 місяць
- З) Новонароджена недоношена дитина
- И) Дитина віком 2 місяці

Еталон відповіді: А.

5.2. Задачі. (α = III)

Задача 1: На прийом до лікаря прийшла мати з хворою дитиною 3-х років. Дитина хворіє вже 10 днів гострим бронхітом, мати знаходиться на лікарняному листку по догляду за хворою дитиною 10-й день. Стан дитини потребує подовження лікування.

Запитання: Чи можна продовжити матері дитини лікарняний листок? Хто має право це зробити, на який термін? Заповніть лікарняний листок на запропонованих викладачем зразках. Який документ отримає мати, якщо дитина буде хворіти 20 днів?

Задача 2: На прийом до лікаря прийшов батько із хворою дитиною 2,5 років. За станом, дитина може лікуватися амбулаторно. Мати, що знаходиться у відпустці по догляду за цією дитиною до 3-х років, захворіла та госпіталізована на стаціонарне лікування. Доглядати за дитиною нема кому, окрім працюючого батька.

Запитання: Який документ слід надати батькові на період лікування дитини? Хто має право його видавати?

Задача 3. До хлопчика 6 років викликали дільничного лікаря. Дитина скаржиться на загальну слабкість, генералізований свербіж та почервоніння шкіри, гостре підвищення температури тіла до 38С. Із анамнезу - перший день хвороби. Протягом кількох годин після обробки невеликого садна іхтіоловою маззю з'явилися розлиті гіперемовані папульозно-уртикарні висипання, що виступають над поверхнею шкіри в ділянці передпліччя, живота, стегон, гомілок.

Запитання: Який найбільш імовірний діагноз захворювання. Тактика лікаря відносно обстеження та лікування пацієнта. Яку медичну документацію треба заповнювати?

Задача 4. У дитини 3 років з ранку підвищилася температура тіла до 38,7С, по дорозі до амбулаторії на шкірі ніг та сідницях з'явилася висипка геморагічного характеру з некрозом в центрі. Оглянута дільничним лікарем. Об'єктивно: дитина загальмована, шкіра бліда, вкрита холодним потом, АТ 60/30 мм рт ст., ЧСС 130 за хвилину.

Запитання: Який найбільш імовірний діагноз захворювання. Тактика лікаря відносно обстеження та лікування пацієнта. Яку медичну документацію треба заповнювати?

Задача 5. Мати викликала дільничного лікаря 22.01 до дівчинки 5 років, у якої ввечорі 21.01 з'явилась везикулярна висипка на голові, шії, животі, яка викликала свербіж, підвищення температури до 38,5С, кволість. Останній раз була у дитячому садку 21.02. При огляді – стан середньої важкості, температура 37,6С, везикулярний висип на тулубі, волосистій частині голови, кінцівках, обличчі. Висипка свербить. Помірна гіперемія задньої стінки глотки.

Запитання: Встановіть діагноз, заповніть екстрене повідомлення в СЕС.

Задача 6. 22 грудня 2012 року на прийом до дільничного лікаря прийшла мати з хворою дитиною 4-х років. Дитині був встановлений діагноз гострий бронхіт, середньої ступені тяжкості, гострий перебіг. Мати - Петренко Оксана

Іванівна, працює вчителькою молодших класів у середній школі №2 м.Чернігов.

Запитання: Заповнити матері листок непрацездатності спираючись на Інструкцію про порядок заповнення листка непрацездатності

Заняття 2.

Тема заняття: Захворюваність та смертність дітей різних вікових груп. Шляхи зниження дитячої смертності. Оцінка демографічних показників і показників здоров'я населення.

1. Актуальність теми.

Охорона здоров'я дітей, забезпечення умов для їх всебічного розвитку визначені в Україні загальнонаціональним пріоритетом, що закріплено законодавчими актами, Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України. Завданням нашої держави є забезпечення виконання положень Конвенції ООН про права дитини, повного досягнення цілей декларації, яка передбачає сприяння розвитку і вихованню здорового покоління.

Здоров'я дітей можна охарактеризувати як стан їх життєдіяльності, що відповідає біологічному віку, гармонійній єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, а також адекватному формуванню адаптаційних та компенсаторних можливостей дитячого організму в процесі його росту. Забезпечення умов для належного формування і розвитку дитячого організму передбачає постійний контроль за показниками здоров'я дітей з метою визначення пріоритетних проблем, виявлення особливостей і тенденцій стану здоров'я. В діяльності практичного лікаря статистична та аналітична робота займає визначне місце, бо дозволяє не лише якісно складати статистичні звіти, а вказує на досягнення та недоліки в роботі лікаря та визначає напрямки її

поліпшення. Вивченню демографічних процесів та їх аналізу присвячене наступне заняття.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = II$)

- основні демографічні процеси,
- закономірності формування демографічної ситуації та її особливості в Україні,
- методику обліку та аналізу різних демографічних показників,
- аналіз закономірностей і тенденцій цих показників у динаміці,
- практичне застосування демографічних показників в діяльності закладів і органів охорони здоров'я,
- показники діяльності амбулаторних та стаціонарних медичних закладів, в яких надається допомога дітям,
- медичну документацію, яка ведеться лікарем на різних рівнях надання медичної допомоги;
- правила заповнення історії розвитку дитини;
- методику проведення диспансеризації у дітей;
- методи оцінки стану здоров'я дитини в амбулаторних умовах.

інтерн повинен уміти ($\alpha = II$)

- заповнювати облікові документи для вивчення природного руху населення;
- обчислити та оцінити основні демографічні показники.
- оцінити стан дитини;
- зібрати анамнез та зробити запис у історії розвитку дитини;
- заповнювати медичну документацію;
- проводити бесіди з батьками по догляду за дітьми;
- оцінити стан здорової та хворої дитини;
- провести оцінку фізичного та нервово-психічного розвитку;
- призначити дієту дитині згідно віку та стану

Виховні цілі заняття ($\alpha = II$)

- Інтерн повинен знати предмет і зміст медичної статистики, практичне значення і застосування.
- Деонтологічні аспекти обстеження дітей на прийомі, у дитячому садку та школі.

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю.

1. Які існують основні демографічні процеси,
2. Назвіть закономірності формування демографічної ситуації та її особливості в Україні.
3. Які методики використовуються для обліку та аналізу основних медичних демографічних процесів
4. Перепис населення її значимість, параметри проведення. Народжуваність і фактори на неї впливають. Розрахунок загального коефіцієнта народжуваності. Правові аспекти реєстрації народження
5. Живородіння і мертвонародження: поняття і параметри визначення
6. Основні показники в статистиці дитячої смертності
7. Розрахунок сумарного показника малюкової смертності різними способами
8. Розрахунок неонатальної смертності: ранньої та пізньої. Постнеонатальна смерність .
9. Поняття перинатального періоду, причини перинатальної смертності її розрахунок. Мертвонароджуваність.
10. Перерахуйте завдання лікаря-педіатра, щодо покращення демографічної ситуації.
11. Методи оцінки стану здоров'я дітей в умовах закладу первинної медико-санітарної допомоги.
12. Назвіть показники діяльності амбулаторних та стаціонарних медичних закладів, в яких надається допомога дітям, та вкажіть методику їх розрахунків.

3.2. Тести для контролю($\alpha = II$)

1. Медична статистика розраховує смертність немовлят з використанням різних формул. Визначіть за допомогою якої з наведених формул можна розрахувати дійсний рівень смертності немовлят.

- А) Кількість дітей, померлих у віці 0-12 місяців \times 1000 кількість дітей народжених живими за рік
- Б) Кількість померлих дітей \times 1000 кількість дітей народжених живими за рік
- В) Кількість дітей, померлих у віці 0-12 місяців \times 1000 загальна кількість населення
- Г) Кількість дітей народжених за рік \times 1000 Кількість дітей, померлих у віці 0-12 місяців

Еталон відповіді: А

2. Одним із важливих показників, що характеризують стан здоров'я населення, є середня очікувана тривалість життя. Який віковий показник смертності найбільш впливає на тривалість життя?

- А) Мертвонароджуваність
- Б) Смертність дітей старше 1 року
- В) Смертність немовлят
- Г) Смертність у працездатному віку
- Д) Смертність серед осіб похилого віку

Еталон відповіді: Г

3. У пологовому будинку за рік народилося живими 725 дітей, 4 дитини народилися мертвими, 1 дитина померла на 5 день життя. Визначити за допомогою якого показника можна охарактеризувати дану демографічну ситуацію.

- А) Перинатальна смертність
- Б) Загальна смертність
- В) Народжуваність
- Г) Смертність немовлят
- Д) Мертвонароджуваність

Еталон відповіді: А

4. У районі, де мешкає 76000 чоловік, за рік народилося живими 725 дітей. Визначити, за допомогою якого показника можна охарактеризувати дану демографічну ситуацію.

- А) Коефіцієнт життєстійкості
- Б) Загальна плідність
- В) Народжуваність
- Г) Природний приріст населення
- Д) Шлюбна плідність

Еталон відповіді: В

5. Серед причин смерті населення в останньому році перше місце займають серцево-судинні захворювання (60%), друге – новоутворення (18%), потім – травми (8,3%) та інш. Які діаграми найбільш інформативно ілюструють структуру явищ, що вивчаються?

- А) Радіальна
- Б) Картограма
- В) Лінійна
- Г) Секторна
- Д) Стовпчикова

Еталон відповіді: Г

6. При організації санаторно-курортного харчування школярів, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, було запропоновано забезпечити регламентовану кількість в раціонах нутрієнтів, що вступають у конкурентні взаємовідносини з радіонуклідами та запобігають їхньому всмоктуванню у шлунково-кишковому тракті. Які нутрієнти мають пріоритетне значення для забезпечення вказаної біологічної дії їжі?

- А) Калій, кальцій, харчові волокна
- Б) Залізо, цинк, легкозасвоювані вуглеводи
- В) Рослинні жири, харчові волокна
- Г) Жиророзчинні вітаміни, тваринні білки

Д) Магній, фосфор, рослинні білки

Еталон відповіді: А

7. В класі середньої школи навчається 39 школярів. Протягом року 4 дитини не хворіли зовсім, 9 хворіли один раз, 11 - 2 рази, 6 - 3 рази, 5 - 4 рази, 2 - 5 разів, 1 - 6 раз і 1 - 8 раз. Скільки учнів в класі відносяться до групи часто хворіючих?

А) 1 чоловік

Б) 15 чоловік

В) 4 чоловіки

Г) 2 чоловіка

Д) 9 чоловік.

Еталон відповіді: Д

8. Інформаційно-аналітичний відділ ЦРЛ повинен проаналізувати демографічну ситуацію на території району. Між працівниками відділу були розподілені відповідні завдання. Зокрема одному із них було доручено вивчити народжуваність населення. Які облікові документи повинні стати для нього джерелом інформації?

А) Історія пологів

Б) Історія розвитку новонародженого

В) Обмінна карта: відомості про новонародженого

Г) Медичне свідоцтво про народження

Д) Свідоцтво про народження

Еталон відповіді: Д

9. Дільничий лікар має підготувати доповідь на нараду про стан здоров'я дитячого населення своєї території обслуговування. Які медичні показники здоров'я дитячого контингенту він повинен використати при цьому?

А) Соціального добробуту, задоволення якістю життя

Б) Захворюваність, інвалідність, демографічні, фізичний розвиток

В) Способу життя, забруднення довкілля, генетичні

Г) Середня тривалість лікування хворого, питома вага ускладнень

Д) Середня тривалість життя

Еталон відповіді: Б

10. Районним педіатром проведено аналіз дитячої смертності на підпорядкованій території. Які показники ним були використані?

- А) Смертність дітей до 1 року, мертвонароджуваність
- Б) Смертність дітей до 1 року за віком, статтю, причинами
- В) Летальність дітей за віком, у стаціонарах
- Г) Смертність підлітків у районі
- Д) Смертність немовлят у районі

Еталон відповіді: Б

3.3. Задачі для контролю. ($\alpha = \Pi$)

Задача 1. Лікар сільської лікарської амбулаторії був викликаний до жительки віддаленого села, яка вдома без надання медичної допомоги народила дитину.

Запитання: Який документ повинен оформити лікар для того, щоб зареєструвати цей випадок народження дитини?

Еталон відповіді: Медичне свідоцтво про народження

Задача 2. Жінка народила в міському пологовому будинку мертву дитину. Згідно з чинним законодавством України необхідно зареєструвати випадок мертвонародження в органах реєстрації актів громадянського стану.

Запитання: На підставі якого документу це можна зробити?

Еталон відповіді: Лікарське свідоцтво про перинатальну смерть.

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на занятті:

- Провести огляд дитини
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження
- Розрахувати статистичні та динамічні демографічні показники на запропонованій дільниці, скласти план перепису населення.
- Розробити заходи, які оптимізують демографічні показники.

- Розрахувати показники стану здоров'я дітей у наданій викладачем групі.

4.2. Професійний алгоритм(описання практичної навички)

Розрахунок деяких показників

№	Завдання	Послідовність виконання(методика проведення)	Примітка
1.	<u>- Рання неонатальна смертність</u>	відношення числа дітей, померлих на 1-й тижня життя в даному році, до числа народжених живими в даному році, помножене на 1000	‰
2	<u>Пізня неонатальна смертність.</u>	відношення числа дітей, померлих на 2-4-й тижня життя в даному році, до числа народжених живими в даному році, помножене на 1000	‰
3	<u>Неонатальна смертність</u>	відношення числа дітей, померлих у перші 28 днів життя в даному році, до числа народжених живими в даному році, помножене на 1000	‰
4	<u>Постнеонатальної смертність</u>	відношення числа дітей, померлих у віці від 29 днів до 1 року, до різниці між числом народжених живими і кількістю померлих в перші 28 днів життя, помножене на 1000	‰

5.Навчальні завдання до заключного етапу заняття (α = III)

5.2. Задачі. (α = III)

Задача 1. У регіоні через сприятливі природно-кліматичні, екологічні та соціально-економічні умови відмічено збільшення кількості пенсіонерів, які переїхали до регіону з інших куточків країни. Держадміністрація оцінивши резервну місткість регіону, ввела ряд пільг, які спричинили аналогічне масове переселення з-за кордону.

Запитання: Визначить, який вид механічного руху населення відбувається в регіоні.

Задача 2. В поточному році народилося живими 804 дітей. Померли на першому році життя 12. В минулому році народилось живими 650 дітей.

Запитання: Який показник можна розрахувати на підставі цих даних?

Задача 3. Серед дитячого населення одного з районів міста Машевка (Полтавська область) відмічався нерівномірний колір зубів: білі плями, поперечні коричневі смуги. Стоматологом під час профогляду встановлено великий відсоток карієсу.

Запитання: Що ймовірно є причиною появи даних симптомів? Який з мікроелементів міг бути причиною захворювання – Ca, Mg, F, J, Fe?

Заняття 3.

Тема заняття: Організація роботи вузьких спеціалістів з дитячим контингентом

1. Актуальність теми.

У більшості країн світу структуру системи охорони здоров'я становить первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) та спеціалізована допомога. При цьому заклади ПМСД надають до 90 відсотків загального обсягу медичної допомоги. Згідно Конституції України ПМСД повинна бути основним, доступним і безкоштовним для кожного громадянина видом медичного обслуговування. Надання доступної, соціально прийнятної первинної лікувально-профілактичної допомоги як основної частини ПМСД населенню передбачає консультацію лікаря, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта на інші рівні для надання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги. Дільничному педіатру та сімейному лікарю належить провідна роль в організації диспансеризації дитячого населення, профілактиці захворювань. Лікар повинен вміти вчасно розпізнати ту чи іншу патологію та залучати вузьких спеціалістів як в процес лікування пацієнта, так і до участі у профілактичній роботі. Від правильної організації цієї співпраці залежить вчасне виявлення захворювань, призначення адекватного лікування

та профілактики. Наступна тема присвячена роботі вузьких спеціалістів в системі амбулаторної допомоги дітям.

2. Навчальні цілі заняття

- інтерн повинен знати ($\alpha = \Pi$)

- основні положення про лікаря-спеціаліста, згідно діючих Наказів та інструкцій
- календар профілактичних оглядів дитини лікарями спеціалістами у різні вікові періоди
- методика профілактичних оглядів дітей лікарями-спеціалістами.

інтерн повинен уміти ($\alpha = \Pi$)

- провести обстеження пацієнта;
- поставити попередній діагноз;
- організувати свою роботу при проведенні профілактичних оглядів дитячого контингенту;
- планувати свою роботу з диспансеризації разом із вузькими спеціалістами;
- обґрунтувати покази до направлення на консультацію до вузьких спеціалістів;
- оформити документацію при направленні дитини на прийом до вузьких спеціалістів;
- обрати оптимальні схеми лікування, відповідно до консультації вузьких спеціалістів.

Виховні цілі заняття ($\alpha = \Pi$)

- досягнення українських науковців питаннях обстеження дитячого населення вузькими спеціалістами.
- психологічні особливості дітей у різні вікові періоди.
- деонтологічні аспекти профілактичного огляду та лікування дітей лікарями-спеціалістами.

3. Питання для контролю

1. Функціональні обов'язки вузьких спеціалістів, які працюють із дитячим контингентом.
2. Організація роботи вузьких спеціалістів, медична документація.
3. Обсяг медичного огляду дитини у віці 0-3 роки, 5-6 років (перед вступом до навчального загальноосвітнього закладу), в препубертатному та пубертатному віці.
4. Профілактичні огляди дітей вузькими спеціалістами в організованих дитячих колективах.
5. Мета та обсяг огляду хлопчиків лікарем-андрологом.
6. Мета та обсяг огляду дівчаток лікарем-гінекологом.
7. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-стоматологом.
8. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-кардіоревматологом
9. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-хірургом, урологом
10. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-ортопедом
11. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-офтальмологом
12. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-алергологом
13. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-неврологом
14. Мета та обсяг огляду дітей лікарем-ендокринологом

3. 1. Тести для контролю ($\alpha = II$).

1. Які права має лікар-спеціаліст (виберіть правильну відповідь):

- А) Надавати медичну допомогу дитячому населенню за відповідною спеціальністю. Видавати документи, що засвідчують тимчасову непрацездатність та інші довідки в межах своєї компетенції.
- Б) Надавати медичну допомогу дитячому населенню за відповідною спеціальністю. Контролювати дії педіатра та інших вузьких спеціалістів. Складати графік консультативної та лікувально-профілактичну допомогу хворим дітям.
- В) Здійснювати консультативну та лікувально-профілактичну допомогу хворим дітям у приватному порядку. Надавати медичну допомогу

дитячому населенню не тільки за своєю спеціальністю, та корегувати лікування, призначене дільничним лікарем.

Еталон відповіді: Б

2. Проведення лікувально-діагностичних процесів у денному стаціонарі передбачає:
- А) Лікування, дообстеження та профілактичні заходи.
 - Б) Ургентне лікування, призначене дільничним педіатром, або вузькими спеціалістами.
 - В) Лікування, хворої дитини, за епідеміологічними показаннями не може знаходитись у стаціонарі.

Еталон відповіді: А

3. Вкажіть обсяг медичного профілактичного огляду учня 11 років:

- А) Огляд педіатра, ендокринолога, ортопеда, офтальмолога, загальний аналіз крові, кров на цукор.
- Б) Огляд педіатра, хірурга, ортопеда, офтальмолога, стоматолога, загальний аналіз крові, кров на цукор.
- В) Огляд педіатра, ортопеда, невролога, стоматолога, загальний аналіз крові, кров на цукор.

Еталон відповіді: Б

4. Обсяг медичного обстеження вузькими спеціалістами дитини перед вступом до загальноосвітнього навчального закладу

- А) Хірург-ортопед, офтальмолог, оториноларінголог, ендокринолог, психолог, психіатр, стоматолог, логопед та інші спеціалісти за показаннями.
- Б) Психіатр, офтальмолог, пульмонолог, фтизіатр.
- В) Огляд вузькими спеціалістами в цьому віці не проводиться.

Еталон відповіді: А

5. Мета гінекологічного обстеження дівчини-підлітка.

- А) Виявлення порушень гігієнічного режиму дівчини, та ознак статевого життя, з метою повідомлення батьків.

- Б) Оцінка розвитку вторинних статевих ознак та функціонального стану репродуктивної системи дівчинки; профілактика, виявлення та лікування запальних захворювань статевих органів; консультація щодо питань гігієни, а також методів контрацепції (за потреби).
- В) Обстеження зовнішніх статевих органів з оцінкою їх відповідності віковим нормам, оцінка стану слизової оболонки вихідного отвору сечовивідного каналу і наявності виділень; ректальне дослідження за показаннями.

Еталон відповіді: Б

6. Дитина 5,5 років. Неорганізована. Прийшла з батьками до амбулаторії з метою профілактичного огляду. Який об'єм лабораторного та інструментального обстеження повинен запропонувати дільничний лікар, якщо дитина з цього року повинна йти до школи?

- А) Загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; аналіз калу на яйця глистів; аналіз крові на цукор, ЕКГ, проведення проби Руф'є
- Б) Гострофазові показники крові, АСТ, АЛТ, загальний аналіз сечі, копрограма, ЕКГ, УЗД серця
- В) Лабораторного обстеження проводити не треба, ЕКГ за згодою батьків, проведення проби Руф'є

Еталон відповіді: А

7. Дівчинка 12 років прийшла до дільничного лікаря зі скаргами на біль в низу живота. Під час опитування лікар з'ясував, що декілька тижнів тому у дівчини були незначні кров'яністі виділення з полових органів. Раніше подібних скарг не було. Які на ваш погляд повинні бути дії дільничного лікаря?

- А) Відправити у стаціонар для встановлення діагнозу
- Б) Направити на консультацію до дитячого геніколога та ендокринолога
- В) Виписати направлення на загальний аналіз сечі та крові, відправити на консультацію до гінеколога та уролога.

Еталон відповіді: Б

3. 2. Задачі для контролю ($\alpha = II$)

Задача 1. Дитина 10 років скаржиться на погіршення зору, частий головний біль.

Запитання: Складіть план обстеження дитини.

Задача 2. До закладу первинної медико-санітарної допомоги звернулись батьки здорової 9-місячної дитини, які щойно переїхали з іншого міста. Зі слів батьків медичну документацію, під час переїзду було втрачено.

Запитання: Визначить тактику дільничного лікаря та обсяг обстеження цієї дитини.

Задача 3. Хлопчик у віці 5 років, щойно під час гри отримав тупу травму в області лівої орбіти. При огляді виявлено набряк та підшкірний крововилив під лівим оком.

Запитання: Які додаткові обстеження необхідні для встановлення діагнозу?

4. Матеріал для аудиторної роботи

4. 1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на занятті

- збирати скарги, анамнез хвороби;
- провести обстеження пацієнта;
- поставити попередній діагноз;
- обґрунтувати покази до направлення на консультацію до вузьких спеціалістів;
- оформити документацію при направленні дитини на прийом до вузьких спеціалістів;
- обрати оптимальні схеми лікування, відповідно до консультації вузьких спеціалістів.

4. 2. Професійний алгоритм (описання практичної навички)

№	Завдання	Послідовність виконання (методика проведення)	Примітка
1.	Оцінка полового розвитку дівчинки за	<u>Ах - ріст волосся у пахвинних ділянках</u> Ах 1 - відсутність росту волосся Ах 2 - поодинокі пряме волосся в центрі пахвової западини	Проти-показання: Не має

2	<p>Танером</p> <p>Оцінка полового розвитку хлопчика</p>	<p>Ах 3 - волосся, що в'ється, більш густе, довге - в центрі пахвової западини</p> <p>Ах 4 - густе волосся, що в'ється, по всій пахвовій западині</p> <p><u>Р - ріст волосся на лобку</u></p> <p>Р 1 - відсутність росту волосся</p> <p>Р 2 - поодинокі пряме волосся в центрі лобка та на великих статевих губах</p> <p>Р 3 - волосся, що в'ється на лобку та на великих статевих губах</p> <p>Р 4 - густе волосся, що в'ється по всій площі лобка, на соромних губах</p> <p>Р 5 – волосся у вигляді трикутника верхівкою донизу, займає всю ділянку лобка до пахових складок, поодинокі волосся на внутрішній поверхні стегон</p> <p><u>Ма – розвиток молочної залози</u></p> <p>Ма 1 - молочна залоза не збільшена</p> <p>Ма 2 - набухання навколососкового кружка молочної залози та збільшення його діаметра</p> <p>Ма 3 - молочна залоза конічної форми</p> <p>Ма 4 - юнацькі груди округлої форми, ареола пігментована, сосок здіймається</p> <p>Ма 5 - зрілі груди округлої форми, як у дорослої жінки</p> <p><u>Ме – менструальна функція</u></p> <p>Ме 1 - менструації відсутні</p> <p>Ме 2 - поодинокі менструації на період обстеження</p> <p>Ме 3 - менструації нерегулярні</p> <p>Ме 4 - регулярні менструації</p> <p><u>Статева формула:</u> (описується, наприклад, Р1 Ах1 Ма2 Ме1)</p> <p>-</p> <p><u>ґ - ріст волосся на обличчі:</u></p> <p>ґ₁ - відсутність росту волосся</p> <p>ґ₂ - поява пушкового волосся над верхньою губою</p> <p>ґ₃ - ріст волосся на щоках та під нижньою губою</p> <p>ґ₄ - ріст волосся на обличчі, як у дорослого чоловіка</p> <p><u>Ах - ріст волосся у пахвинних ділянках</u></p> <p>Ах 1 - відсутність росту волосся у пахвовій западині</p> <p>Ах 2 - поодинокі пряме волосся</p>	
---	---	---	--

	<p>Ах 3 - волосся, що в'ється в центрі пахвової западини</p> <p>Ах 4 - густе волосся, що в'ється по всій пахвовій западині</p> <p><u>Р - ріст волосся на лобку</u></p> <p>Р1 - відсутність росту волосся</p> <p>Р2 - поодинокі пряме волосся</p> <p>Р3 - волосся, що в'ється навкруг кореня статевого члена</p> <p>Р4 - густе волосся, що в'ється по всій площі лобка за жіночим типом</p> <p>Р5 - ріст волосся на лобку за чоловічим типом</p> <p>ОЯ - окружність яєчок (тестоміром)</p> <p>ДП - довжина пеніса по дорсальній поверхні - від кореня до голівки без урахування крайньої плоти (в см)</p>	
--	--	--

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття ($\alpha = III$)

5.2. Задачі. ($\alpha = III$)

Задача 1. Хворого Ж., 12 років, турбують напади ядухи експіраторного характеру, що повторюються протягом доби 3-4 рази, в тому числі вночі 1-2 рази; кашель з виділенням невеликої кількості слизового харкотиння. Хворіє протягом 2 місяців. Захворювання почалось з нападів кашлю, а через місяць з'явилися напади ядухи. В ранньому дитинстві, багато разів повторювалась кропив'янка. Об'єктивно: над легенями ясний звук, розсіяні сухі зі свистом хрипи. Тони серця дещо ослаблені, тахікардія до 92 ударів за 1 хв., АТ 110/80 мм рт.ст. З боку інших органів патології не виявлено.

Запитання: Поставте діагноз. Призначте комплекс додаткових методів обстеження і лікування. Чи показана консультація вузьких спеціалістів?

Задача 2. У дитини 15 років, під час профілактичного огляду виявлено посилений верхівковий поштовх, розширення лівої границі відносної тупості серця на 2 см, послаблення I тону над верхівкою і там же систолічний шум, акцент II тону над легеневою артерією. В анамнезі у 12 років – тривалий субфебрилітет з незначними болями в колінних суглобах. З боку інших органів патології не виявлено.

Запитання: Поставте попередній діагноз. Призначте необхідні додаткові обстеження. Чи підлягає цей пацієнт диспансерному спостереженню? Чи показана консультація вузьких спеціалістів?

Задача 3. Хвора дівчинка 15 років, протягом 7 років спостерігалась в кардіоревматологом. Лікувалась нерегулярно. Останнє загострення хвороби відмічає після перенесеної ангіни. Лікувалась в стаціонарі. Виписана з діагнозом: Ревматизм, активна фаза, II ст. активності, безперервно-рецидивуючий ревмокардит. Складна мітральна вада серця НК-IIА.

Запитання: Визначте прогноз захворювання та лікарську тактику щодо лікування хворої. Визначте шляхи реабілітації хворої.

Задача 4. Хвора дитина 16 років, звернулась зі скаргами на задишку, набряки на гомілкх і під очима, головний біль, слабкість. Три тижні тому перенесла ангіну, через тиждень після якої з'явилися описані вище симптоми. При огляді хворої виявлена блідість шкіри і слизових оболонок, набряклість обличчя, набряки на гомілкх, стегнах, у поперековій ділянці. Задишка до 32 дихальних рухів за хв. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук, везикулярне дихання. Границі відносної тупості серця розширені вліво на 2 см, тони послаблені, II тон над аортою посилений, систолічний шум над верхівкою. Пульс 92 удари/ хв., ритмічний, АТ 140/85 мм рт. ст. Живіт збільшений в об'ємі за рахунок набряку підшкірної клітковини. Нижній край печінки на 2 см виступає з-під краю реберної дуги. Аналіз крові: Hb – 85 г/л, ер. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, ШОЕ – 48 мм/год. Аналіз сечі: питома густина – 1010, білок – 0,066 г/л, лейкоцити – 6-8 у полі зору, ер. вилужені – 8-12 у полі зору, циліндри гіалінові – 4-6 у полі зору, денний діурез – 200, нічний – 350 мл.

Запитання: Поставте діагноз. Призначте необхідні додаткові обстеження та визначте тактику лікування. Чи підлягає ця пацієнтка диспансерному спостереженню? Чи показана консультація вузьких спеціалістів?

Задача 5. Дівчина 13-и років, що страждає на інсулінозалежний цукровий діабет, доставлена до відділення невідкладної терапії зі сплутаною свідомістю,

неадекватною метушливою поведінкою, пітливістю, підвищеним слиновиділенням, тахікардією.

Запитання: Поставте діагноз. Яке дослідження, у першу чергу, необхідно провести? Яку невідкладну медичну допомогу треба провести?

Задача 6. Дитині 8 місяців. Перебіг вагітності і пологів фізіологічний. Маса при народженні дитини становила 3200 г, маса у 8 місяців – 7500 г. Вигодовування змішане. В якості докорму використовують кефір, незбиране коров'яче молоко. Введено перший прикорм – манну і рисову молочні каші. Вітамін Д3 не одержував. При огляді хлопчик блідий, виражені лобні і тім'яні горби, симптомів розм'якшення кісткової тканини немає, на ребрах “чотки”. В легенях дихання пуерильне, частота дихань 32 за 1 хвилину. Тони серця звучні ритмічні. ЧСС 112 ударів/хв. Печінка виступає з-під ребра на 2,5 см, селезінка не пальпується. В крові вміст фосфору – 1 ммоль/ л, кальцію – 2,5 ммоль/ л.

Запитання: Сформулюйте діагноз. Проведіть корекцію харчування. Призначте лікування. Чи потребує дитина консультацію вузьких спеціалістів?

Задача 7. Хвора 16 років, скаржиться на серцебиття, задишку, субфебрилітет, біль у ділянці серця, поганий сон, дратівливість, зниження працездатності, похудіння. Хворіє близько 2 років. До лікарів не зверталась. При огляді: хвора зниженого харчування, шкіра волога, дрібний тремор рук. Симптоми Греффе та Мебіуса позитивні. Щитоподібна залоза збільшена, більше права доля, м'яка. Пульс – 118 уд. за 1 хв., ритмічний, АТ 140/60 мм рт. ст. Границі серця в нормі, тони серця чіткі, акцент II тону над легеневою артерією, систолічний шум на верхівці та в точці Боткіна.

Запитання: Ваш діагноз? Які додаткові методи обстеження та консультації потрібні? Лікарська тактика.

Задача 8. Юнак 16 років, знаходиться під диспансерним наглядом з приводу хронічного декомпенсованого тонзиліту. Восени після переохолодження і незначної болі у горлі з'явилися болі в колінних суглобах без їх припухання, що підсилюються при рухах. Об'єктивно: астеничної будови тіла, границі серця не розширені, над верхівкою вислуховується систолічний шум, перший тон без

ослаблення. Другий тон над легеневою артерією не підсилений. Пульс 80 ударів/хв., АТ 110/70 мм рт. ст. З боку інших органів і систем патології не виявлено, крім збільшення піднебінних мигдаликів, в лакунах яких є гнійні пробки.

Запитання: Складіть план додаткових обстежень і комплекс лікувально-профілактичних заходів. Чи потребує дитина консультацію вузьких спеціалістів?

Заняття 4.

Тема заняття: Особливості амбулаторного обслуговування дітей інвалідів.

Методи реабілітації в амбулаторних умовах.

1. Актуальність теми.

Дитяча інвалідність - надзвичайно гостра медико-соціальна проблема сучасного суспільства. За даними експертів ВООЗ, кількість дітей у віці до 18 років з обмеженням життєвих і соціальних функцій складає близько 10 % всього населення земної кулі. Наразі в Україні налічується близько 2,5 млн. інвалідів, у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів. В загальній структурі населення частка осіб цієї категорії становить приблизно 5 відсотків. Рівень інвалідності разом з показниками захворюваності, дитячої смертності, фізичного розвитку і медико-демографічними процесами є базовим індикатором стану здоров'я дитячого населення і відображає рівень економічного і соціального благополуччя країни.

Проблема дитячої інвалідності почала формуватися як самостійна і багатопланова лише останніми роками, хоча статус дитини-інваліда вперше був введений в СРСР в 1979 році. У багатьох країнах Європи термін "інвалід" не вживається. У термінології ВООЗ прийнятий термін "дезабільні особи", тобто індивіди, які мають те або інше обмеження життєвих функцій. Інваліди - це

частина дезабільних осіб з найбільш вираженими обмеженнями. У 1988 році була створена Міжнародна статистична база даних обліку дезабільних осіб (International Disability Statistics Base). З 1992 року показники по окремих захворюваннях враховуються і розробляються окремо для дитячого і дорослого населення. З того часу отримали поширеність терміни "діти-інваліди" і "дитяча інвалідність" .

2. Навчальні цілі заняття

- інтерн повинен знати ($\alpha = \text{II}$)

- поняття «реабілітація», «абілітація», «реабілітаційний потенціал»
- задачі реабілітації
- принципи реабілітації
- документи, на основі яких складається програма реабілітації
- порядок оформлення індивідуальної програми реабілітації

(абілітації) дитини-інваліда

- критерії, за якими визначається реабілітаційний потенціал
- критерії кількісної та якісної оцінки ефективності абілітаційних

(реабілітаційних) заходів у дітей-інвалідів

- інтерн повинен уміти ($\alpha = \text{II}$)

- скласти план обстеження дитини-інваліда з патологією ЦНС, опорно-рухового апарату, вродженими вадами серця, порушенням зору й слуху та іншою інвалідизуючою патологією

- трактувати результати отриманих загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження дитини-інваліда з патологією ЦНС, опорно-рухового апарату, вродженими вадами серця, порушенням зору й слуху та іншою інвалідизуючою патологією

- підрахувати та оцінити реабілітаційний потенціал дитині-інваліду
- скласти програму комплексних реабілітаційних заходів дитині зі спастичною формою ДЦП

- скласти програму реабілітації дитині з атонічною та астатичною формами ДЦП

- скласти програму реабілітації дитині з ДЦП із екстрапірамідними порушеннями
- скласти програму реабілітації дитини-інваліда з косоокістю та глибокою амбліопією косого ока
- скласти програму реабілітації дитини-інваліда з вродженою міопією високого ступеню
- скласти програму реабілітації дитини-інваліда з вродженою вадою серця,
- скласти програму реабілітації глухо-німої дитини
- підрахувати коефіцієнт ефективності проведених абілітаційних (реабілітаційних) заходів та дати його оцінку

• **Виховні цілі заняття ($\alpha = \Pi$)**

- інтерн повинен знати досягнення українських науковців у питаннях вивчення дитячої інвалідності, розробки методів та програм абілітації (реабілітації) для дітей-інвалідів
- психологічні особливості дитини, яка має інвалідизуючу патологію
- деонтологічні аспекти реабілітації (абілітації) інвалідів

3. Питання для контролю:

- 1 Що таке абілітація? Чим вона принципово відрізняється від реабілітації?
- 2 Назвіть основні задачі абілітаційно – реабілітаційного процесу в амбулаторних умовах.
- 3 Які Ви знаєте принципи абілітації (реабілітації)?
- 4 Що таке індивідуальна програма реабілітації дитини- інваліда? На підставі яких документів вона розробляється?
- 5 З яких розділів складається індивідуальна програма реабілітації дитини-інваліда?
- 6 Дайте визначення поняття «функціональний клас». Для чого воно використовується?
- 7 Що таке реабілітаційний потенціал? Які фактори впливають на його

рівень?

- 8 Назвіть критерії оцінки реабілітаційного потенціалу
- 9 Як оцінити реабілітаційний потенціал >31 балу, 15 – 30 балів, до 14 балів?
- 10 При яких показниках реабілітаційного потенціалу реабілітаційні (реабілітаційні) заходи слід проводити в амбулаторних умовах?
- 11 За якою формулою розраховується коефіцієнт ефективності реабілітаційних заходів?

3. 1. Тести для контролю ($\alpha = \Pi$).

1. Продовжіть фразу: «Реабілітаційний потенціал – це...

А) Інтегральний показник, який відображає сукупність психологічних, фізіологічних та біологічних завдатків, що має дитина, і які дозволяють при відповідних умовах відновити, зменшити або компенсувати порушення сфери життєдіяльності.

Б) Обмежений в часі процес, спрямований на пристосування хворого до соціально-побутового середовища через відновлення порушених функцій й працездатності.

В) Комплекс оптимальних видів, форм, обсягів, строків реабілітаційних заходів з визначенням порядку, місця їх проведення, спрямованих на відновлення та компенсацію порушених або втрачених функцій організму і здібностей дитини-інваліда.

Г) Термін, який використовується в експертній практиці для градації порушень, що мають у дитини.

Еталон відповіді: А.

2. Найбільш частими причинами, які потребують реабілітаційних заходів, є:

- А) Дитячий церебральний параліч, олігофренія, хвороби органів зору та слуху.
- Б) Епілепсія, муковісцидоз, хвороба Гіршпрунга
- В) Хвороби органів травлення, шизофренія, дитячий церебральний параліч

Г) Ревматизм, токсоплазмоз, епілесія

Еталон відповіді: А.

3. Індивідуальна програма для дітей-інвалідів розробляється...

А) ЛКК лікувально-профілактичного закладу за зареєстрованим місцем проживання протягом одного місяця з дня звернення законного представника дитини-інваліда до ЛКК щодо встановлення інвалідності.

Б) МСЕК лікувально-профілактичних закладів за зареєстрованим місцем проживання або лікування інвалідів.

В) Дільничним лікарем разом із завідувачим амбулаторією.

Г) ЛКК лікувально-профілактичного закладу, не пов'язаного із місцем реєстрації інваліда, протягом шести місяців з дня звернення законного представника дитини-інваліда до ЛКК щодо встановлення інвалідності.

Еталон відповіді: А.

4. Амбулаторному етапу реабілітації підлягають діти-інваліди, які...

А) Мають середній та високий реабілітаційний потенціал.

Б) Мають низький реабілітаційний потенціал.

В) Реабілітаційний потенціал яких не визначався.

Г) Всі діти з інвалідизуючою патологією.

Еталон відповіді: А.

5. ЛКК складає індивідуальну програму реабілітації дитини-інваліда зі спастичною формою ДЦП. Які основні розділи входять до її складу?

А) Паспортна частина та три розділи: експертно-діагностичний, корекційно-відновлювальний та профорієнтаційний.

Б) Експертно-діагностичний, корекційно-відновлювальний та профорієнтаційний.

В) Паспортна частина, діагностично-лікувальний

Г) Паспортна частина, експертно-діагностичний, реабілітаційний (абілітаційний)

Еталон відповіді: А.

6. Після проведення програми реабілітації хворій Л., 11 років з діагнозом: дитячий церебральний параліч: спастична диплегія, треба підрахувати коефіцієнт ефективності реабілітаційних заходів. Кількома балами слід оцінити тонус м'язів, якщо дитина предмети самостійно руками не бере, або бере з патологічною поставою кистей?

- А) 1 бал
- Б) 2 бали
- В) 3 бали
- Г) 4 бали

Еталон відповіді: Г.

7. Після проведення програми реабілітації хворій Л., 11 років з діагнозом: дитячий церебральний параліч: спастична диплегія, педіатр-реабітолог (експерт) підрахував коефіцієнт реабілітації, величина якого складає 1,09. Як розцінити такий показник?

- А) «значне поліпшення»
- Б) «поліпшення»
- В) «незначне поліпшення»
- Г) «погіршення»

Еталон відповіді: В.

8. Оцініть в балах мову дитини-інваліда, що страждає на олігофренію, якщо мовні дефекти помітні для оточуючих, але мова зрозуміла, мовне спілкування активне.

- А) 1 бал
- Б) 2 бали
- В) 3 бали
- Г) 4 бали

Еталон відповіді: В.

9. Який з параметрів не використовують під час підрахунку реабілітаційного потенціалу дитини з інвалідизуючою патологією?

- А) Характер перебігу основного захворювання

- Б) Наявність та характер перебігу супутніх хронічних захворювань
- В) Інтелект
- Г) Вік батьків

Еталон відповіді: Г.

10. Які види масажу слід запропонувати дитині 12 років зі спастичною формою ДЦП (правостороннім геміпарезом), якщо програма реабілітації проходить в амбулаторних умовах?

- А) Загальний масаж для релаксації, сегментарний масаж за зонами Захар'їна-Геда (легка вібрація), гальмівна методика крапкового масажу.
- Б) Загальний масаж для стимуляції, збуджуючі методики крапкового масажу, сегментарний масаж за зонами Захар'їна-Геда (легка вібрація).
- В) Масаж не показаний ні в якому разі.
- Г) Будь-яка методика масажу підійде в даному випадку.

Еталон відповіді: А.

3. 2. Задачі для контролю ($\alpha = II$)

Задача 1. Хвора 12 років, діагноз: дитячий церебральний параліч: геміпаретична форма з помірним правостороннім геміпарезом та легкою інтелектуальною недостатністю. Після підрахунку реабілітаційного потенціалу, його величина склала 18 балів.

Запитання: Як оцінити такий реабілітаційний потенціал? В яких умовах слід проводити реабілітаційні заходи дитині?

Задача 2. Хвора, 14 років. Діагноз: вроджена патологія органу зору. Афекія ускладнена (після видалення вроджених катаракт), горизонтальний ністагм, амбліопія обох очей.

Запитання: Хто повинен складати індивідуальну програму реабілітації дитині?

Задача 3. Хвора 3., 13 років, страждає на вроджену міопію високого ступеню. Реабілітаційний потенціал складає 22 бали.

Запитання: Складіть план обстеження та програму реабілітації дитині.

Задача 4. ЛКК складає індивідуальну реабілітаційну програму хворому

12 років, який страждає на ДЦП з екстрапірамідними порушеннями (ригідністю м'язів нижніх кінцівок).

Запитання: Вкажіть, які медикаментозні препарати, методи фізіотерапії, лікувальної фізкультури та масажу необхідно внести в програму реабілітації хворому.

Задача 5. Мама дівчинки 2,5 років звернулася до сурдолога зі скаргами на те, що дитина зовсім не розмовляє, не реагує на голос батьків. Лікар-отоларинголог патології не виявив. Після проведення аудіометрії дитині був поставлений діагноз: вроджена глухота.

Запитання: Складіть план обстеження та програму реабілітації дитини.

4. Матеріал для аудиторної роботи

4. 1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на занятті

- Провести курацію дитини, яка має інвалідизуючу патологію
- Провести клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження дитини-інваліда з патологією ЦНС, опорно-рухового апарату, вродженими вадами серця, порушенням зору й слуху та іншою інвалідизуючою патологією і оцінити результати досліджень
- Провести пробу Штанге, Генча для оцінки функціонального стану ССС да дихальної системи
- Оцінити клініко-психологічний статус дитини-інваліда
- Оцінити реабілітаційний потенціал дитини із спастичною, атонічною, астатичною формами ДЦП, з патологією кришталика (вродженою, травматичною, вторинно-плівчастою, ускладненою катарактою, підвивихом та вивихом кришталика), з косоокістю та глибокою амбліопією косого ока, з вродженою міопією високого ступеню, з вродженою вадою серця, глухо-німої дитини.
- Скласти програму комплексних реабілітаційних заходів конкретній дитині-інваліду.
- Підрахувати коефіцієнт ефективності абілітаційних (реабілітаційних)

заходів дитини-інваліда, запропоновані керівником для курації.

4. 2.Професійний алгоритм виконання проби Штанге

№	Завдання	Послідовність виконання (методика проведення)	Примітка
	<p>Дає інформацію про кисневе забезпечення організму. Проба характеризує також загальний рівень тренуваності дитини.</p>	<p>Методика: Проба із затримкою дихання на вдиху (проба Штанге) проводиться таким чином. До проведення проби в обстежуваного двічі підраховується пульс за 30 сек в положенні стоячи. Дихання затримується на повному вдиху, що обстежуваний робить після трьох подихів на 3/4 глибини повного вдиху. На ніс одягається затискач або ж обстежуваний затискає ніс пальцями. Час затримки реєструється за секундоміром. негайно після відновлення дихання відбувається підрахунок пульсу. Проба може бути проведена двічі з інтервалом в 3-5 хв між визначеннями. Оцінка показників: За тривалістю затримки дихання проба оцінюється наступним чином:</p> <ul style="list-style-type: none"> - менше 39 сек - незадовільно; - 40-49 сек - задовільно; - понад 50 сек - добре. <p>ПР у здорових людей не повинен перевищувати 1.2. Більш високі значення свідчать про несприятливу реакції серцево-судинної системи на брак кисню.</p>	<p><i>Абсолютні протипоказання:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - неконтрольовані порушення серцевого ритму, що супроводжуються клінічної симптоматикою або гемодинамічними розладами; - важкий аортальний стеноз з клінічними проявами; - важка серцева недостатність; - тромбоемболія легеневої артерії або інфаркт легені; <p><i>Відносні протипоказання:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - документований стеноз стовбура лівої коронарної артерії; - помірно виражений стеноз клапанів серця; - електролітні порушення; - тяжка артеріальна гіпертонія (більше 200 і 110 мм рт.ст.); - тахіаритмії або брадиаритмії; - гіпертрофічна

			кардіоміопатія з обструкцією вихідного тракту лівого шлуночка; - психічні або фізичні порушення, які перешкоджають нормальному виконання фізичного навантаження (у тому числі виражене ожиріння); - атріовентрикулярна блокада високого ступеню.
--	--	--	--

Алгоритм організації медичної реабілітації дітей-інвалідів внаслідок патології органу зору шкільного віку в умовах поліклініки та спецшколи для дітей із зниженням зору

Сутність, зміст реабілітаційних заходів на різних етапах їх проведення	Методи та засоби реабілітації	Відповідальні за виконання
1. Оцінка загального стану організму, ступеня порушення функцій окремих органів та систем з метою вибору раціональних шляхів реабілітації	Діагностичні методи	Педіатр-реабітолог
2. Оцінка клініко-функціонального стану органу зору з метою планування та проведення реабілітаційних заходів медичного характеру: - консервативне лікування; - хірургічне лікування	Методи функціонального дослідження органу зору	Лікар-офтальмолог спецшколи, реабітолог та офтальмолог
3. Проведення медичних реабілітаційних заходів (консервативних) у дітей-інвалідів на базі офтальмологічних кабінетів реабілітаційних центрів, спецшкіл та офтальмологічних	Методи медикаментозного, не медикаментозного, фізіотерапевтичного та інших видів терапії, корекції	Лікар-офтальмолог спецшколи, стаціонару

відділень стаціонарів.		
4. Проведення офтальмо-хірургічних реабілітаційних заходів у дітей-інвалідів на базі стаціонарів офтальмологічних реабілітаційних центрів, офтальмологічних відділень стаціонарів	Офтальмо-хірургічні методи лікування	Лікар-офтальмолог спеціалізованого відділення лікарні
6. Оцінка ефективності проведених медичних реабілітаційних заходів по завершенню цих етапів.	Порівняльна оцінка зорових функцій до та після завершення етапів реабілітації.	Лікар-офтальмолог, реабілітолог, офтальмолог спецшколи

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття ($\alpha = III$)

5.1. Тести. ($\alpha = III$)

1. Які завдання ЛФК в постільному режимі при гастроентерологічних захворюваннях?

- А) Урегулювання процесів збудження і гальмування в корі головного мозку
- Б) Поліпшення окислювально-відновлювальних процесів
- В) Протидія застійним явищам в ШКТ
- Г) Поліпшення функції кровообігу і дихання
- Д) Все вірно

Еталон відповіді: Д.

2. Назвіть період, за який застрахована особа отримує допомогу по вагітності та пологам:

- А) За 200 календарних днів;
- Б) За період відпустки у зв'язку з вагітністю та пологам
- В) За 190 календарних днів;
- Г) Не більш як за 250 календарних днів;
- Д) Впродовж календарного року після пологів
- Е) До досягнення дитиною 3-річного віку

Еталон відповіді: Б.

3. З якого часу призначається державна соціальна допомога інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам :

- А) З часу, який визначає орган праці і соціальної політики
- Б) З наступного дня після прийняття органами праці і соціального захисту рішення про призначення допомоги
- В) З наступного місяця після прийняття органом праці і соціального захисту рішення про призначення допомоги
- Г) Через 10 днів після прийняття рішення про призначення такої допомоги
- Д) З дня звернення за її призначенням
- Е) Зазначена допомога призначається через 10 днів з часу подання необхідних для цього документів

Еталон відповіді: Д.

4. У нижченаведеному переліку виділіть підстави припинення виплати допомоги на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням :

- А) Досягнення дитиною 16 річного віку
- Б) За заявою самої дитини
- В) Досягнення дитиною 18 річного віку
- Г) У разі вступу на навчання до вищого навчального закладу
- Д) У випадку працевлаштування дитини або взяття шлюбу до досягнення нею 18-річного віку
- Е) У разі досягнення дитиною 14-річного віку

Еталон відповіді: В.

5. III група інвалідності встановлюється

- А) При сліпоті одного ока
- Б) При зниженні гостроти зору до 0,2 з урахуванням захворювання органа зору, соціальних показань і загальних захворювань організму
- В) При звуженні поля зору до 20 градусів, в залежності від характеру захворювання, кваліфікації хворого і характеру зміни умов праці
- Г) Все перелічене вірно

Еталон відповіді: А.

5.2. Задачі. (α = III)

Задача 1. Хлопчик М., 7 років. Скарги на болі в колінних, плечових та ліктьових суглобах, припухлість ліктьових суглобів, обмеження рухів в даних суглобах; болі в животі. Хворіє протягом 3-х тижнів, коли підвищилась температура до 40°C; за 2 тижні до появи скарг – ангіна (отримував флемоксин 5 днів, інгаліпт, жарознижуючі). Через тиждень від початку хвороби – на тлі фебрильної температури виникла біль в животі. Консультація хірурга – гостру хірургічну патологію виключено. УЗД – явища дискінезії жовчних шляхів. На 10-ий день від початку хвороби обстежувався в медичному центрі. Виставлено діагноз: Бактеріальний ендокардит? Гельмінтоз. Стрептококова інфекція. Отримував ворміл. Консультован ревматологом, який призначив ЕхоКС, в лікуванні – німулід. На 12-ий день – болі в колінних суглобах, порушення ходи. ЗАК: Нь – 97 г/л, лейкоц. – 4,8 тис., ШОЕ – 40 мм/год. Гострофазові показники: серомукоїди – 0,205, СРБ +++++, АСЛ-0 – 550. ЕхоКС- явища регургітації та мітральному клапані.

Запитання: Сформулюйте клінічний діагноз. Проаналізуйте історії хвороби та якість надання медичної допомоги. Призначте лікування та реабілітаційну програму дитині.

Задача 2. У хворого Т., 15 років, що страждає на ревматичну лихоманку при аускультатії серця вислуховується «ляскаючий» 1 тон, пресистолічний шум на верхівці серця.

Запитання Який набутий порок серця має місце у хворого? Складіть план обстеження, лікування, диспансерного нагляду та реабілітації для хворого.

Задача 3. Дитина 12 років, хлопчик. Скарги на головний біль, носові кровотечі, підвищену втомленість, швидке замерзання ніг взимку. При огляді: атлетичний вигляд верхньої половини тулуба, невелика гіпотрофія м'язів ніг. Різка послаблення пульсу на а.femoralis та напруженість пульсу на а.radialis. АТ на руках 170/100 мм рт.ст. Зниження АТ на ногах, систолічний тиск на ногах 110 мм рт.ст. Систолічний шум з максимумом у II міжребер'ї, грубого тембру,

що проводиться проміж лопатками зліва. На ЕКГ - гіпертрофія та систолічне перевантаження лівого шлуночку.

Запитання: Який діагноз має місце у хворого? Як слід трактувати артеріальну гіпертензію у хворого? Складіть план подальшого дообстеження хворого. Запропонуйте реабілітаційне лікування.

Задача 4. У хлопчика 12 років, який страждає на епілепсію раптово виникли тоніко-клонічні судоми. При огляді: лице ціанотичне, піна з рота, мимовільні сечовипускання і дефекація, зіниці розширені, фотореакція відсутня.

Запитання: Визначити тактику і об'єм надання якісної медичної допомоги. Запропонуйте план диспансерного спостереження та реабілітаційне лікування у даному випадку.

Задача 5. У дитини є тетрапарез, більше виражений у руках, гіперкінези, псевдобульбарний синдром, частий судомний синдром, мікроцефалія. Діагностовано розумову відсталість.

Запитання: Назвіть форму дитячого церебрального паралічу. Які реабілітаційні програми можна запропонувати цьому хворому?

Заняття 5.

Тема заняття: Диспансеризація кардіологічних хворих. Показання до направлення хворих на консультацію до лікаря-кардіолога та кардіохірурга

1. Актуальність теми.

В Україні поширеність серцево-судинної патології серед дитячого контингенту має тенденцію до збільшення. За результатами 2010 року в Україні нараховувалося більш 200 тис. дітей з патологією серця та судин, майже 39 тис. дітей з вродженими вадами серця. Серед причин смерті дітей летальність від

вроджених вад серця становить більш ніж 40%. Окрім своєчасної діагностики та кваліфікованого лікування, для хворих із захворюваннями серцево-судинної системи (ССС) важливим є подальше амбулаторне спостереження, моніторинг їх стану та використання реабілітаційних програм. В зв'язку з вищезазначеним знання лікарями організації кардіологічної служби на місцях набуває особливої актуальності.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = II$)

- принципи диспансерного спостереження дітей з кардіоміопатіями;
- принципи диспансерного спостереження дітей з природженими вадами серця;
- принципи диспансерного спостереження дітей, хворих на ревматичну лихоманку та системні захворювання сполучної тканини;
- особливості проведення профілактичних щеплень у дітей із захворюваннями ССС;
- схеми диспансерного нагляду за дітьми з серцево-судинними захворюваннями;
- реабілітаційні програми для дітей з серцево-судинною патологією.

інтерн повинен уміти ($\alpha = II$)

- провести загальний огляд та оцінити ступень важкості кардіологічного хворого;
- проводити та оцінювати ЕКГ та ФКГ;
- скласти схему диспансерного спостереження за дитиною з природженою вадю серця, кардіоміопатіями, ревматичною лихоманкою, захворюваннями сполучної тканини;
- провести первинну та вторинну профілактику ревматичної лихоманки; виписати рецепти стосовно призначеного лікування
- знає принципи організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної кардіологічної служби

- на підставі анамнезу визначити групи ризику з реалізації серцево-судинної патології
- виділити головні принципи щодо попередження серцево-судинних захворювань
- використовувати «Стандарти лікувально-діагностичних заходів у лікувально-профілактичних закладах», затверджених МОЗ України.
- заповнювати обліково-звітну документацію

Виховні цілі заняття ($\alpha = II$)

- Інтерн повинен знати досягнення українських науковців у питаннях діагностики, лікування, диспансеризації дітей із захворюваннями ССС
- Деонтологічні аспекти диспансеризації дітей із захворюваннями ССС

3. Матеріали для контролю.

4.1. Питання для контролю.

1. Організація амбулаторно-поліклінічної й стаціонарної допомоги дітям з патологією ССС.
2. Сучасні методи діагностики, що застосовуються в кардіології.
3. Сучасні підходи до терапії захворювань ССС.
4. Диспансерний нагляд, санаторно-курортне оздоровлення дітей з хворобами ССС.
5. Диспансерне спостереження дітей, хворих на ревматичне ураження ССС.
6. Диспансерне спостереження дітей з природженими вадами серця.
7. Диспансерне спостереження дітей з кардіоміопатіями.
8. Диспансерне спостереження дітей з системними захворюваннями сполучної тканини.
9. Диспансерне спостереження дітей з гострою та хронічною серцевою недостатністю.

3.2. Тести для контролю.($\alpha = I$)

1. У 3-х міс дівчинки задишка, яка посилюється під час годування і плачу, пероральний ціаноз. Діагностовано природжену вада серця. Вкажіть частоту оглядів дитини дільничним лікарем та кардіоревматологом в цьому віці:

- А) 1 раз на тиждень
- Б) 2 рази на місяць
- В) 1 раз на місяць
- Г) 1 раз на 3 місяці
- Д) 1 раз на 6 місяців

Еталон відповіді: Б.

2. Дівчинка 10 діб виписана під нагляд дільничного лікаря. У пологовому будинку дівчинці діагностовано природжену ваду серця, високий дефект міжшлуночкової перетинки без порушень гемодинаміки у фазі компенсації. Вкажіть кратність огляду дитини кардіоревматологом протягом першого місяця життя:

- А) 1 раз на тиждень
- Б) 3 рази на місяць
- В) двічі на місяць
- Г) 1 раз на місяць

Еталон відповіді: А.

3. Коли дитина повинна бути консультована кардіохірургом:

- А. Коли вперше виявлена вада серця
- Б. Після 1 року життя
- В. При наявності гематологічних порушень
- Г. При відсутності гематологічних порушень
- Д. При підготовці дитини до профілактичних щеплень.

Еталон відповіді: А.

4. Дитина 5 років знаходиться на диспансерному обліку у кардіоревматолога з приводу природженої вади серця: дефекту міжпередсердної перегородки у фазі компенсації.. Вкажіть кратність електрокардіографічного дослідження згідно з фазою компенсації:

- А) 1 раз у 4 місяці
- Б) 1 раз на рік
- В) 1 раз у 3 місяці

- Г) 2 рази на рік
- Д) 1 раз у місяць

Еталон відповіді: Г.

5. Вкажіть кратність дослідження клінічного аналізу крові у цієї дитини:

- А) 1 раз на місяць
- Б) 2 рази на рік
- В) 1 раз на рік
- Г) 1 раз у 3 місяці
- Д) 3 рази на рік

Еталон відповіді: Б.

6. Вкажіть кратність призначення біциліну-5 дитині після первинного ревмокардиту без ознак формування вади серця:

- А) 1 раз на місяць протягом 1 року
- Б) 1 раз на місяць протягом 3 років
- В) 1 раз на місяць протягом 5 років
- Г) 2 рази на місяць протягом 1 року
- Д) 1 раз у 3 місяці протягом 5 років

Еталон відповіді: В.

7. У дівчинки 3 місяців діагностовано природжену ваду серця: тетраду Фалло. Стан дівчинки важкий, часті задишечно-ціанотичні напади, виражені ознаки серцево-судинної недостатності. В якому віці дитину треба направити на консультацію до кардіохірурга з приводу проведення паліативного хірургічного втручання:

- А) З 3-х місяців
- Б) З 6 місяців
- В) З 1 року
- Г) З 3-х років
- Д) З 4-5 років

Еталон відповіді: Б.

8. Вкажіть кратність оглядів кардіохірурга для цієї дитини:

- А) 1 раз на тиждень
- Б) 1 раз на місяць
- В) 1 раз на 3 місяці
- Г) 1 раз у півроку
- Д) 1 раз на рік

Еталон відповіді: Г.

9. Хлопчику 6 років встановлено діагноз ювенільного ревматоїдного артрити.

Вкажіть кратність огляду дитини кардіоревматологом:

- А) 1 раз на місяць
- Б) 1 раз на 3 місяці
- В) 1 раз на півроку
- Г) 1 раз на рік
- Д. 1 раз на тиждень

Еталон відповіді: Б.

10. Хлопчика 9 років, який перехворів на ревматизм виписано з кардіоревматологічного відділення під нагляд кардіоревматолога. Вкажіть кратність спостереження за дитиною протягом першого року після атаки:

- А) 1 раз на місяць
- Б) 1 раз на тиждень
- В) 1 раз на 3 місяці
- Г) 1 раз на півроку
- Д) 1 раз на рік

Еталон відповіді: А.

11. Вкажіть термін направлення хлопчика до курортів Євпаторії з метою лікування грязями та сірно-водневими ваннами після первинної атаки ревматизму:

- А) Через 3 місяці
- Б) Через 6 місяців
- В) Через 10-12 місяців
- Г) Через 2 роки

Д) Через 1,5 роки

Еталон відповіді: В.

3.3. Задачі для контролю. ($\alpha = \text{II}$)

Задача 1. Хвора, 16 років, скаржиться на вологий кашель, "іржаве" мокротиння вранці, загальну слабкість, задишку та серцебиття при незначному фізичному навантаженні. В анамнезі: ревмокардит у 10-річному віці з активністю I-II ступеня. Об'єктивно: на щоках рум'янець з ціанотичним відтінком; під час пальпації визначається симптом котячого муркотіння. Дані аускультатії: гучний, ляскаючий I тон, діастолічний шум над верхівкою, межі серця зміщені вгору та ліворуч. Для якої вади характерна така клінічна картина?

- А) Стеноз легеневої артерії.
- Б) Стеноз двостулкового клапана.
- В) Стеноз клапанів аорти.
- Г) Недостатність двостулкового клапана.

Еталон відповіді: Б.

Задача 2. Хвора, 12 років, скаржиться на головний біль, запаморочення, біль у ділянці серця, серцебиття. З анамнезу: 3 роки тому перенесла сепсис, септичний ендокардит. Під час огляду: блідість, відзначається пульсація сонних артерій, капілярний пульс. Артеріальний тиск на руках 200/50 мм рт. ст., на ногах 260/70 мм рт. ст. Верхівковий поштовх у шостому міжребровому проміжку по лівій передній пахвовій лінії. Дані аускультатії: I та II тони ослаблені, діастолічний шум у другому міжребровому проміжку справа від груднини. Для якого стану характерна така клінічна картина?

- А) Вегетативної дисфункції кардіального типу.
- Б) Стенозу легеневої артерії.
- В) Мітрального стенозу.
- Г) Недостатності клапанів аорти.
- Д) Недостатності двостулкового клапана.

Еталон відповіді: Г.

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.
- Скласти план лікування та диспансерного нагляду.
- Призначити профілактичні заходи.

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття.

5.1.Завдання. (α = III)

Завдання 1. Дитина 15 років надійшла в клініку зі скаргами на періодичне підвищення артеріального тиску до 150/90 мм рт.ст., головний біль. Дитина із асоціальною сім'єю, палить, порушує режим відпочинку, більшу частину часу витрачає на перегляд телевізійних передач. В родині обидва батьки страждають на гіпертонічну хворобу. Дитина підвищеного харчування, виражений червоний дермографізм, пітливість кистей та стоп. На підставі наведених скарг, об'єктивного статусу дитині встановлено діагноз: синдром артеріальної гіпертензії.

Запитання: Які факти ризику сприяли розвитку даного захворювання? Складіть план диспансерного спостереження за дитиною.

Завдання 2. Дитина 5 років надійшла зі скаргами на припухлість, обмеженість руху, ранкову скованість в колінних, ліктьових, променевоzap'ястних суглобах, шийному відділі хребта. Колінні суглоби кулястої форми, надколінник балотує. Ліктьові, променевоzap'ястні суглоби деформовані, об'єм руху в них обмежений. Пальпуються пахові, ліктьові, пахові лімфовузли до 0,8 мл. в діаметрі, безболісні. В легенях – дихання везикулярне. Аускультативно – тони серця приглушені, ритмічні, систолічний

шум в I і V точках. Живіт м'який. Печінка не збільшена. Аналіз крові еритроцити – 3,2 Т/л, гемоглобін – 108 г/л, кольоровий показник – 1,0, лейкоцити – 12,8 Г/л, ШОЕ – 26 мм/год.

Запитання: Встановіть діагноз. Призначте обстеження. Який препарат є базисним для лікування дитини? Складіть план диспансерного спостереження за дитиною.

Задача 3. У хлопчика 10 років, після перенесеної ревматичної лихоманки, сформувалася набута вада серця: недостатність мітрального клапану. За 2 роки була досягнута клініко-лабораторна ремісія.

Запитання: Який лікар являється відповідним за нагляд дітей з набутою вадою серця? Складіть план диспансерного спостереження за хворим.

Заняття 6.

Тема заняття: Семіотика захворювань серцево-судинної системи у дітей

1. Актуальність теми.

Однією з актуальних проблем педіатрії є лікування та профілактика серцево-судинних захворювань, що займають в структурі патології дитячого віку одне з перших місць. За останні роки помітно змінилися співвідношення, клінічна симптоматика і результат хвороб серця у дітей. На перший план виступають неревматичні захворювання серця вірусно- бактеріальної природи, є тенденція до збільшення частоти вроджених вад серця, порушень ритму і провідності, а також артеріальних гіпер-і гіпотензій. Для діагностики захворювань серця найважливіше значення мають знання анатомо-фізіологічних особливостей ССС у дітей, аналіз анамнестичних даних і скарг хворого, даних об'єктивного обстеження та лабораторно - інструментальних методів дослідження. Це визначає необхідність вдосконалення знань та навичок з семіотики ССС у дітей, чому присвячене наступне заняття.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = \Pi$)

- особливості кровообігу плода і новонародженого.
- анатомічні особливості серця дітей у різні періоди життя.
- особливості топографії серця у віковому аспекті.
- гістологічні особливості міокарда дитини.
- особливості інервації та ритму серця в дітей.
- морфологічні особливості судин (артерій, вен, капілярів) у дітей.
- частоту серцевих скорочень у дітей різного віку.
- артеріальний тиск у дітей різного віку.
- диференціальну діагностику функціонального та органічного шумів, фізіологічного та патологічного розщеплення тонів у дітей.
- семіотику кардіалгій, серцево-судинних шумів, вад серця, порушень артеріального тиску, ритму.
- семіотику синкопальних станів у дітей.

інтерн повинен уміти ($\alpha = \Pi$)

- досліджувати ССС у дітей.
- збирати анамнез у дітей різного віку, враховуючи типові скарги з боку серцево-судинної системи у маленьких і старших дітей.
- проводити перкусію серця, визначати межі серця у віковому аспекті.
- проводити аускультацию серця, використовуючи знання вікових особливостей.
- оцінити результати основних інструментальних методів дослідження серцево-судинної системи в дітей.
- діагностувати патологічні симптоми та синдроми, які характерні для патології ССС
- вміло проводити доступні інструментальні дослідження (ЕКГ, клінортостатична проба, вимірювання артеріального тиску, тощо) та трактувати їх результати

Виховні цілі заняття ($\alpha = II$)

- інтерн повинен знати досягнення українських науковців у питаннях обстеження, діагностики, лікування захворювань ССС у дітей.
- деонтологічні аспекти обстеження та лікування дітей із захворюваннями ССС.

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю.

1. Анатомо-фізіологічні особливості ССС системи у дітей різного віку.
2. Особливості збору анамнезу у дітей з патологією ССС.
3. Методика об'єктивного дослідження ССС (огляд, пальпація, аускультация) дітей різного віку.
4. Параметри функціональних та інструментальних методів дослідження у дітей різного віку (пульс, АТ, рентгенологічне дослідження та ін.)
5. Анамнестичні дані, характерні для вроджених та набутих вад серця, ревматичних захворювань, системних захворювань сполучної тканини.
6. Дані об'єктивного дослідження при вроджених та набутих вадах серця з різноманітним порушенням гемодинаміки, ревматичних захворюваннях, системних захворюваннях сполучної тканини.
7. Функціональні й інструментальні методи дослідження при діагностиці вад серця, ревматичних захворювань, системних захворювань сполучної тканини та оцінка їх результатів
8. Семіотика синкопальних станів, кардіалгій, серцево-судинних шумів, вад серця, порушень артеріального тиску, ритму у дітей

3.2. Тести для контролю.($\alpha = II$)

1. В якому віці передсердя випереджають шлуночки серця відносно росту і диференціювання?

- А) До 2 років.
- Б) 2-10 років.
- В) Після 10 років.

Еталони відповіді: А.

2. Вказати помилкове твердження відносно гістологічних особливостей міокарда немовлят:

- А) М'язові волокна тонкі, тісно прилягають одне до одного.
- Б) Добре виражена поперечна посмугованість.
- В) Характерна багатоядерність міокардіоцитів.
- Г) Сполучна та еластична тканини розвинені погано.

Еталони відповіді: Б

3. Який відділ вегетативної нервової системи переважно впливає на серце в ранньому дитячому віці?

- А) Парасимпатичний.
- Б) Симпатичний.
- В) Парасимпатичний і симпатичний відділи рівною мірою беруть участь в іннервації серця.

Еталони відповіді: Б

4. Яка частота серцевих скорочень на 1-му році життя (за 1 хв)?

- А) 140-160.
- Б) 120-130.
- В) 110-120.
- Г) 90-100.
- Д. 70-80.

Еталони відповіді: Б

5. Яка частота серцевих скорочень у дитини 5 років життя (за 1 хв)?

- А) 140-160.
- Б) 120-130.
- В) 110-120.
- Г) 90-100.
- Д) 70-80.

Еталони відповіді: Г

6. На якому рівні визначається верхня межа серця у новонародженого?

- А) Третє міжребер'я.

- Б) III ребро.
- В) Друге міжребер'я.
- Г) II ребро.

Еталони відповіді: Г

7. Що характерно для капілярів у дітей раннього віку?
- А) Добре розвинені, відносно широкі, короткі, звивисті.
 - Б) Низька проникність стінки капілярів.
 - В) Висока швидкість кровообігу в капілярах.
 - Г) Стінка щільна, має добре розвинені м'язові волокна.

Еталони відповіді: А.

8. Який систолічний артеріальний тиск у дитини у віці 1 року (мм рт. ст.)?
- А) 70-76.
 - Б) 80-90.
 - В) 100-110.
 - Г) 120-130.

Еталони відповіді: Б

9. Який систолічний артеріальний тиск у 5-річної дитини (мм рт. ст.)?
- А) 70-76.
 - Б) 80-90.
 - В) 90-100.
 - Г) 100-110.
 - Д) 110-120.

Еталони відповіді: В

10. Де визначається ліва межа серця у 1-річної дитини?
- А) На 1-2 см назовні від лівої середньоключичної лінії.
 - Б) На лівій середньоключичній лінії.
 - В) На 1-2 см досередини від лівої середньоключичної лінії.

Еталони відповіді: А.

3.3. Задачі для контролю. ($\alpha = II$)

Задача 1. У відділення поступила дівчинка 12 років зі скаргами на головні болі протягом 1,5 років, слабкість, запаморочення. Двічі лікувалася в стаціонарі, після чого наступило недовгочасне поліпшення стану. У який розділ анамнезу слід віднести відомості про проведене лікування і його ефективність?

- А) Анамнез захворювання
- Б) Анамнез життя
- В) Спадковий анамнез
- Г) Алергологічний анамнез
- Д) Зазначені дані можуть бути внесені до будь-якого розділу анамнезу

Еталони відповіді: А

Задача 2. У кардіологічне відділення поступила дитина 10 років зі скаргами на підвищення температури тіла, болі в серці і суглобах, висипання на шкірі, підвищену стомлюваність. Виберіть симптом, що свідчить про поразку серцево-судинної системи:

- А) Болі в серці
- Б) Арталгії
- В) Висипання на шкірі
- Г) Підвищення температури тіла
- Д) Підвищена стомлюваність

Еталони відповіді: А,Б

Задача 3. Вітя 15 років. Соматично здоровий. Знаходиться на профогляді у педіатра. Вкажіть межу відносної серцевої тупості зліва у даного пацієнта.

- А) На 0,5 м внутрішню від лівої середньоключичної лінії
- Б) На лівій середньоключичній лінії
- В) По лівому краю грудини
- Г) На 1,0 м назовні від лівої середньоключичної лінії
- Д) На 2,0 м назовні від лівої середньоключичної лінії

Еталони відповіді: А

Задача 4. Дитина 14 років звернувся зі скаргами з приводу болю в серці. Об'єктивно при огляді частота серцевих скорочень 120 за хв. Вкажіть вікову частоту серцевих скорочень у здорової дитини 14 років:

- А) 75-80 за хв.
- Б) 90-100 за хв.
- В) 55-65 за хв.
- Г) 100-110 за хв.
- Д) 110-125 за хв.

Еталони відповіді: А

Задача 5. Хлопчик Даня, у віці одного місяця, надійшов у відділення з підозрою на уроджений порок серця. Якими відділами серця формується верхівка органа у даного пацієнта?

- А) Обома шлуночками
- Б) Лівим шлуночком
- В) Правим шлуночком
- Г) Правим шлуночком і правим передсердям
- Д) Лівим передсердям і лівим шлуночком

Еталони відповіді: А

Задача 6. Хлопчик 11 років скаржиться на головний біль, часті носові кровотечі, болі в ногах під час ходьби. Об'єктивно: шкіра верхньої половини тулуба звичайна, на ногах бліда. Відзначається: верхня половина тіла превалює над нижньою. На руках - АТ 160/80, на ногах - 50/20 мм рт.ст. Верхівковий поштовх підсилений. Межа відносної серцевої тупості: права – не змінена, ліва - визначається по передньоключичній лінії, верхня - не змінена. Виражена підшкірна венозна сітка на грудині. У міжлопатковому просторі прослуховується грубий систолічний шум. Назвіть ваду у даної дитини:

- А) Коарктація аорти
- Б) Відкритий артеріальний проток
- В) Дефект межпередсердної перегородки
- Г) Тетрада Фалло

Д) Дефект межшлуночкової перегородки

Еталони відповіді: А

Задача 7. Дитина 6 років, у 2-х літньому віці діагностований вроджена вада серця - коарктація аорти. Визначте причину систолічного шуму при даній ваді серця.

- А) Стенозування ділянки аорти
- Б) Недостатність мітрального клапана
- В) Скидання крові з аорти в легеневу артерію
- Г) Скидання крові з лівого шлуночка в правий
- Д) Стеноз устя легеневої артерії

Еталони відповіді: А

Задача 8. Мама дитини 5 років скаржиться на наявність у дитини слабкості, підвищеної стомлюваності, відставання у фізичному розвитку, болі в області серця, наявність приступів важкого дихання, під час яких дитина “синіє” і присідає. Виберіть з даних анамнезу один симптом найбільш характерний для вродженої вади серця:

- А) Заявність задишково-ціанотичних приступів
- Б) Болі в області серця
- В) Затримка фізичного розвитку
- Г) Підвищена стомлюваність, слабкість
- Д) Вірні усі варіанти відповідей

Еталони відповіді: А

Задача 9. Дитина 9 років, поступила у відділення зі скаргами на задишку, запаморочення, відстає у фізичному розвитку. Шкіра бліда, АТ 110/40 мм рт.ст. Аускультативно у 2-у міжребер'ї справа вислуховується діастолічний шум. Які ознаки з нижчеперерахованих свідчать про патологію серцево-судинної системи:

- А) Діастолічний шум
- Б) Задишка
- В) Запаморочення

Г) Відставання у фізичному розвитку

Д) Блідність шкіри

Еталони відповіді: А

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно

виконати на практичному занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.

4.2. Професійний алгоритм(описання практичної навички)

Завдання	Послідовність виконання(методика проведення)
Визначення відносних меж серцевої тупості	<p>Перкусію проводять за загальноприйнятими правилами в положенні дитини стоячи, а потім лежачи; діти раннього віку лежать в ліжку або сидять на руках у матері. Досліджують: межі відносної та абсолютної серцевої тупості, вимірюється поперечник серця. Перкусію серця слід проводити у вертикальному і горизонтальному положеннях дитини. У дітей раннього віку і у тяжкохворих перкусію треба виконувати тільки у горизонтальному положенні. Розміри і конфігурацію серця у дітей визначають за допомогою безпосередньої перкусії. Посередню перкусію застосовують тільки у підлітків та у дітей зі значним розвитком м'язів і підшкірної клітковини. При визначенні відносних меж серця проводять тиху перкусію, абсолютних меж – найтихішу. Перкусію слід проводити вздовж міжребер'їв в напрямку від ясного легеневого звуку до притупленого (при визначенні відносних меж серця) або тупого (при визначенні абсолютних меж серця). Палець-плесиметр кладуть суворо паралельно до межі серця, яку досліджують.</p> <p>Відносну межу серця визначають по зовнішньому краю пальця (прилеглого до більш ясного звуку), абсолютну – по внутрішньому (прилеглого до тупого звуку). Перкусію проводять у такій послідовності: права, ліва, верхня.</p> <p>Визначення правої межі відносної серцевої тупості. Спочатку треба оцінити висоту стояння діафрагми: для цього середній або</p>

вказівний палець-плесиметр розміщують в III міжребер'ї на правій середньоключичній лінії паралельно до ребер і переміщують його зверху вниз по цій лінії, перкутуючи до визначення тупого звуку (верхня межа печінки). Після цього переміщують палець-плесиметр на одне ребро вище і кладуть його паралельно до правої межі серця, переміщаючи в напрямку серця. Наносять перкуторні удари середньої сили, поки не зміниться ясний звук на притуплений. Позначку роблять по зовнішньому краю пальця - плесиметра.

Визначення лівої межі відносної серцевої

тупості. Пальпаторно знаходять верхівковий поштовх, що співпадає з лівою межею відносної тупості серця. Якщо верхівковий поштовх не вдалося знайти, то ліву відносну межу серця слід визначати в IV міжребер'ї для дітей до 2-х років або в V міжребер'ї для дітей старших 2-х років. Визначення лівої відносної межі слід починати від середньої пахвової лінії. Палець-плесиметр знаходиться в міжребер'ї, в якому знайдений верхівковий поштовх, паралельно до межі лівої відносної тупості. Перкуторний удар треба наносити в передньо-задньому напрямку при вертикальному положенні дитини (ортосагітальна перкусія). Поступово палець-плесиметр треба переміщувати по IV або V міжребер'ях, залежно від віку, до появи вкороченого звуку, позначку ставити по зовнішньому краю пальця-плесиметра.

Визначення верхньої межі відносної серцевої

тупості. Верхню межу відносної серцевої тупості визначають по середньоключичній лінії (у дітей раннього віку) або по парастернальній лінії (у дітей старшого віку). Палець-плесиметр розміщують на відповідній лінії залежно від віку в I міжребер'ї паралельно до ребер. Після цього переміщують палець-плесиметр зверху вниз (в напрямку серця). При цьому дослідженні використовують тиху перкусію. При появі вкороченого звуку відзначають верхню відносну межу серця по верхньому краю пальця-плесиметра

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття.

5.1. Заповнити диференційну таблицю діагностики шумів органічного та функціонального генезу

Критерій	Органічний шум	Функціональний шум
Час вислузовування		
Зв'язок з тонами		

Тривалість		
Місце вислуховування		
Іррадіація		
Звукова інтенсивність шумов		
«Котяче муркотіння»		
Зміна при глибокому вдосі		
Зв'язок з фізичним навантаженням		
Зв'язок з положенням тіла		
ФКГ, ЕКГ		
Динаміка шуму на фоні лікування		

5.2.Задачі. (α = III)

Задача 1. У дівчинки 14-ти років раптово виникла задишка, біль у серці, відчуття прискореного серцебиття та нестачі повітря. При огляді – шкіра бліда, вкрита холодним потом, виражена пульсація шийних вен, частота серцевих скорочень – 140 уд./хв.

Запитання: Як можна розцінити стан хворої. Назвіть основні патологічні синдроми. Складіть план обстеження.

Задача 2. Хлопчик 7 років госпіталізований у відділення бригадою швидкої допомоги. Скарги: порушення ковтання, мови, блювота, набряк обличчя, висока температура тіла. Занедужав 3 дні тому з проявами ОРВІ. Об'єктивно: стан важкий, знаходження в постелі змушене, виражена задишка у спокою. Акроціаноз, набряк шийних вен. При перкусії межі серця розширені у всі боки. Тони серця ослаблені.

Запитання: Назвіть синдром ураження. Складіть план обстеження

Заняття 7.

Тема заняття: **Порушення всмоктування у кишечнику**

1. Актуальність теми.

Синдром порушеного кишкового всмоктування зустрічається у дітей раннього віку і швидко призводить до розвитку гіпотрофії. При цьому виникають порушення у функціонуванні усіх органів та систем, зокрема імунної, ендокринної, кровотворної. Призначене лікування повинно бути етіологічно обґрунтованим, що потребує ретельної диференціальної діагностики. Відсутність своєчасного адекватного лікування може призвести до летального кінця. Такими обставинами обумовлена актуальність вивчення цієї проблеми.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати (α=II):

- особливості секреторної функції системи травлення.
- особливості всмоктування харчових інгредієнтів: білків, жирів, вуглеводів, мінеральних солей, води — в різних відділах травного тракту.
- особливості евакуаторної функції травного тракту в дітей раннього віку.
- варіанти випорожнень, які найчастіше можуть спостерігатися в дітей різного віку у нормі і при патології.
- мікрофлору кишечника в різні вікові періоди та її роль.
- симптоми та синдроми, які найчастіше спостерігають при захворюваннях органів травлення.
- поняття синдрому „мальабсорбція”,
- класифікація синдрому „мальабсорбція”,
- прояви муковісцидозу в залежності від віку.
- диференційна діагностика спадкових гіпоплазій підшлункової залози (синдром Швахмана-Даймонда, синдром Йохансона-Блізарда).

- порушення травлення пов'язані з первинним дефіцитом ферментів метаболізму вуглеводів.
- хвороби порушення обміну жирів.
- діагностика хлорідної та натрієвої діареї.
- хвороби обміну амінокислот.
- целиакія, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, алгоритм діагностики, лікування, прогноз.
- набуті форми мальабсорбції.

інтерн повинен уміти ($\alpha=III$):

- виділяти основні клінічні прояви синдрому порушеного кишкового всмоктування;
- складати план обстеження, оцінювати дані лабораторних та інструментальних досліджень;
- проводити диференціальну діагностику та встановлювати попередній діагноз;
- визначати етіологічний фактор і пояснювати основні патогенетичні процеси розвитку захворювання;
- визначати тактику ведення хворого, призначати патогенетичну й симптоматичну терапію.
- зібрати анамнез у дитини та її батьків, звертаючи увагу на вид вигодовування, склад і режим харчування, схильність до тих чи інших страв, стан апетиту, спадкову схильність до захворювань органів травлення, скарги, типові для ураження цієї системи.

Виховні цілі заняття ($\alpha=II$):

- Знати досягнення українських вчених у питаннях гастроентерології дитячого віку
- Знати як забезпечити раціональне харчування дітей зважаючи на наявне в нього захворювання.

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю:

1. Поняття синдрому „мальабсорбція”,
2. Класифікація синдрому „мальабсорбція”,
3. Прояви муковісцидозу в залежності від віку.
4. Диференційна діагностика спадкових гіпоплазій підшлункової залози (синдром Швахмана-Даймонда, синдром Йохансона-Блізарда).
5. Порушення травлення пов'язані з первинним дефіцитом ферментів метаболізму вуглеводів.
6. Хвороби порушення обміну жирів.
7. Діагностика хлоридної та натрієвої діареї.
8. Хвороби обміну амінокислот.
9. Целиакія, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, алгоритм діагностики, лікування, прогноз.
10. Набуті форми мальабсорбції.

3.2. Тести для контролю: тести ($\alpha=I$):

1. Синдром мальабсорбції – це

Еталон відповіді: це порушення травлення та всмоктування в тонкій кишці, в основі яких лежать генетично детерміновані дефекти або дефекти, що сформувалися при стійкому ушкодженні ферментних систем, що призводять до порушень процесів метаболізму.

2. Основні прояви муковісцидозу у дітей грудного віку:

- А) хронічна діарея
- Б) інвагінація
- В) стеаторея
- Г) меконіальний ілеус
- Д) неоформлені, рясні, маслянисті та смердючі випорожнення

Еталон відповіді: А,Г,Д

- тести ($\alpha=II$):

1. Основні теорії патогенезу целиакії є:

1.

2.
3.
4.

Еталон відповіді:

1. діпептідазна
2. імунологічна
3. рецепторна
4. вірусна

2. Що характерно для :

- | | |
|-------------------------|--------------------------------------|
| 1. стеаторея 1 типу | А. присутність жирних кислот, мил |
| 2. стеаторея 2 типу | Б. велика кількість крохмалю |
| 3. стеаторея 3 типу | В. велика кількість м'язових волокон |
| 4. креаторея
кислоти | Г. нейтральний жир, мила, жирні |
| 5. амелорея | Д. присутність нейтрального жиру. |

Еталон відповіді: 1-Д, 2-А, 3-Г, 4-В, 5-Б.

3. Згідно класифікації М. Marsh виділяють такі зміни слизової оболонки при целиакії:

1. 0 стадія-...
2. I стадія-...
3. II стадія-...
4. III Астадія-...
5. III В стадія-...
6. III С стадія-...

Еталон відповіді:

1. 0 стадія- нормальна архітектоніка слизової оболонки
2. I стадія- інфільтративна (інфільтрація епітелія, лімфоцитарний ентерит)
3. II стадія- гіперпластична (лімфоцитарний ентерит з гіперплазією крипт, ворсини ще незмінені)

4. III А стадія- часткова атрофія ворсин, співвідношення ворсина/крипта – 1:1
5. III В стадія- субтотальна атрофія ворсин
6. III С стадія- тотальна атрофія ворсин, ворсини рудіментарні або відсутні.

3.3. Задачі для контролю ($\alpha=II$):

Задача 1. Дитині 1 міс. Мати звернулась до лікаря зі скаргами на зригування, рідкі випорожнення, відсутність наростання маси тіла. Вказані порушення спостерігаються з перших днів життя. Маса тіла при народженні 3200г, у момент огляду 3000г. Підшкірна основа тонка по всьому тілу, живіт збільшений, здутий, перистальтика посилена. Випорожнення рідкі, пінисті, з різким кислим запахом.

Запитання: Який діагноз? Які додаткові методи дослідження слід провести для підтвердження діагнозу? Яке лікування ви призначите?

Еталон відповіді

Діагноз: природжена алактазія.

Додаткові методи дослідження: пероральне навантаження лактозою з визначенням глікемічної кривої протягом години.

Лікування: призначення лікувальних молочних сумішей (безлактозних).

Задача 2. До дільничного педіатра звернулась мати хлопчика зі скаргами на зміну поведінки дитини протягом місяця: він став неухважним, дратівливим, став погано спати. Дитині 1,5 роки, маса тіла 10,5 кг. Відомо, що до 1 року знаходився на грудному вигодовуванні, з 8 місяців став отримувати прикорм, в більшості манну та вівсяну каші. В загальному аналізі крові: анемія (Hb-105 г/л, еритроц.- $3,0 \cdot 10^{12}/л$). Протягом 2 місяців лікувався по приводу дисбактеріозу, без задовільного ефекту.

Запитання: Яке захворювання можна запідозрити? Які дослідження підтвердять діагноз? Призначте лікування.

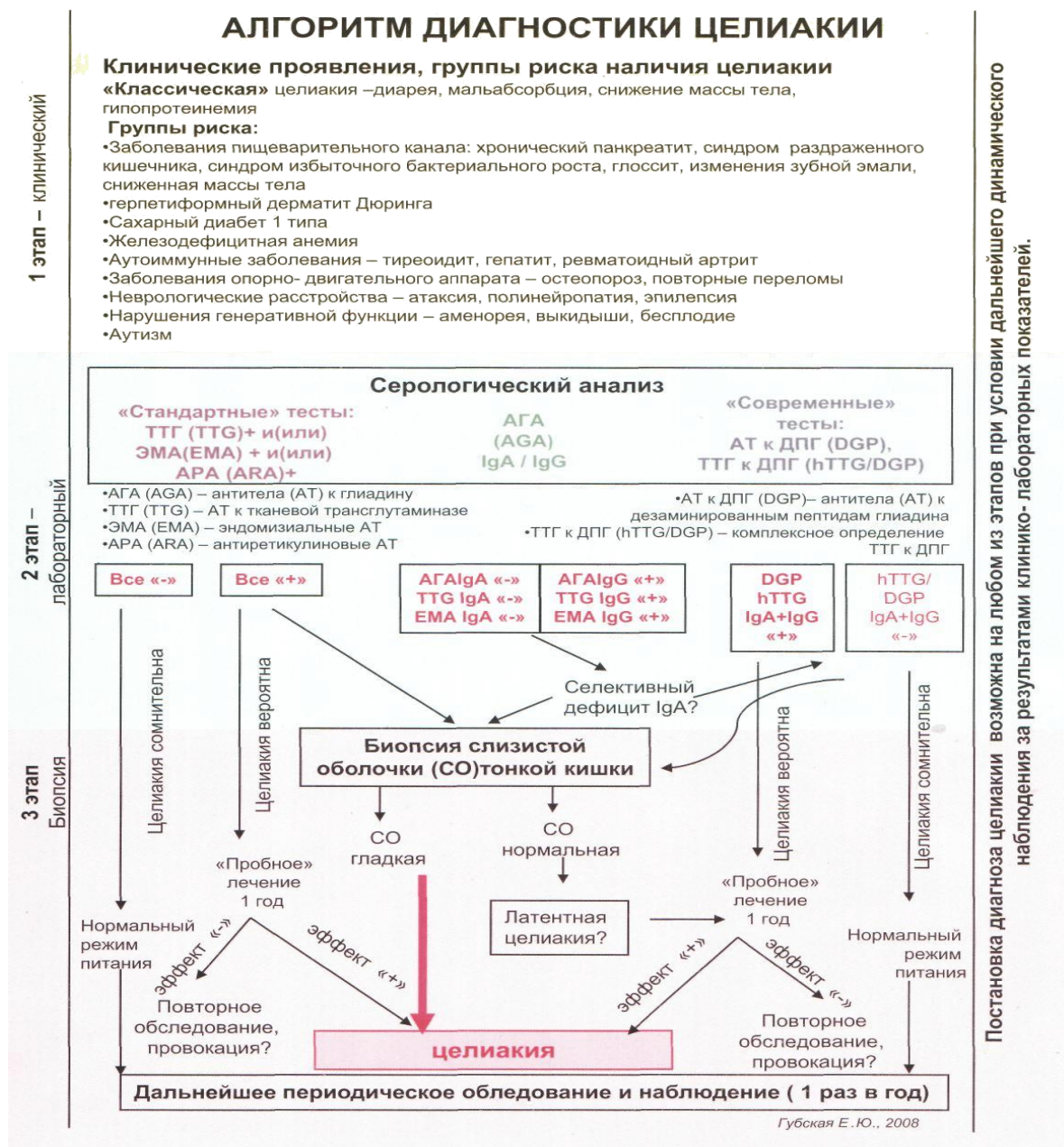
Еталон відповіді

Можна запідозрити целиацію.

Необхідно: 1. серологічна діагностика: визначення рівня АГА Ig G та IgA, ТТГ Ig G та IgA, якщо вони позитивні, то необхідно призначити агліадинову дієту. При позитивному ефекті від дієти (поступове зникнення проявів хвороби), можна виставляти діагноз целиакія. Якщо IgA «-», а Ig G «+», можна думати про селективний дефіцит IgA. Тому для підтвердження діагнозу необхідно провести біопсію слизової оболонки тонкої кишки.

При підтвердженні діагнозу лікування полягає у призначенні постійної агліадинової дієти.

4. Професійний алгоритм (описання практичної навички):



5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття ($\alpha=III$):

5.1. Диференційна таблиця:

Диференційно-діагностичні критерії спадкових захворювань:

Критерії діагностики	Непереносимість лактози	Непереносимість мальтози	Непереносимість чи відсутність сахарози	Порушення всмоктування глюкози, галактози	Галактоземія
Причина					
Початок хвороби					
Характер початку захворювання					
Ступінь гіпотрофії					
Явища токсикозу					
Явища ексікозу					
Характер випорожнень					
Симптоми з боку інших органів та систем					
Приріст глікемії при навантаженні лактозою					
Приріст глікемії при навантаженні мальтозою					
Приріст глікемії при навантаженні сахарозою					
Приріст глікемії при навантаженні глюкозою					
Ефект від дієти з виключенням					

5.2. Задачі ($\alpha=III$):

Задача 1. Батьки дівчинки 10 місячного віку звернулись до дитячої поліклініки зі скаргами на зниження апетиту, частий, пінистий, збільшений, з неприємним запахом стілець, відсутність надбавки маси тіла. Ці скарги з'явилися після введення прикорму у вигляді манної каші. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Дефіцит маси тіла складає 20%. Активність дитини знижена. Блідий, сухість шкіряних покривів, атрофічний глосит, витончення підшкірно-жирового слою на кінцівках та тілі. Звертає увагу збільшений в об'ємі живіт. Зі сторони кісної та лімфатичної системи змін немає. Перкуторно над легенями ясний легеневиий звук, дихання жорстке. Границі

серця в межах вікової норми. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, вислуховується нижній систолічний шум функціонального характеру на верхівці, ЧСС 130 за хвилину. Живіт збільшений в об'ємі за рахунок здуття. Незначне збільшення печінки.

Запитання: Вистановіть діагноз? Які клінічні симптоми характерні для цього захворювання? З якими захворюваннями необхідно диференціювати? Призначте обстеження дитині для підтвердження діагнозу відповідно алгоритмам діагностики. Яке лікування слід призначити цій дитині.

Задача 2. Батьки місячної дівчинки відзначають появу в неї після приймання молока частих водянистих пінистих випорожнень, зригування, ознак метеоризму. Кількість трипсину в калі та хлоридів поту в межах норми, глікемічна крива з навантаженням лактозою: 4,2-4,28-4,3-4,1 ммоль/л. Тест толерантності до глюкози не порушений.

Запитання: Ваш діагноз? Вкажіть провідний метод лікування в цьому випадку. На який термін призначається дієта?

Заняття 8.

Тема заняття: Порушення фосфорно-кальцієвого обміну. Рахіт та рахітоподібні захворювання у дітей, гіпервітаміноз Д

1. Актуальність теми.

Рахіт – це полідефіцитне захворювання з порушенням обміну речовин, особливо фосфорно-кальцієвого. При цьому захворюванні спостерігається порушення функції всіх органів і систем, значні відхилення в формуванні кісткової тканини. Рахіт є одним із поширених захворювань у дітей раннього віку. Він може призводити до підвищення загальної захворюваності, зниження опірності організму дитини, затримки її фізичного і нервово-психічного розвитку. У дітей, хворих на рахіт, частіше виникають хвороби органів

дихання, порушується діяльність серцево-судинної системи, формуються різноманітні деформації скелета. Тому профілактика та лікування рахіту займають важливе місце в комплексі заходів по зміцненню здоров'я дітей, зниженню смертності немовлят та дитячої захворюваності. Саме цій проблемі присвячене наступне заняття.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = \Pi$)

- особливості розвитку рахіту у дітей.
- класифікацію рахіту.
- фактори, які сприяють виникненню рахіту у дітей.
- функції вітаміну Д в організмі.
- вміст кальцію і фосфору в крові та їх динаміку при рахіті.
- основні клінічні, рентгенологічні та лабораторні прояви рахіту.
- принципи терапії та профілактики рахіту.
- рахітоподібні захворювання у дітей.
- гіпервітаміноз Д.

інтерн повинен уміти ($\alpha = \Pi$)

- зібрати скарги, анамнез життя і захворювання, провести огляд хворого з метою виявлення характерних для рахіту ознак.
- на підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних поставити діагноз..
- призначити лікування хворому з урахуванням важкості перебігу і періоду захворювання..
- скласти план профілактичних заходів, розробити алгоритм диспансерного нагляду, обґрунтувати прогноз.

Виховні цілі заняття ($\alpha = \Pi$)

- Інтерн повинен знати досягнення українських науковців та деонтологічні аспекти у питаннях діагностики, лікування, оцінки

прогнозу за наявності в дитини рахіту, гіпервітамінозу Д, або рахітоподібних захворювань..

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю.

1. Обмін кальцію і фосфору в здоровому організмі дитини.
2. Добова потреба дитини у вітаміні Д.
3. Функції вітаміну Д, паратгормону, кальцитоніну.
4. Зміни, що відбуваються в організмі при недостатності вітаміну Д.
5. Класифікація рахіту.
6. Динаміка рівня кальцію і фосфору в різні періоди рахіту.
7. Лікувальні та профілактичні дози вітаміну Д.
8. Класифікація гіпервітамінозу Д.
9. Вміст кальцію та фосфору в крові при гіпервітамінозі Д.
10. Реакція Сулковича.
11. Зміни на рентгенограми при рахіті , гіпервітамінозі Д.
12. Лікування гіпервітамінозу Д.
13. Рахітоподібні захворювання, класифікація, сутність, лікування.

3.2. Тести для контролю: тести ($\alpha = I$)

1. Початковий період рахіту характеризується:
 - А) О- та Х- подібними викривленнями кінцівок.
 - Б) Підвищенням температури тіла.
 - В) Підвищеною пітливістю, неспокоєм.
 - Г) Стійкою гіпокальціємією, гіпофосфатемією.

Еталон відповіді: В.

2. Порушенню кальцій-фосфорного обміну сприяють:
 - А) Десенсибілізуючі препарати.
 - Б) Протисудомні препарати.
 - В) Антибіотики.
 - Г) Сульфаніламідні препарати.
 - Д) Все перераховане.

Еталон відповіді: Б.

тести ($\alpha = \Pi$)

1. Який принцип призначення вітаміну Д для постнатальної профілактики рахіту?

- А) Доза вітаміну Д – по 400 – 500 МО на добу.
- Б) Припинення введення вітаміну Д у літні місяці.
- В) Урахування вмісту вітаміну Д у сумішах, які споживає дитина.
- Г) Призначення вітаміну Д з 3 -4 –го тижня життя.
- Д) Усе перераховане.

Еталон відповіді: Д.

2. Яка лікувальна доза вітаміну Д на добу?

- А) 2000 – 5000 МО.
- Б) 10 000 – 12 000 МО.
- В) 9000 – 10 000 МО.
- Г) 7000 – 8000 МО.
- Д) 500 - 1000 МО.

Еталон відповіді: А.

3. Яка ознака характерна для підгострого періоду рахіту?

- А) Краніотабес.
- Б) Переважання розм'якшення кісток.
- В) Переважання остеїдної гіперплазії.
- Г) Наявність вираженої гіпокальціємії.

Еталон відповіді: В.

3.3. Задачі для контролю. ($\alpha = \Pi$)

Задача 1. Мати скаржаться на відсутність зубів та деформацію нижніх кінцівок у дитини, 8міс. Дитина народилася з масою тіла 3000г, здоровою, від народження перебуває на штучному вигодовуванні, профілактику рахіту не отримувала. Під час огляду: загальний стан не порушений, шкіра бліда, зубів не має, велике тім'ячко має розмір 3*3 см, нижня апертура грудної клітки розширена, пальпуються реброві чотки. Спостерігається О-подібне

викривлення нижніх кінцівок. З боку серця вислуховується ослаблення тонів, функціональний систолічний шум. Який Ваш діагноз?

- А) Рахіт.
- Б) Вроджена ламкість кісток.
- В) Гіпотиреоз.
- Г) Хондродистрофія.
- Д) Вітамін Д-залежний рахіт.

Еталон відповіді: А.

Задача 2. Дитині, 2 міс, народилась у жовтні з масою тіла 3000 г, перебуває на природному вигодовуванні. Зараз маса тіла становить 4400 г, нервово-психічний розвиток відповідає віку. Під час огляду: шкіра чиста, рожева; органи та системи – без змін. Яку профілактику рахіту слід призначити цій дитині?

- А) Вітамін Д по 500 МО на добу.
- Б) Вітамін Д по 2000 МО на добу.
- В) Жовток курячого яйця.
- Г) Аскорбінова кислота по 30 мг 3 рази на добу.
- Д) Кальцію глюконат по 400 – 500 мг на добу.

Еталон відповіді: А.

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.
- Скласти план лікування та диспансерного нагляду.
- Призначити профілактичні заходи.

4.2. Професійний алгоритм(описання практичної навички)

Завдання	Послідовність виконання(методика проведення)	Примітка
Визначити рівень кальцію в сечі використовуючи пробу Сулковича	<p>Проба Сулковича використовується для визначення ступеня виділення кальцію з сечею (гіперкальційурія). У зв'язку з тим що між вмістом кальцію в крові й сечі є взаємозв'язок, реакція Сулковича відображає рівень кальціємії.</p> <p>Методика виконання: Сечу збирають уранці натще. Хід реакції: до 4 мл профільтрованої сечі додають 2 мл реактиву Сулковича або до 4 крапель сечі додають 2 краплі реактиву. <i>Склад реактиву Сулковича:</i> 2,5 мл щавелевої кислоти, 2,5 мл щавелевокислого амонію, 5 мл льодяної оцтової кислоти, до 150 мл дистильованої води</p>	<p>Показання: визначення ступені кальційурії</p> <p>протипоказань не має.</p>

Реакція	Ступінь помутніння	КількістьСа в добовій сечі	Рівень Са в крові,ммоль/л
Негативна	Помутніння немає через 2	Відсутній	До 1,75
Слабко по-	Слабке помутніння	80—120 мг	1,75—2,25
Позитивна	Ясна каламуть з	150—250 мг	2,25—2,75
Помірно підвищена	Каламуть молочно-білого кольору	250—400 мг (незначна гіперкальційурія)	Більше ніж 2,75
Різко підвищена	Значна каламуть молочно-білого	Більше ніж 400 мг (виражена гіперкальційурія)	

5.Навчальні завдання до заключного етапу заняття

5.1 Диференційна таблиця порушень обміну кальцію (заповнити самостійно)

Симптом (заповніть)	Рахіт	Гіпервітаміноз Д	Вітамін Д – резистентний	Вітамін Д залежний	Нирковий каналцевий	Хвороба де Тоні-

самостійно)			рахіт(фосфат-діабет)	рахіт	ацидоз	Дебре-Фанконі

5.2. Задачі. ($\alpha = III$)

Задача 1. Дитині 7 міс. Спостерігаються блідість шкіри, лобні та тім'яні горби, реберні «чотки», «браслети», «ніті перлів», потовщення країв великого тім'ячка, збільшення печінки.

Запитання: 1. Про яке захворювання йдеться?

2. Який перебіг і період захворювання?

Задача 2. Дитині 6 міс. Перебуває на грудному вигодовуванні, профілактика рахіту не проводилась. Фруктово-овочеві продукти, соки не отримує. Мати відзначає неспокій, підвищену пітливість. При об'єктивному обстеженні: виражені лобні та тім'яні горби; велике тім'ячко має розмір 3*4 см, края його потовщені. На ребрах так звані чотки. Виражена м'язова гіпотонія: «жаб'ячий» живіт, дитина погано спирається на ніжки.

Запитання: 1. Про яке захворювання йдеться?

2. Що сприяло виникненню захворювання?

Заняття 9.

Тема заняття: Ускладнення пневмоній у дітей (плеврити, абсцеси, пиопневмоторакс)

1. Актуальність теми.

В останні два десятиліття увагу дитячих пульмонологів було привернуто до ускладнення пневмоній, частота яких знизилась, а складність лікування

підвищилась. Наступна тема призначена поглибити знання та навички інтернів з цих питань.

2. Навчальні цілі заняття

- інтерн повинен знати ($\alpha = \text{II}$)

- тлумачення поняття «плеврит», «піоторакс», «піопневмоторакс», «пневмоторакс», « абсцес».
- етіо-патогенез основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).
- класифікацію основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).
- клінічні особливості перебігу основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).

- інтерн повинен уміти ($\alpha = \text{III}$)

- зібрати анамнез, провести загальний огляд та системне обстеження дитини яка має ускладнення пневмонії;
- відрізнити сухий плеврит від фібринозного, піоторакс від пневмотораксу і піопневмотораксу, абсцес від піопневмотораксу;
- скласти план обстеження дитині яка має ускладнення пневмонії;
- трактувати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження;
- проводити диференційну діагностику між плевритом, піотораксом, піопневмотораксом, пневмотораксом, абсцесом;
- складати план лікування;
- оволодіти практичними навичками з проведення клінічного, лабораторного, інструментального дослідження, аналізу та інтерпретації отриманих результатів, призначення медикаментозного лікування, призначення немедикаментозного лікування.

- **Виховні цілі заняття (α = II)**

Інтерн повинен знати:

- досягнення українських науковців у питаннях діагностики, лікування та профілактики ускладнень пневмонії;
- психологічні особливості дитини, яка має ускладнення пневмонії;
- деонтологічні аспекти лікування дитини яка має ускладнення пневмонії;

3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для контролю

1. Тлумачення понять «плеврит», «піоторакс», «піопневмоторакс», «пневмоторакс», «абсцес».
2. Класифікацію основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).
3. Особливості перебігу основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес) у дітей.
4. Які інструментальні та лабораторні методи дослідження інформативні для діагностики та диференційної діагностики основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).
5. Проведіть диференційну діагностику між плевритом, піотораксом , піопневмотораксом, пневмотораксом та абсцесом;
6. Які основні принципи лікування основних ускладнень пневмонії (плеврит, піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс ,абсцес).
7. Диспансерний нагляд за дітьми які перенесли ускладнення пневмонії

3.2. Тести для контролю(α = I)

продовжіть фразу, визначення, на матеріалі підручника

1. Накопичення в плевральній порожнині газу та гною-це...

- А) Плеврит
- Б) Абсцес
- В) Піопневмоторакс
- Г) Пневмоторакс

Д) Піоторакс

Еталон відповіді -В

2.Вирішальний метод діагностики при ускладненнях пневмонії - це...

- А) А. Рентгенологічний
- Б) В. Бактеріологічний
- В) С. УЗД
- Г) Д.Бронхоскопія
- Д) Е .МРТ

Еталон відповіді-Б

• **тести (α = II)**

1.При якому об'ємі випоту в плевральну порожнину, середостіння зміщується в протилежний бік від ураження

- А) А. 1/2
- Б) В.1 /3
- В) С.1/4
- Г) Д.1/5
- Д) Е.Зміщується при будь-якому об'ємі випоту

Еталон відповіді-В

2..Чим відрізняються серозний ексудат від трансудату

- А) концентрацією білка у трансудаті не перевищує 80 г/л,а у серозному ексудаті вища.
- Б) Концентрацією білка у трансудаті перевищує 80 г/л,а у серозному ексудаті нижче.
- В) концентрацією білка у трансудаті не перевищує 30 г/л,а у серозному ексудаті вища.
- Г) концентрацією білка у трансудаті не перевищує 30 г/л,а у серозному ексудаті вища.
- Д) Нічим не відрізняється

Еталон відповіді-В

3. Виберіть зайве. При серозному плевриті не буде:...

- А) А. Уражена половина грудної клітки відстає в акті дихання
- Б) В. Пальпаторно визначається ослаблене голосове дрижання
- В) С. При перкусії на боці ураження відзначається тупість
- Г) D. При аускультатії в зоні тупого перкуторного звуку відзначається ослаблене дихання
- Д) Е. Пальпаторно визначається посилене голосове дрижання.

Еталон відповіді-Д

3.3. Задачі для контролю (α = II)

Задача 1. Микола 12 років, скаржиться на різкий біль в правій половині грудної клітки, який посилюється при диханні, кашлі та нахилі тулуба вліво, підвищення температури тіла до 39,4. Захворів після переохолодження. Об'єктивно: права половина грудної клітки відстає при диханні, ЧД 28 на хв., поверхневе. При аускультатії на фоні ослабленого дихання вислухається шум тертя плеври. Яке захворювання є найбільш вірогідною причиною болю в грудній клітці?

Еталон відповіді: Плевропневмонія

Задача 2. Дитина 4,5 років захворіла гостро, коли підвищилась температура тіла до 38 і з'явилися болі у животі, одноразове блювання. Дитина займає вимушене положення на правому боці і скаржиться на біль при диханні і кашлі в правій половині грудної клітки. Стан дитини важкий, шкіра бліда. Частота дихання 60 на 1 хвилину. Ціаноз носогубного трикутника. Права половина грудної клітки відстає в диханні. Притуплення перкуторного звуку справа нижче 4 ребра, дихання там значно послаблене. На Ro-грамі грудної клітки - інтенсивне гомогенне затемнення в правій половині грудної клітки до 4-ого ребра з верхнім рівнем рідини. Органи середостіння зміщені в протилежну сторону. На думку лікаря у дитини ускладнена ексудативним плевритом пневмонія. Чи потрібно проводити діагностичну пункцію і для чого її проводять? Визначте місце пункції для даного хворого.

Еталон відповіді :

- Так, потрібно. Діагностичну пункцію плевральної порожнини проводять при всіх плевральних ускладненнях. Визначають характер ексудату та його кількість.

- У шостому міжребровому проміжку по середній паховій або лопатковій лінії.

4. Матеріал для аудиторної роботи

4. 1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті

- Провести курацію хворих з ускладненням пневмонії
- Провести клінічне обстеження хворих з ускладненням пневмонії
- Сформулювати основний діагноз
- Скласти план обстеження
- Оцінити клініко-лабораторні данні
- Вміти читати рентгенограмми
- Знати методику проведення плевральної пункції
- Скласти план лікування та диспансерного нагляду

4.2.Професійний алгоритм (описання практичної навички)

Методика пункції плевральної порожнини

№	Завдання	Послідовність виконання (методика проведення)	Примітка
1	Проведення пункції плевральної порожнини	Методика: Для пункції використовують товсту голку, яку герметично з'єднують з гумовим катетером довжиною 8—10см. Після обробки шкіру інфільтрують 0,5 % розчином новокаїну за допомогою тонкої голки до утворення лимонної кірки, а потім послідовно вводять у тканину грудної стінки. До катетера приєднують	Показання: Діагностичну пункцію плевральної порожнини проводять при всіх плевральних ускладненнях. Визначають характер ексудату та

		<p>шприц, у місці введення новокаїну проколюють шкіру, потім кінчик голки зміщують на 1 см до верхнього краю нижчерозташованого ребра і проколюють грудну стінку під кутом 45° через міжребровий проміжок до "провалювання" в плевральну порожнину. Кожного разу, відокремлюючи шприц, гумовий катетер треба затискати. Після видалення повітря в шприц починає надходити гній. За відсутності бронхіальної нориці повітря видаляється повністю, а якщо вона є, то повітря надходить безперервно. Пункцію закінчують введенням антибіотиків у плевральну порожнину.</p>	<p>його кількість.</p> <p>Місце пункції визначають за даними рентгенологічного дослідження чи УЗД (можливе осумкування) та характером вмісту плевальної порожнини. При пневмотораксі пункцію проводять у положенні лежачи на спині в третьому-четвертому міжребрових проміжках по серединне ключичній або по середній пахвовій лінії; при піопневмотораксі та піотораксі пункцію виконують у <u>шостому-сьомому</u></p>
--	--	---	---

			<u>міжребрових</u> проміжках по середній пахвовій або лопатковій лінії. При відмежованому процесі місце пункції краще визначити під час рентгенологічного дослідження.
--	--	--	---

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття ($\alpha = III$)

5. 1. Заповніть таблицю

Симптоми	Фібриноз-ний-плеврит	Серозний плеврит	Абсцес сполучений з бронхом	Абсцес не сполучений з бронхом	Піоторакс	Пневмо-піоторакс
Початок						
Вимущене положення						
Біль у грудях						
Перкуторний звук						
Аускультативна картина						
Зміщення середостіння						
Рентгенологічна характеристика						
Лабораторні данні						

5. 2. Задачі ($\alpha = III$)

Задача 1. У дитини 10 років ускладнена плевритом пневмонія. Призначений амоксицилін/клавунат впродовж 2 діб не дав позитивної динаміки.

Запитання: Яка тактика педіатра доцільна щодо корекції терапії?

Задача 2. Дитини 12 років, знаходиться у важкому стані, важкість якою зумовлена гострою лівосторонією полісегментарною пневмонією. Раптом вночі прокинулася від сильного кашля. Об'єктивно дихання часте, наростає ціаноз, ліва частина грудної клітки вибухає і відстає в акті дихання. При перкусії тимпаніт верхніх і притуплення тону в нижніх відділах легені. Аускультативно-дихання ослаблене. На Ro-грамі зміщення середостіння праворуч, наявність в плевральній порожнині рівня рідини над якою повітря. Легеня колобована.

Запитання: Яке ускладнення пневмонії виникло у дитини? Яка тактика лікування дитини? З чим потрібно проводити диф. діагноз?

Еталон відповіді:

- Піопневмоторакс.
- Дренування плевральної порожнини з пасивною аспірацією за Белау, продовжують антибактеріальну терапію.
- Нагноєна кіста легені, абсцес легені, діафрагмальна грижа

Задача 3. Дитина 1 рік 10 міс. гостро піднялася температура тіла до 38,2, з'явилася млявість, відсутність апетиту. Кашель став частим, харкотіння в'язке, зеленувато-жовтого кольору. Задишка змішаного характеру, 46-48 дихальних рухів за хвилину. Стан дитини важкий внаслідок вираженої інтоксикації і дихальної недостатності. Шкіра бліда, носо-губний трикутник з ціанотичним відтінком. Над легенями перкуторний звук з коробковим відтінком, притуплення у підключичній ділянці праворуч. В легенях багато сухих, а у верхніх ділянках праворуч-вологих дрібнопухирчатих і крепітуючих хрипів. Аналіз крові: еритроцити- $3,6 \cdot 10^{12}$, гемоглобін-98 г/л, кольоровий показник-0.87, лейкоцити- $7,4 \cdot 10^9$, еозинофіли-2%, палочкоядерні-16%, сегментоядерні-69%, лімфоцити-10%, моноцити-3%, ШОЕ-18мм/ч. На рентгенограмі легенів визначається вогнищеві тіні у верхніх сегментах правої легені. Через 2 дні на повторних рентгенограмах у верхній частині правої легені

вогнищево-зливні тіні займають три сегменти, помітні множинні дрібні вогнища просвітлення на тлі інфільтрації.

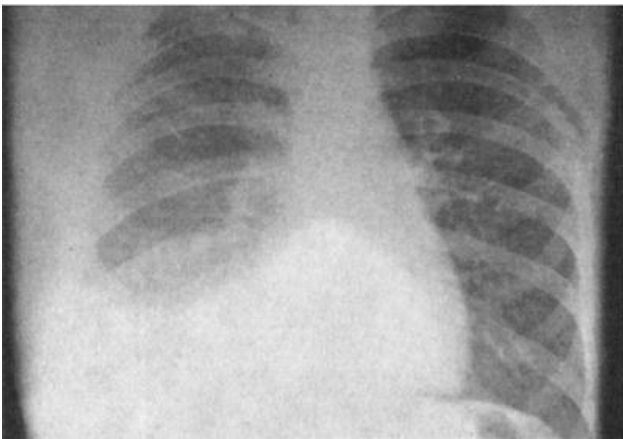
Запитання: Який діагноз ви припускаєте? Про яке ускладнення необхідно подумати? Призначте стартову антибактеріальну терапію?

Еталон відповіді:

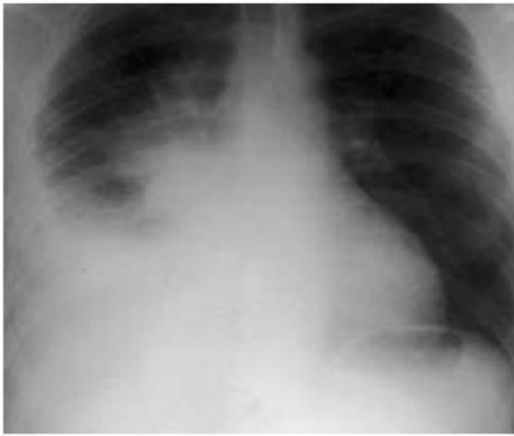
- Гостра сегментарна бронхопневмонія, локалізована в правому S 1-3. Дихальна недостатність 2 ступеня.
- Початок абсцедування.
- Найбільш вірогідний збудник пневмонії-синьогнійна паличка (виражена інтоксикація, зеленувато-жовтий колір харкотиння, вираженість анемії, різкий паличкоядерний зсув при нормальній кількості лейкоцитів і нормальній ШОЕ, множинні дрібні вогнища деструкції легеневої тканини.). Тому найбільш ефективною стартовою антибактеріальною терапією є комбінація аміноглікозидів з цефалоспоринами (цефтазидим). Антибіотики слід призначати в/в або в/м.

Додаток (фото рентгенограм) : джерело - Хірургія дитячого віку(под ред. Сушка В.І.)-Київ «здоров я »,2002. с194-198.

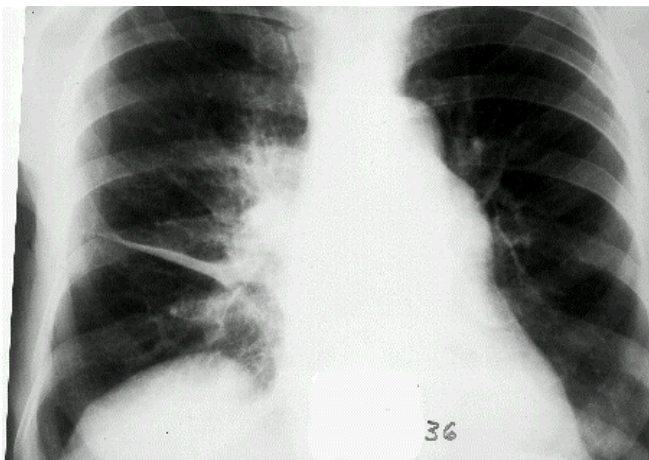
1. Масивний ексудативний плеврит



2. Піоторакс



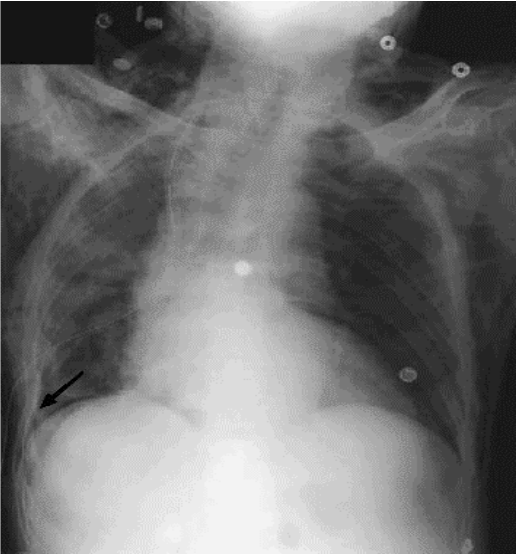
3. Плеврит



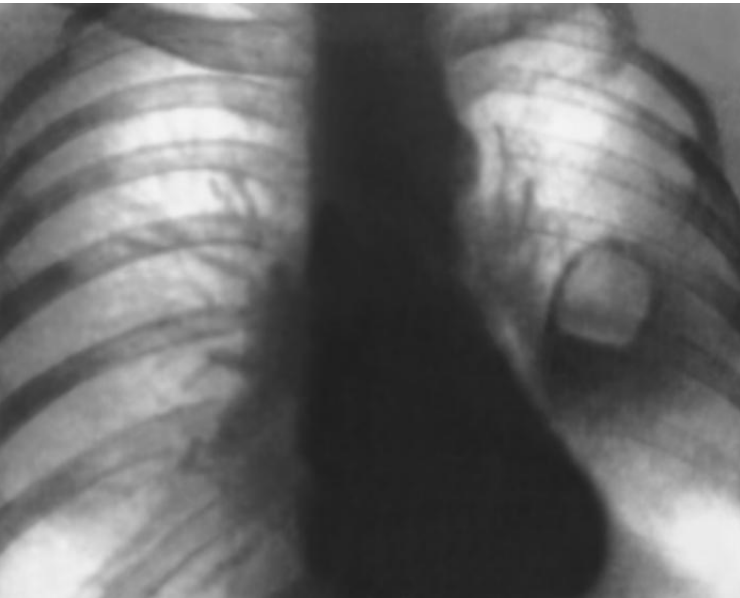
4. Плеврит сухой



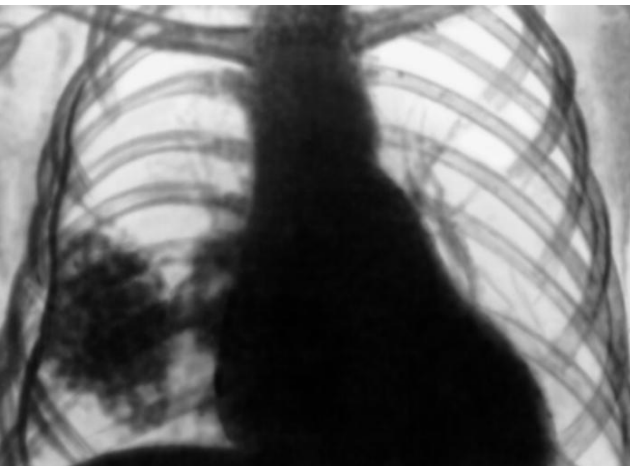
5. Спонтаний пневмоторакс



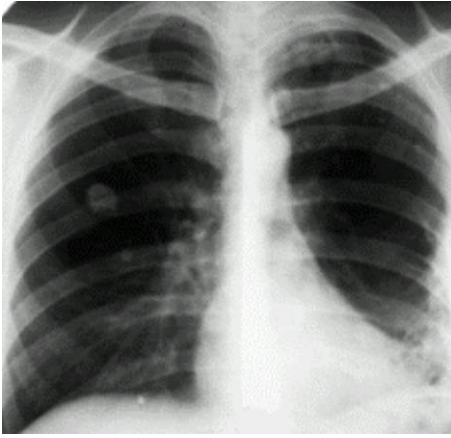
6. Абцес легені



7. Гнійний плеврит



8. Піопневмоторакс



Заняття 10.

Тема заняття: Недостатність харчування. Білково-енергетична недостатність

1. Актуальність теми.

Недостатність харчування приводить до порушення трофіки, білкового, водно-мінерального й інших видів обміну, а також до відставання дитини в розвитку, зниження захисних сил організму, сприяє почастішанню інфекційних захворювань і їхньому важкому перебігу. Надалі ці порушення зумовлюють патофізіологічні зміни внутрішніх органів, ранній розвиток атеросклерозу, жовчно- і сечокам'яної хвороби, цукрового діабету. Знання етіології, клініки та профілактики розладів харчування (дистрофій) у дитячому віці розширює розуміння патогенезу перерахованих захворювань у дорослих, загострює увагу на важливості проведення антенатальної профілактики пренатальних дистрофій. Цій проблемі присвячене наступне заняття.

2. Навчальні цілі заняття.

інтерн повинен знати ($\alpha = \Pi$)

- сучасне уявлення про хронічні розлади харчування (дистрофії), визначення та сутність термінів «Гіпотрофія», «Білково-калорійна

недостатність», «Квашиоркор», «Гіпостатура», «Аліментарний маразм».

- клінічні ознаки хронічних розладів харчування, знати патогенетичне обґрунтування реабілітаційних заходів при них;
- знати методи лікування і профілактики недостатності харчування.
- прогноз за наявності в дитини того, чи іншого типу розладу харчування.

інтерн повинен уміти ($\alpha = \Pi$)

- набути практичні навички у виявленні різних форм дистрофій у дітей;
- визначити який розлад харчування в дитини;
- засвоїти раціональні методи дослідження;
- засвоїти основні принципи лікування і профілактики недостатнього харчування;
- вміти провести диференційний діагноз між різними типами хронічного розладу харчування та іншими захворюваннями з подібною клінікою;
- скласти план лікування і реабілітації дитини з недостатністю харчування.

Виховні цілі заняття ($\alpha = \Pi$)

- Інтерн повинен знати досягнення українських науковців та деонтологічні аспекти у питаннях діагностики, лікування, оцінки прогнозу за наявності в дитини того чи іншого типу розладу харчування

3.3. Матеріали для контролю.

3.1. Питання для самоконтролю.

1. Визначення поняття «дистрофія».
2. Фактори, що спричиняють затримку внутрішньоутробного розвитку.
3. Патогенез внутрішньоутробних варіантів дистрофій.
4. Етіологія і патогенез набутих хронічних розладів харчування у дітей.

5. Клінічні критерії діагностики різних форм затримки внутрішньоутробного розвитку.
6. Лабораторно-інструментальне дослідження дітей з пренатальною гіпотрофією.
7. Класифікація гіпотрофій.
8. Основні клінічні критерії гіпотрофії при різних ступенях тяжкості.
9. Поняття білково-калорійної недостатності.
10. Основні клінічні ознаки білково-калорійної недостатності.
11. Поняття аліментарного маразму і квашиоркору, їх клінічні прояви.
12. Принципи лікування різних форм гіпотрофій.
13. Профілактика і прогноз набутих гіпотрофій.

3.2.Тести для самоконтролю.($\alpha = 1$)

1. Варіант дистрофії, діагностований у новонародженої дитини зі зниженою масою тіла та нормальною довжиною називають:

- А) Гіпопластичний варіант затримки внутрішньоутробного розвитку.
- Б) Квашиоркор.
- В) Гіпотрофічний варіант затримки внутрішньоутробного розвитку.
- Г) Диспластичний варіант затримки внутрішньоутробного розвитку.
- Д) Маразм.

Еталон відповіді: В.

2. Найчастіша причина гіпотрофічного варіанта затримки внутрішньоутробного розвитку, це:

- А) Дія тератогенних медикаментів.
- Б) Тяжкий гестоз другої половини вагітності.
- В) Багатоплідна вагітність.
- Г) Підлітковий вік матері.
- Д) Генетично обумовлена мала маса на час народження.

Еталон відповіді: Б.

тести ($\alpha = \text{II}$)

3. Які дослідження необхідно провести дитині із затримкою внутрішньоутробного розвитку в неонатальний період?

- А) Загально клінічні – аналіз крові, сечі, гематокрит.
- Б) Біохімічні – рівень цукру, білірубіну та його фракцій, загального білка, сечовини; рівні калію, натрію, кальцію, магнію; протромбін.
- В) Скринінг на найбільш поширені спадкові аномалії обміну речовин.
- Г) Огляд у пологовому будинку окулістом, неврологом, ортопедом.
- Д) Все перераховане.

Еталон відповіді: Д.

4. Яким масо-ростовим коефіцієнтом у доношеної дитини характеризується пренатальна гіпотрофія тяжкого ступеня?

- А) 80-90.
- Б) 70-80.
- В) 60-65.
- Д) 55-50.
- Е) 45-50.

Еталон відповіді: Д.

5. Що характерно для II ступеня затримки внутрішньоутробного розвитку?

- А) Більшість дітей наздоганяють у фізичному розвитку однолітків до 6-місячного віку.
- Б) Не відстають у психічному розвитку в 1-й рік життя.
- В) Кожна 3-тя дитина переносить сепсис.
- Г) Надалі спостерігаються ознаки легкої мозкової дисфункції(невропатія, невроз тощо).
- Д) Інфекційна захворюваність не перевищує таку у здорових дітей.

Еталон відповіді: Г.

3.3. Задачі для самоконтролю($\alpha = \text{II}$)

Задача 1. У дитяче соматичне відділення госпіталізовано дівчину віком 7 міс з діагнозом: гостра сегментарна правобічна пневмонія, ДН 2. Загальний

стан важкий. Шкіра, слизові оболонки бліді, сухі, ціаноз носо-губного трикутника, еластичність шкіри знижена. Підшкірна жирова клітковина тонка на тулубі, кінцівках, на рівні пупка становить 2-3 мм. Маса тіла – 5950 г (на час народження – 3200 г). Дитина отримує суміш «Малиш» по 150 мл 4 рази на добу та 2 підгодування (овочево пюре, гречана каша) по 50 мл.

Запитання: Який етап буде початковим у харчуванні дитини з даним ступенем гіпотрофії?

- А) Період розвантаження.
- Б) Період білкового навантаження.
- В) Період визначення толерантності до їжі.
- Г) Період повноцінного харчування відповідно до віку.
- Д) Період навантаження жирами.

Еталон відповіді: В.

Запитання: Які особливості харчування повинні бути в цієї хворої на даному етапі?

- А) Суміш «Малиш» до 1л на добу, 8 годувань, відмінити підгодування.
- Б) Суміш «Малиш» до 0,5 л на 4 годування, «НАН – кисломолочний» 0,5 л на 4 годування, підгодовування не відмінити.
- В) Суміш «НАН – кисломолочний», розрахунок добового об'єму на наявну масу, збільшити об'єм до годування.
- Г) Суміш «Малиш» починати додавати з 1/3 вікового об'єму їжі на добу, підвищити до 2/3 об'єму наприкінці тижня, без підгодовування.
- Д) Суміш «Альфаре» починати з 2/3 вікового об'єму, збільшити до 1 л наприкінці тижня, без підгодовування.

Еталон відповіді: Д.

4. Матеріал для аудиторної стійної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань (алгоритм), які необхідно виконати на практичному занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.

- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.
- Скласти план лікування та диспансерного нагляду.
- Призначити профілактичні заходи.

4.2. Професійний алгоритм(описання практичної навички)

№	Завдання	Послідовність виконання(методика проведення)	Примітка
1.	Розрахувати дефіцит маси тіла дитині з гіпотрофією	<p><i>Наприклад:</i> вік дитини 4 міс. При народженні маса тіла 3000 г, довжина тіла 57 см. В 4 міс. Параметри фізичного розвитку відповідно дорівнюють 3800г и 68 см.</p> <p><u>Методика проведення розрахунку:</u></p> <p>1) Визначаємо масо-ростовий коефіцієнт (МРК) =3000: 57=53.</p> <p>2) Визначаємо вагу тіла яка повинна бути у цієї 4 міс. дитини: $3000+600+800+800+750= 5950\text{г}$, але більш вірно визначати, використовуючи центильні таблиці – вага тіла за ними повинна бути = 6200 г, довжина тіла має бути = 68-69см.</p> <p>3) Розраховуємо дефіцит ваги тіла = $6200 - 3800 = 2400\text{г} = 39\%$.</p> <p>4) <i>Оцінка отриманих показників:</i> 39% відповідає III – ступені гіпотрофії, отже у даної дитини має місце Гіпотрофія III – ступеня</p>	Показання: для визначення ступені дефіциту ваги тіла.

5. Навчальні завдання до заключного етапу заняття ($\alpha = III$)

5.1. Тести. ($\alpha = III$)

Диференційна таблиця (заповнити самостійно)

симптом	Квашиоркор	Білково-калорійна недостатність	Аліментарний маразм	Гіпостатура

5.2. Задачі. ($\alpha = III$)

Задача 1. Дитина 7-місячного віку на час народження мала масу тіла 3300г. Перебуває на ранньому штучному вигодовуванні. До 4-місячного віку отримувала адаптовані суміші. Під час огляду: маса тіла 7200г, шкіра бліда, еластичність шкіри та тургор підшкірної жирової клітковини знижені, є ознаки підгострого перебігу рахіту I – II ступеня. Дитина отримує коров'яче молоко (2 рази), овочевий суп, молочну кашу, кефір, соки, фруктове пюре. Вживає їжу 7 разів на добу.

Запитання: Яку корекцію раціону необхідно зробити?

Задача 2. У хлопчика, 3 років, на фоні вродженої вади серця спостерігають одночасну затримку маси тіла та зросту.

Запитання: Як називають такий стан?

Заняття 11.

Тема заняття: Алергічний риніт

1. Актуальність теми.

Проблема профілактики та ефективної терапії алергічного риніту у дітей на сьогоднішній день має велике медико-соціальне значення. Поширеність алергічних захворювань серед дітей за останні роки не зменшується, а навпаки, має тенденцію до зростання. Частота алергічного риніту серед дитячого контингенту у великих містах України досягає 40-70%. Існує виражена тенденція до прогресування і розвитку важких форм алергічного риніту у дитячому віці.

Таким чином, зважаючи на високу розповсюдженість, схильність до хронізації процесу, необхідність тривалого лікування, значний вплив на якість життя хворого – питання алергічного риніту є актуальним для сучасних лікарів, зокрема педіатрів.

2. Навчальні цілі.

інтерн повинний знати:

- тлумачення понять сезонний та цілорічний алергічний риніт;
- класифікацію алергічного риніту;
- особливості клініки алергічного риніту у дітей;
- методи діагностики алергічного риніту у дітей;
- принципи лікування та диспансерного нагляду за хворими на алергічний риніт.

інтерн повинен уміти:

- зібрати анамнез, провести загальний огляд та системне обстеження дитини хворої алергічним ринітом;
- скласти план обстеження, необхідного при алергічному риніті та східними за проявами захворюваннями і інтерпритувати одержані результати;
- провести диференційну діагностику ринітів;
- обґрунтувати та сформулювати діагноз відповідно до класифікації;
- призначити відповідне лікування для дитини алергічним ринітом;
- оцінити динаміку захворювання, визначити прогноз;
- скласти план диспансерного нагляду за хворими алергічним ринітом.

Виховні цілі.

інтерн повинен знати:

- Досягнення українських науковців в питаннях діагностики та лікування алергічного риніту

- Психологічні особливості дітей різного віку які хворіють на алергічний риніт.

3. Матеріали для контролю .

3.1 Питання для контролю:

- 1.Тлумачення понять риніт, алергічний риніт, сезонний, цілорічний риніт.
- 2.Класифікація алергічного риніту у дітей.
- 3.Критерії діагностики алергічного риніту у дітей.
- 4.Особливості перебігу алергічного риніту у дітей різного віку.
- 5.Додаткові методи діагностики алергічного риніту у дітей.
- 6.Диференційна діагностика алергічних ринітів.
- 7.Принципи лікування алергічних ринітів у дітей.
- 8.Диспансерний нагляд за хворими алергічним ринітом.

3.2.Тести для контролю (α = II)

1. До лікаря звернулася дитина зі скаргами на закладення носа, чихання та свербіж носа. Вказані симптоми з'являються навесні та влітку. Який попередній діагноз?

- А) Гострій бронхіт.
- Б) Загострення хронічного бронхіту.
- В) ОРВЗ.
- Г) Алергічний риніт.

Еталон відповіді Г

2. До лікаря звернулася дитина з ознаками схожими на симптоми алергічного риніту. Які методи діагностики найбільш ймовірні для підтвердження діагнозу?

- А) ЗАК.
- Б) УЗД.
- В) Риноскопія.
- Г) ЕКГ.

Еталон відповіді В

3. Дитина 5 років відвідує дитячий садок, скаржиться на чихання, сльозотечу, закладення, свербіж носа. Відомо, що вдома живе кішка. Лікар встановив попередній діагноз алергічний риніт. Які першочергові заходи для лікування дитини?

- А) Не відвідувати дитячий садок.
- Б) Не тримати вдома кішку.
- В) Термінова госпіталізація
- Г) Планова госпіталізація

Еталон відповіді Б

4. Рівень якого Ig підвищується при алергічних захворюваннях?

- А) Ig E
- Б) Ig A
- В) IgM
- Г) IgG

Еталон відповіді А

5. Визначте групу ліків, які призначаються для лікування алергічних ринітів.

- А) терфенадін 1 стероїд
- Б) нафтізин 2Н1-блокатор
- В) кромолін 3альфа-адреностимулятор
- Г) будесонід 4стабілізатор мембран тучних клітин

Еталон відповіді А-2, Б-3, В-4, Г-1

Задача 1. До лікаря звернулася дитина зі скаргами на закладення носа, чхання, свербіж, сльозотечу. Відомо, що вказані симптоми з'являються на протязі 3 років в весняно-літній період. Лікування тільки судинно-звужуючими препаратами ефекту не дає.

- 1 Поставте діагноз.
- 2 Які методи діагностики необхідно провести для підтвердження діагнозу.
- 3 Які групи препаратів використовують для лікування.

Еталон відповіді

1.Алергічний сезонний риніт.

2.Огляд, риноскопія, IgE, шкірне тестування.

3.Антигістамінні препарати, стабілізатори мембран тучних клітин, судинноз вужуючі засоби, глюкокортикостероїди.

3.3 Задачі для самоконтролю:

Задача 1. У приймальне відділення поступила дитина 12р. зі скаргами на неможливість носового дихання, біль в проекції придаточних пазух, значні водянисті виділення з носа, сухий кашель. Об'єктивно: звертає на себе увагу висипання в області щік. З анамнезу відомо,що в ранньому віці були прояви харчової алергії. Хлопчик впродовж 2 місяців перебував на канікулах у сільській місцевості, допомагав у збиранні сіна. Дані скарги турбують близько 10 днів . Лікувався самостійно "бабусиними"рецептами: трав'яні настої. Сімейний алергоанамнез:у мами та батька поліноз При обстеженні звертає на себе увагу гіперемоване обличчя, розпухший ніс,почервонілі засльозені очі.

Запитання:

1. Поставте попередній діагноз.
2. Яке обстеження необхідно провести для постановки діагнозу?
3. З чим необхідно диференціювати це захворювання?

Еталон відповіді

1. В даному випадку має місце алергічний сезонний риніт.
2. Для підтвердження діагнозу необхідно провести риноскопію , IgE, шкірне тестування.
3. Диференційний діагноз необхідно провести з гайморитом, ГРВЗ

Задача 2. На прийом до дільничого педіатра звернулася мати з дитиною 7років зі скаргами на появу чханья, закладеність носа, свербіння кінчика носа. Данні скарги турбують на протязі 3 років, частіше в літній період. Останнє загострення пов'язує з переїздом у приватний будинок. 2роки тому сім'я завела домашню тварину (кішку). Об'єктивно:"алергічний салют", чханья епізодичне по 5-10 разів з слизовим виділенням з носа, гіперемія кінчика носа. Лабораторно: ЗАК та ЗАС без патології

Запитання:

1. Поставте попередній діагноз
2. Які методи діагностики необхідно провести для підтвердження діагнозу?
3. Яка подальша тактика педіатра після встановлення діагнозу?

Еталон відповіді

- 1 Алергічний риніт
- 2 Огляд, риноскопія, IgE, шкірне тестування
- 3 Після встановлення діагнозу необхідно дати рекомендації для

виключення алергенів з побуту , порекомендувати санаторне лікування

4. Матеріал для аудиторної самостійної роботи

4. 1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати на практичному занятті

- провести курацію хворого алергічним ринітом
- провести клінічне обстеження
- сформулювати основний діагноз
- скласти план обстеження
- оцінити клініко-лабораторні данні
- скласти план лікування

4. 2.Професійний алгоритм (описання практичної навички)

Завдання	Послідовність виконання (методика проведення)	Примітка
Специфічна імунотерапія (СИТ) (інвазивний метод)	Методика: Кришка флакону з алергеном протирається спиртом, проколюється голкою шприця (ємністю у 1,0 мл), у який забирається 0,5 мл алергену (що містить у 1 мл 10000 PNU відповідного алергену). Останній вводиться до флакону з розчинною рідиною (у стандартній упаковці є 5 флаконів по 4,5 мл з розчинною рідиною). Таким чином у цьому флаконі вже є 5 мл алергену з концентрацією 1000 PNU. У такому ж порядку проводяться і наступні розведення (з флакону, де концентрація складає 1000 PNU, забирається 0,5 мл розчину алергену, вноситься до наступного флакону, з 4,5 мл	Показання: Поліноз. Цілорічний алергічний риніт. Алергічна бронхіальна астма. Протипоказання: -відстрочені позитивні шкірні проби з алергенами (в якості антитіл виступають імуноглобуліни переважно класу

	<p>розчинної рідини - отримуємо розчин алергену з концентрацією 100 PNU). Аналогічно можна отримати розведення алергену 1:100000, який має концентрацію у 1 мл 0,1 PNU.</p> <p>Приготований розчин алергену вводиться 1,0 мл одноразовими шприцями підшкірно у наружну третину плеча (у ділянку борозни між дельтовидним і триголовим м'язами). Після введення голки медсестра повинна потягнути за поршень, щоб упевнитися, що не попала у судину і тільки після цього вводити алерген. Не слід розтирати ватним тампоном місце введення, щоб не "форсувати" всмоктування алергену. Хворому після цього не бажано займатися фізичною працею з цієї ж причини.</p>	<p>IgG); -вагітність; -гострі інфекції; -соматичні захворювання з порушенням функції; -тяжка БА, наявність ускладнених інших АЗ, неспецифічної гіперреактивності; -декомпенсовані та важкі захворювання. Відносними протипоказаннями є: -вік у 50 років і більше; -шкірні захворювання; -хронічні інфекційні захворювання; -маловиражені шкірні проби з алергенами; -неефективність попередньої СІТ (якщо така проводилася).</p>
--	--	--

Неінвазивні методи проведення СІТ. Нижче наведено орієнтовну схему застосування проти алергічних драже з сумішшю побутових алергенів.

1. Драже з першого ряду упаковки(вміст алергенів по білковому азоту 0.2PNU)застосовуються таким чином: в перший день-одне драже, другий-два драже, третій-три драже, четвертий-чотири драже.
2. Драже з другого ряду упаковки(вміст алергенів по білковому азоту 2PNU)застосовуються таким чином: в перший день одне драже, третій день два драже, п'ятий день-три драже, сьомий-чотири драже.
3. Драже з третього ряду упаковки(вміст алергенів по білковому азоту 20PNU)застосовуються таким чином: в перший день-одне драже, на третій день-два драже, на шостий-три драже, на дев'ятий-чотири драже.
4. Драже з четвертого ряду упаковки(вміст алергенів по білковому азоту 200PNU) застосовується таким чином: в перший тиждень-одне драже,

другий тиждень –два драже, третій тиждень-три драже, четвертий тиждень-чотири драже. Приймати у понеділок кожного тижня .

5. Драже з п'ятого ряду упаковки(вміст алергенів по білковому азоту 1000PNU)застосовується один раз на два тижні(у перший понеділок другого тижня): в перший двотижневик-одне драже,другий двотижневик-два драже,третій двотижневик –три драже, четвертий двотижневик-чотири драже.
6. В наступному драже з п'ятого рядку слід приймати один раз на місяць по п'ять драже в другий понеділок кожного місяця.

Проведення СІТ драже призначається лікарем і має проводитись амбулаторно. Доцільно контролювати лікування періодично оглядаючи хворого(спочатку щоденно, а потім кожного разу при переході на нову дозу драже).

5 Навчальні завдання до заключного етапу заняття

5.1 Заповнити диференційну таблицю.

характеристика	Сезоний АР	Цілорічний АР
Початок		
Сезонність		
Етіологія		
Клініка		
Поєднання з кон'юнктивітом		
температурна реакція		

5.2. Задачі.

Задача 1. До сімейного лікаря звернулася жінка з дитиною 7 років зі скаргами на закладення носу, віддугловате бліде обличчя, темні кола під очима, привідкритий рот, сухі потріскані губи, запалені повіки,почервоніння шкіри кінчика носа та над верхньою губою. Дані скарги турбують на протязі 3-х років в осінньо-весняний період. Самостійно лікувалися супрастином, але без позитивного ефекту. При обстеженні в ЗАК-еозинофілія, шкірні проби позитивні до побутових та злакових алергенів, підвищений рівень Ig E

Запитання:

1. Поставити попередній діагноз.

2. Провести диференційну діагностику з аденоїдними вегетаціями.

Еталон відповіді:

1. Алергічний риніт.

2. При аденоїдних вегетаціях данні скарги будуть турбувати на протязі всього року, а не в осінньо-весняний період, шкірні проби та Ig E будуть негативними і в ЗАК не буде еозинофілії

Задача 2. В період цвітіння амброзії до лікаря звернулася мати з дитиною 5 років, зі скаргами на значну сльозотечу, свербіж носа, чхання, слизове виділення з носа. При детальному опитуванні з'ясувалося, що дані скарги з'явилися вперше. Самостійно не лікувалися. При обстеженні шкірні проби позитивні до пилоквих алергенів. В ЗАК-еозинофілія. Відомо, що батько дитини страждає алергічним ринітом.

Запитання:

1. Поставте попередній діагноз.

2. Проведіть диференційний діагноз з ОРЗ.

Еталон відповіді:

1. Алергічний риніт.

2. ОРЗ виникає частіше в період епідемії, а не тільки в період цвітіння, крім того при ОРЗ турбує біль в горлі, кашель, підвищується температура тіла. Не характерна сльозотеча, шкірні проби при ОРЗ негативні, в ЗАК –нейтрофіліоз та лімфоцитом.

Заняття 12.

Тема заняття: Обструктивні бронхіти. Вікові особливості перебігу, діагностики та лікування

1.Актуальність теми: За останні роки відмічається стабільний ріст кількості дітей, які часто і подовгу хворіють респіраторними захворюваннями,

значну частину з яких складають рецидивуючі бронхіти (РБ) та рецидивуючі обструктивні бронхіти (РОБ). Розповсюдженість РБ – 2,5 на 1000 дітей у віці 1-15 років. Рецидивуючим бронхітом хворіють 2,3 % дітей у віці до 3-х років, 7,1 % дітей дошкільного віку, 2,6 % дітей шкільного віку. У деяких дітей захворювання продовжується багато років і переходить у хронічний бронхіт підлітків та дорослих молодого віку.

Первинний хронічний бронхіт (ХБ) у дітей буває дуже рідко, а РБ, який триває більше 5-ти років, є підґрунтям виникнення ХБ підлітків та дорослих. На сучасному етапі в дитячій патології захворювань бронхолегеневої системи повторюваність, торпідність та тяжкість перебігу бронхітів не лише визначають їх значущість, а й ініціюють дослідження, спрямовані на уточнення патогенезу і пошук шляхів підвищення ефективності лікувально – реабілітаційних заходів. Наступне заняття присвячено цим питанням.

2.Навчальні цілі:

інтерн повинен знати:

- тлумачення понять «рецидивуючий бронхіт», «рецидивуючий обструктивний бронхіт», «хронічний бронхіт»;
- етіологію, патогенез цих захворювань бронхолегеневої системи у дітей;
- робочу класифікацію цих захворювань бронхолегеневої системи у дітей;
- особливості клініки та перебігу цих захворювань бронхолегеневої системи у дітей;
- методи діагностики цих захворювань бронхолегеневої системи у дітей;
- принципи лікування та диспансерного нагляду за хворими на рецидивуючий бронхіт, рецидивуючий обструктивний бронхіт, хронічний бронхіт.

інтерн повинен вміти:

- зібрати анамнез, провести загальний огляд та системне обстеження дитини, хворої на рецидивуючий бронхіт, рецидивуючий обструктивний бронхіт, хронічний бронхіт;
- скласти план обстеження, необхідного при цих захворюваннях та східних за проявами захворюваннях і інтерпретувати одержані результати;
- провести диференційну діагностику рецидивуючого бронхіту, рецидивуючого обструктивного бронхіту, хронічного бронхіту з іншими захворюваннями бронхолегеневої системи;
- обґрунтувати та сформулювати діагноз захворювання відповідно до класифікації;
- призначити відповідне лікування для дитини з рецидивуючим бронхітом, рецидивуючим обструктивним бронхітом, хронічним бронхітом;
- оцінити динаміку захворювання, визначити прогноз;
- організування диспансерного нагляду за хворим з патологією бронхолегеневої системи;

Виховні цілі:

- Інтерн повинен знати досягнення українських науковців в питаннях діагностики, лікування та профілактики патології бронхолегеневої системи у дітей;
- Знати психологічні особливості дитини різного віку, яка має захворювання бронхолегеневої системи;

3. Матеріали для контролю.

3.1 Питання для контролю.

1. Назвіть форми бронхіту, які зустрічаються у дітей.
2. Визначте поняття «рецидивуючий бронхіт», «рецидивуючий обструктивний бронхіт», «хронічний бронхіт»;
4. Назвіть критерії діагностики рецидивуючого бронхіту, рецидивуючого обструктивного бронхіту, хронічного бронхіту;

5. Які лабораторні та інструментальні методи дослідження інформативні для діагностики та диференційної діагностики рецидивуючого бронхіту, рецидивуючого обструктивного бронхіту, хронічного бронхіту;

6.3 якими захворюваннями слід проводити диференційну діагностику рецидивуючого бронхіту, рецидивуючого обструктивного бронхіту, хронічного бронхіту;

7. Які основні принципи лікування та профілактики у дітей із захворюваннями бронхів.

3.2. Тести для контролю

1. Бронх, який входить до сегменту, що представляє собою ділянку легені, основою звернений до її поверхні, верхівкою - до кореня, називається:

- А) Головний бронх.
- Б) Дольовий бронх.
- В) Дольковий бронх.
- Г) Сегментарний бронх.

Еталон відповіді: Г

2. Для огляду слизової оболонки трахеї та бронхів першого, другого і третього порядку використовується:

- А) Рентгенографія
- Б) Бронхоскопія
- В) Бронхографія
- Г) Пікфлуометрія

Еталон відповіді: Б

3. Підставте антибактеріальні препарати в залежності від виду бактеріального збудника:

- А) Мікоплазма -
- Б) Хламідія-.....
- В) Синьогнійна паличка-.....
- Г) Стафілокок -.....
- Д) Гемофільна паличка -

Еталон відповіді: А - Макроліди В – Макроліди, фторхінолони В - Фторхінолони, аміноглікозиди Г - Непівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою, Д - Амінопеніциліни з клавулановою кислотою

4. Визначте правильну послідовність об'єктивного обстеження дитини із рецидивуючим обструктивним бронхітом:

- А) Пальпація грудної клітини
- Б) Огляд шкіри, слизових оболонок, фаланг пальців рук та ніг
- В) Аускультация
- Г) Сбір анамнезу
- Д) Оцінка отриманих даних та визначення наявності обструкції.
- Е) Додаткові методи обстеження

Ж) Перкусія

Еталон відповіді: Г. Б. А. Ж. В. Е. Д.

5. Визначте дію ліків, які призначаються для лікування РБ, РОБ та ХБ:

- | | |
|--------------|---------------------|
| 1. Сумамед | А. Бронхолітична |
| 2. Вітамін Е | Б. Антибактеріальна |
| 3. Лазолван | В. Відхаркуюча |
| 4. Вентолін | Г. Антиоксидантна |

Еталон відповіді: 1 – Б, 2 – Г, 3- В, 4 – А

3.3. Задачі для контролю

Задача 1. Хворий К., 15 років, звернувся до лікаря зі скаргами на кашель з невеликою кількістю мокротиння, слабкість, пітливість. Самопочуття погіршилось 10 днів назад після переохолодження, коли посилювався кашель, з'явилась слабкість, субфебрильна температура тіла (37,2 °С). Проте при опитуванні хворого з'ясувалось, що кашель турбує хворого більше 5 років, 2-3 рази на рік кашель посилюється, починає виділятися мокротиння, погіршується самопочуття. При рентгенологічному дослідженні, зробленому 3 місяці тому, виявлено збільшення обох коренів легень, посилення легеневого малюнку; інфільтративних змін не виявлено.

Запитання: Ваш діагноз? Які ознаки захворювання можливо виявити при об'єктивному дослідженні хворого (пальпація, перкусія, аускультация грудної клітини)? Яке основні групи препаратів слід призначити?

Еталон відповіді:

1. Хронічний простий бронхіт в стадії загострення, емфізема легень.
2. Грудна клітина збільшена в переднезадньому положенні, симетрична; при перкусії легеневої тон з коробковим відтінком; при аускультации дихання жорстке, вологі хрипи, які зникають після кашлю.
3. Антибіотики, відхаркуючі, стабілізатори мембран, антиоксидантні засоби.

Задача 2. Дівчинка 9-ти років скаржиться на сухий кашель, задишку. Хворіє протягом трьох років. Загострення 2-3 рази на рік. Нападів задухи не було. Об'єктивно: дитина неспокійна, шкіра бліда, ціаноз носогубного трикутника, ЧД - 48/хв. Грудна клітка здута. Над легенями перкуторний звук з коробковим відтінком, аускультативно - дихання послаблене, видих збільшений, сухі свистячі хрипи на видиху з обох боків. На рентгенограмі органів грудної клітки – ознаки здуття легеневої тканини.

Запитання: Ваш діагноз? З якими двома захворюваннями слід проводити диференційну діагностику в першу чергу?

Еталон відповіді:

1. Рецидивуючий обструктивний бронхіт.
2. Бронхіальна астма, муковісцидоз

4. Матеріал для аудиторної роботи.

4.1. Перелік навчальних практичних завдань (алгоритмів), які необхідно виконати на практичному занятті:

- Провести курацію дітей, зібрати анамнез.
- Скласти план обстеження.
- Провести соматичне, клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження.
- На підставі скарг, даних анамнезу, об'єктивних і лабораторних даних сформулювати клінічний діагноз.

- Скласти план лікування та диспансерного нагляду. Призначити профілактичні заходи

4.2. Професійні алгоритми.

Завдання	Послідовність виконання	Зауваження
СПРОГРАФІЯ	<p>Для оцінки стану зовнішнього дихання спочатку протягом 3-5 хвилин проводиться запис спокійного дихання (швидкість руху плівки 50-60 мм/хв). На отриманій спірограмі проводиться розрахунок показників: ЧД за 1хв., ДО, ХОД.</p> <p>Після запису спокійного дихання на протязі 3-5 хвилин реєструється ЖЄЛ (максимальний об'єм повітря, який може видихнути дитина після максимального вдиху). Дитина (старше 5 років) повинна зробити максимальний видих після максимального глибокого вдиху. На протязі 3-5 хвилин проба повторюється 2-3 рази. До уваги береться максимальний показник, який необхідно зрівняти з нормативними цифрами (припустимі колебання – 20%)</p> <p>$PO_{\text{вд}}$- це різниця між об'ємом повітря, який дитина може <u>максимально вдихнути</u> після звичайного видиху, и ДО.(показник запасного об'єму легеневої тканини, який при спокійному диханні участі в ньому не бере).</p> <p>$PO_{\text{вид}}$- це різниця між об'ємом повітря, який дитина може <u>максимально видихнути</u> після звичайного вдиху, и ДО.(показник запасного об'єму легеневої тканини, із якого при спокійному диханні повітря не виходить).</p> <p>Особливо необхідним при обструктивному бронхіті, в патогенезі якого має місце спазм дрібних бронхів та бронхіол, що</p>	<p>Дослідження проводиться ранком, натщесерце.</p> <p>ДО- об'єм видихуваного і вдихуваного повітря за умови спокійного дихання (чим молодше дитина, тим менше ДО, а також він залежить від статі та зросту дитини).</p> <p>МОД- кількість повітря видихуваного і вдихуваного дитиною за 1хвилину.</p> <p>$МОД = ДО * ЧД$ (припустимі колебання – 20%)</p>

	<p>супроводжується гіповентиляцією, є оцінка прохідності дихальних шляхів за допомогою проби Тиффно. На отриманій спірограмі (швидкість плівки для кращого зорового сприйняття збільшено – 10 мм/сек.) ЖЄЛ приймається за 100%, після чого проводиться розрахунок коефіцієнта Тиффно.</p> <p>Нормативні дані:</p> <p>За 0,25 сек - 30-35%; За 0,5 сек - 70-75%; За 1сек - 75-100%; За 2 сек - 87-100%; За 3 сек - 93-100%.</p> <p>При обструктивному синдромі дані проби Тиффно зменшуються</p>	<p>Проба Тиффно –це визначення об'єму повітря, який видихає дитина за одиницю часу при максимальному видиху після максимального вдиху.</p> <p>Коефіцієнт Тиффно- показник прохідності бронхів,преставляє собою відношення (у %) об'єму повітря, видихуваного за першу секунду форсованого видиху, к ЖЄЛ.</p>
--	--	--

5.Навчальні завдання до заключного етапу заняття (α = III)

5.1. Диференційна таблиця (заповнити самостійно)

Антибактеріальні препарати вибору в залежності від виду бактеріального збудника

Вид збудника	Антибактеріальний препарат
Мікоплазма	
Стафілокок	
Стрептокок	
Хламідія	
Гемофільна паличка	
Пневмокок	
Синьогнійна паличка	
Легіонела	

5.2. Задачі

Задача 1. Хворий Д., 16 років, на протязі 8 років страждає захворюванням легень, часто хворіє застудними захворюваннями. Останні 3 роки періодично турбують напади неефективного кашлю (важко відходить мокротиння

жовтувато-зеленого кольору). Відмічає періодичну посилену пітливість, субфебрилітет по вечорам. Останні 3 тижні з трудом виконує домашні завдання, а 3 дні тому стан погіршився. Відмічає посилення задишки, мокротиння майже не відходить, інгаляції сальбутамолу полегшення не приносять.

Запитання:

Яке захворювання легень можна припустити?

Які анамнестичні дані вказують на наявність бронхіальної обструкції?

Який механізм розвитку бронхіальної обструкції вданому випадку?

Еталон відповіді:

- Хронічний гнійний бронхіт, стадія загострення.
- Задишка, кашель з важко відходячим мокротинням.
- Обтурація бронхіального дерева мокротинням, набряк слизової оболонки бронхів.

Задача 2. Хвора П., 10 років, поступила у клініку у зв'язку з погіршенням стану, посилення кашлю з важковідходячим мокротинням, вираженою задишкою в покої. Хворіє на протязі 5 років, загострення 3-4 рази на рік. При огляді: дифузний ціаноз шкірних покривів, акроціаноз. Виражена задишка в покої, ЧД до 35 за хв., набухання вен шиї. При фізичному навантаженні задишка посилюється, хвора змушене приймати положення з упором на верхні кінцівки, приймає участь у акті дихання допоміжна мускулатура. При посиленні задишки чути на відстані свистячі хрипи.

Запитання:

Ваш діагноз?

Який погрожуючий стан може розвинути і який повинен запідозрити лікар?

Еталон відповіді:

- Рецидивуючий обструктивний бронхіт, стадія загострення.
- Погрожуючий стан –це можливий розвиток в подальшому бронхіальної астми у даної дитини.

Задача 3. В клініку поступила дитина на 5 добу хвороби з рецидивуючим обструктивним бронхітом в стадії загострення. В відділенні розпочата антибактеріальна терапія – внутрішньовенно введено амоксиклав. Наприкінці введення препарату у дитини виникли скарги на тотальне свербіння шкіри, печію язика, підшви, долоней. Об'єктивно: у дитини генералізована кропив'янка, свідомість спутана, видимі слизові дуже бліді. АТ – 60/20 мм рт.ст., ЧСС – 200 за хв. Тони серця глухі. ЧДД – 60 за хв.. Дихання в легенях послаблено з подовженим видихом та масою сухих свистячих хрипів.

Запитання:

Ваш діагноз?

Визначить тактику надання невідкладної допомоги.

Еталон відповіді:

- Анафілактичний шок.
- I. Обколоти місце ін'єкції 0,5мл 0,1% розчином адреналіну в 5 мл фіз.розчину, прикласти лід.
- II. Накласти джгут проксимальніше місця ін'єкції на 25-30 хвилин для зупинення венозного відтіку (кожні 10 хвилин необхідно послабляти джгут на 1-2 хвилини).
- III. Ввести 3 мл 0,1% розчину адреналіну в/в (тому, що є бронхоспазм)
- IV. Забезпечити прохідність дихальних шляхів:
 - інгаляції кисню через маску
 - інтубація трахеї, ШВЛ.
- V. Внутрішньовенне введення сольових розчинів (фіз.розчин, розчин Рінгера) + дофамін 5-10мкг/кг/хв
- VI. Преднізолон 5мг/кг/добу
- VII. Симптоматична терапія.

Додаток А

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПАСПОРТ
бази стажування лікарів-інтернів

1. Назва вищого медичного навчального закладу

2.

3.

4.

5. Прізвище та ім'я по-батькові головного лікаря

6. Прізвище та ім'я по-батькові відповідального за підготовку інтернів на базі стажування

7. Керівники інтернів: прізвище та ім'я по-батькові, спеціальність, загальний стаж роботи, стаж по спеціальності, кваліфікаційна категорія

8. Загальна характеристика установи: перелік відділень, наявність рентгенкабінету, фізіотерапевтичного відділення та ін.

Дата

М.П.

Додаток Б

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ З ІНТЕРНАТУРИ, ЯКІ МАЮТЬ БУТИ В БАЗОВИХ УСТАНОВАХ СТАЖУВАННЯ ІНТЕРНІВ

1. Накази, вказівки, інструктивні документи з інтернатури МОЗ України, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації, ректора навчального закладу, деканату ФПО.
2. Положення про інтернатуру (Наказ МОЗ України №291 від 19.09.96р.)
3. Список інтернів, які проходять базову підготовку.
4. Типові учбові плани і програми зі спеціальності, за якою проводиться підготовка в інтернатурі.
5. План роботи керівника інтернів по підготовці лікарів-інтернів на базі стажування на навчальний рік (затверджений головним лікарем);
6. Календарний план навчання лікарів-інтернів на навчальний рік (графік ротації по відділеннях, кабінетах для виконання всіх розділів навчального плану з профільних і суміжних дисциплін; графік проведення семінарських практичних занять з лікарями-інтернами);
7. Журнал обліку відвідувань занять і успішності лікарів-інтернів (оцінка початкового рівня знань, піврічна, річна, заключна атестації, участь у конференціях, опанування практичних навичок);
8. Графік чергувань лікарів-інтернів.
9. Протоколи оцінки початкового, проміжного та заключного рівня знань
10. Журнал реєстрації клінічних розборів хворих із інтернами
11. Чисельна характеристика оволодіння практичними навичками лікарями-інтернами.
12. Звіт керівника інтернів за навчальний рік;
13. Журнал зауважень і пропозицій за результатами перевірки роботи базової установи стажування і їх реалізація.

Додаток В

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ІНТЕРНА, НЕОБХІДНИХ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПІДСУМКОВОЇ АТЕСТАЦІЇ ІНТЕРНІВ

1. Індивідуальний план підготовки лікаря-інтерна
2. Щоденник обліку роботи інтерна (щотижня підписується керівником)
3. Характеристика від адміністрації базового закладу про виконання базової частини програми згідно з планом
4. Результати базового та проміжного контролю знань
5. Залікова книжка
6. Реферати, презентації, публікації. інші види НДР

Додаток Г

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН РЕКОМЕНДОВАНИХ ТЕМ ДЛЯ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ НА ПЕРІОД ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ „ПЕДІАТРІЯ”

1. План роботи дільничного лікаря із дитячим контингентом, документація, паспорт дільниці, звітна документація.
2. Захворюваність та смертність дітей різних вікових груп. Шляхи зниження дитячої смертності. Оцінка демографічних показників і показників здоров'я населення
3. Організація роботи вузьких спеціалістів у поліклініці
4. Особливості амбулаторного обслуговування дітей інвалідів. Методи реабілітації в умовах поліклініки.
5. Диспансерізація кардіологічних хворих. Показання до направлення хворих на консультацію до лікаря-кардіолога та кардіохірурга.
6. Семіотика захворювань серцево-судинної системи у дітей
7. Порушення всмоктування у кишечнику.
8. Порушення фосфорно-кальцієвого обміну Рахіт та рахітоподібні захворювання у дітей, гіпервітаміноз Д
9. Ускладнення пневмоній у дітей (плеврити, абсцеси, піопневмоторакс)
10. Недостатність харчування. Білково-енергетична недостатність.
11. Алергічний риніт
12. Обструктивні бронхіти. Вікові особливості перебігу, діагностики та лікування

Додаток Д

РЕКОМЕНДОВАНІ ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДЛЯ ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ

1. Метаболічний синдром у дітей пубертатного періоду.
2. Вісцеральне ожиріння у дітей.
3. Порушення толерантності до вуглеводів у дітей: методики дослідження, трактовка результатів, диференційна діагностика латентного діабету.
4. Неблагоприємні події після імунізації (НППІ). Порядок реєстрації НППІ. Розслідування випадку НППІ.
5. Діагностика хвороби Машковица, Гассера, ДВЗ, геморагічного васкуліту.
6. Побічні дії медикаментів у дітей (НПЗП, а/б, вітаміни, нафтизин).
7. ВІЛ-інфекція у дітей
8. Вторинні імунодефіцитні стани, принципи діагностики, лікування та профілактики. Особливості діагностики та лікування дітей з повторними епізодами респіраторної інфекції
9. Подагра у дітей.
10. Фітотерапія в педіатрії
11. Синдром гіперактивності та дефіциту уваги в педіатрії
12. Недостатність харчування. Білково-енергетична недостатність. Методи корекції харчування.
13. Основні принципи надання лікувально-профілактичної допомоги дітям в сільській місцевості. Основні документи та накази
14. Інноваційні технології в наданні медичної допомоги підліткам. Створення центрів (клінік), дружніх до молоді (КДМ). Політика КДМ. Цілі, задачі, принципи роботи, цільові групи КДМ.
15. Шкільна медицина. Фізичне виховання учнів в загально-освітніх навчальних закладах. Організація щорічних медичних оглядів
16. Робота дільничного педіатра в сім'ї дитини. Санітарно-просвітницька робота педіатра з питань збереження здоров'я, раціонального харчування, проблем психічного здоров'я та насильства, з профілактики підліткової вагітності, ВІЛ/СНІД, ІПС Ш, вживання психоактивних речовин
17. Психопатологічні синдроми в підлітковому віці (криза періоду дорослішання)
18. Синдром раптової смерті
19. Застосування імунних препаратів в педіатрії.
20. Мігрень у дітей
21. Кардити у дітей молодшого віку.
22. Принцип доказової медицини у педіатрії

Додаток Ж

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК.

1. Збір загального анамнезу та його оцінка.
2. Загальний огляд, пальпація, перкусія, аускультация органів та систем дитячого організму.
3. Алгоритм виконання та оцінка результатів лабораторних методів дослідження (загального аналізу крові, загального аналізу сечі, копрограми, біохімічного дослідження крові).
4. Визначення та оцінка показників фізичного та психічного розвитку.
5. Запис та оцінка електрокардіограми та фонокардіограми.
6. Проведення та інтерпретація даних рентгенографічного, ендоскопічного та ультразвукового дослідження органів та систем дитячого організму.
7. Оцінка ступеню важкості стану дитини. Визначення показників до госпіталізації.
8. Ведення необхідної документації (ф.№112/о, ф.№030/о, ф.№031/о, ф.№063/о, ф.№039/о, ф.№003/о).
9. Алгоритм проведення профілактичного щеплення.
10. Алгоритм надання невідкладної допомоги при ускладненнях під час проведення профілактичного щеплення.
- 11.Складання плану диспансерного нагляду за здоровою дитиною 1-го року життя.
- 12.Складання плану оздоровлення та реабілітації дітей з груп ризику.
- 13.Показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування у дітей з хронічною патологією.
- 14.Корегування харчування жінок у період вагітності та грудного вигодовування.
- 15.Складання орієнтовного плану вигодовування дітей першого року життя.
- 16.Прикорми при природному, змішаному та штучному вигодовуванні дітей першого року життя.
- 17.Розрахунок добового об'єму їжі для дітей першого року життя.
- 18.Складання меню для дітей різних вікових груп за розрахунком добової потреби в білках, жирах, вуглеводах.
- 19.Збір генеалогічного анамнезу.
- 20.Визначення рівня стигматизації дитини.
- 21.Алгоритм виконання та інтерпретація досліджень поту на концентрацію хлоридів.
- 22.Складання плану диспансерного нагляду за дітьми зі спадковими захворюваннями.
- 23.Складання плану диспансерного нагляду за доношеними та недоношеними новонародженими та дітьми раннього віку.
24. Проведення та інтерпретація отриманих результатів пневмотахометрії та спірографії.

25. Складання плану диспансерного нагляду та реабілітації дітей з захворюваннями органів дихання.
26. Алгоритм встановлення групової та реуз-належності крові.
27. Реанімаційні заходи при зупинці серця (закритий масаж серця, штучне дихання, внутрішньосерцеве введення лікарських препаратів).
28. Техніка проведення підшкірних, внутрішньом'язевих та внутрішньовенних ін'єкцій.
29. Алгоритм зупинення внутрішньої та зовнішньої кровотечі.
30. Визначення показань, протипоказань та алгоритм проведення інфузійної терапії та гемотрансфузії.
31. Алгоритм проведення трахеотомії.
32. Визначення показань, протипоказань та алгоритм проведення пункції плевральної та черевної порожнини.
33. Визначення показань, протипоказань та алгоритм проведення люмбальної пункції.
34. Визначення показань, протипоказань та техніка промивання шлунку.
35. Визначення показань, протипоказань та методика проведення шлункового та дуоденального зондування.
36. Визначення показань, протипоказань та алгоритм проведення замінного переливання крові.
37. Техніка інтубації трахеї.
38. Визначення показань, протипоказань та техніка катетеризації сечового міхура.
39. Визначення показань, протипоказань та техніка дренивання трахеобронхіального дерева.
40. Туалет новонароджених та немовлят.
41. Користування кувезом.
42. Визначення показань, протипоказань та техніка проведення оксигенотерапії.
43. Визначення показань, протипоказань та техніка харчування новонародженого, немовляти, дитини молодшого та старшого віку через зонд.
44. Розрахування доз серцевих глікозидів в залежності від віку та важкості стану дитини.
45. Техніка вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках.
46. Забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. Експрес-методи в діагностиці інфекційних захворювань дитини.
47. Запис та оцінка ЕКГ функціональних медикаментозних та проб з фізичною навантаженням.
48. Методика приготування фітозборів та проведення інгаляції дитині.
49. Визначення показань, протипоказань та техніка проведення бронхоскопії.
50. Алгоритм невідкладної допомоги при крупі.
51. Алгоритм невідкладної допомоги при бронхообструктивному синдромі.

52. Алгоритм невідкладної допомоги при гострій дихальній недостатності.
53. Алгоритм невідкладної допомоги при нападі бронхіальної астми.
54. Алгоритм невідкладної допомоги при набряку легень.
55. Алгоритм невідкладної допомоги при інфекційно-токсичному шоці.
56. Алгоритм невідкладної допомоги при токсикоз-ексикозі.
57. Алгоритм невідкладної допомоги при гострій серцево-судинній недостатності.
58. Алгоритм невідкладної допомоги при порушенні серцевого ритму та провідності.
59. Алгоритм невідкладної допомоги при печінковій кольці.
60. Алгоритм невідкладної допомоги при гострому панкреатиті.
61. Алгоритм невідкладної допомоги при ацетонемічному синдромі.
62. Алгоритм невідкладної допомоги при гострій затримці сечі.
63. Алгоритм невідкладної допомоги при нирковій кольці.
64. Алгоритм невідкладної допомоги при гострій нирковій недостатності.
65. Алгоритм невідкладної допомоги при гіпертонічному кризі.
66. Алгоритм невідкладної допомоги при кровотечах.
67. Алгоритм невідкладної допомоги при ДВЗ-синдромі.
68. Алгоритм невідкладної допомоги при гемолітико-уремічному синдромі.
69. Алгоритм невідкладної допомоги при діабетичних комах.
70. Алгоритм невідкладної допомоги при гострій нирковій недостатності.
71. Алгоритм невідкладної допомоги на догоспітальному етапі при критичних станах у дітей.
72. Алгоритм невідкладної допомоги при гіпертермічному синдромі у дітей.
73. Алгоритм невідкладної допомоги при судомному синдромі у дітей.
74. Техника первинної обробки рани.
75. Складання плану обстеження та інтерпретація отриманих результатів при лабораторно-інструментальному обстеженні дітей із захворюваннями ШКТ (рН-метрія, фракційне зондування шлунку, дуоденальне зондування).
76. Визначення необхідного об'єму досліджень для верифікації гелікобактерної інфекції (інвазивними та неінвазивними методами).
77. Складання плану обстеження та інтерпретація отриманих результатів при лабораторно-інструментальному обстеженні дітей із захворюваннями нирок та сечовивідної системи у дітей (УЗД нирок, екскреторна урографія, мікційна цистографія).
78. Складання плану обстеження та інтерпретація отриманих результатів при лабораторно-інструментальному обстеженні дітей із захворюваннями органів кровотворення (стерильна пункція, час згортання за Лі-Уайтом, час рекальцифікації, тромбіновий, протромбіновий час, толерантність плазми до гепарину, фібриноген, імунограма).
79. Складання плану обстеження та інтерпретація отриманих результатів при лабораторно-інструментальному обстеженні дітей із захворюваннями ендокринної системи (проба на толерантність до

- глюкози, концентрація в сироватці крові ТТГ, Т₃, Т₄, рівень 17-ОКС та 17-КС в добовій кількості сечі, рентгенографія черепа, кісток зап'ястка).
- 80.Складання плану обстеження хворого та інтерпретація даних лабораторно-інструментального обстеження при дитячих інфекціях та туберкульозі.
 - 81.Складання плану реабілітації та диспансерного нагляду за дітьми із захворюваннями органів кровообігу.
 82. Складання плану реабілітації та диспансерного нагляду за дітьми з ревматичними захворюваннями.
 - 83.Складання плану реабілітації та диспансерного нагляду за дітьми із захворюваннями травної системи.
 - 84.Складання плану реабілітації та диспансерного нагляду за дітьми із захворюваннями нирок.
 - 85.Складання плану реабілітації та диспансерного нагляду за дітьми із захворюваннями ендокринної системи.

Додаток К

**Департамент охорони здоров'я _____ облдержадміністрації
(вказати назву вищого медичного закладу та кафедри, де навчається
інтерн)**

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар xxxxxxxxxxxx

« _____ » _____

xxxxxxxxxx

М.П.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Зав.кафедри xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

« _____ » _____

Проф. xxxxxxxxxxxxx

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН

**проходження інтернатури за спеціальністю
«ПЕДІАТРІЯ»**

лікаря-інтерна

xx.08.20xx – xx.07.20xx
(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

(місто), рік

ТЕОРЕТИЧНА ПІДГОТОВКА (очний період навчання)

Термін навчання _____

№	Періоди інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
I	ОЧНИЙ ПЕРІОД НАВЧАННЯ		
1.	Заліки за період навчання:		
1.1.	Базовий/ стартовий першого року навчання		
1.2.	Піврічний першого року навчання		
1.3.	Річний першого року навчання		
1.4.	Базовий/ стартовий другого року навчання		
1.5.	Піврічний другого року навчання		
1.6.	Річний другого року навчання		
1.7.	Тестовий екзамен КРОК - 3		
1.8.	Комп'ютерне тестування «ELEX»		
2.	Участь:		
2.1.	у тематичних клінічних розборах		
2.2.	у клініко-анатомічних конференціях		
2.3.	у науково-практичних конференціях		
2.4.	у засіданнях лікарняних товариств		
2.5.	доповіді на лікарняних конференціях		
2.6.	доповіді на конференціях студентів та лікарів-інтернів		
3.	Реферування		
	журнали		
	монорафії		
	підручники		
II	СУМІЖНІ ДИСЦИПЛІНИ ТА ДОДАТКОВІ ПРОГРАМИ		
1.	Військово-медична підготовка		
2.	Організація невідкладної медичної допомоги при надзвичайних станах		
3.	ВІЛ-інфекція/СНІД у дітей		
4.	Особливо небезпечні інфекції у дітей		
5.	Імунопрофілактика		
6.	Медицина невідкладних станів		
7.	Медична інформатика		
8.	Радіологія		
9.	Протидія насильству в сім'ї		
10.	Трансплантологія		
11.	Клінічна імунологія		

12.	Туберкульоз		
13.	Хірургія дитячого віку		
14.	Медична генетика		
15.	Дитяча неврологія		
16.	Дитяча гінекологія та планування сім'ї		
17.	Дитячі інфекційні захворювання		
III.	УЧАСТЬ У НАУКОВІЙ РОБОТІ		
IV.	САНІТАРНО- ПРОСВІТНЯ РОБОТА (ТЕМИ ЛЕКЦІЙ, БЕСІД)		
V.	ТАРИФНА ВІДПУСТКА		

Практична підготовка
(заочний період навчання)

№	Періоди інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
I.	РОБОТА В СТАЦІОНАРІ.		
	(вказати відділення згідно графіка)		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
III.	ЧЕРГУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ		
	1 рік навчання		
	2 рік навчання		

Безпосередній керівник на базі стажування

розпис

ПІБ
М.П.

Керівник очного навчання

розпис

ПІБ

Лікар-інтерн

розпис

ПІБ

Департамент охорони здоров'я _____ облдержадміністрації
(вказати назву вищого медичного закладу та кафедри, де навчається
інтерн

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головній лікар xxxxxxxxxxxx

«_____» _____

xxxxxxxxxxxx

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Зав.кафедри xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

«_____» _____

проф. xxxxxxxxxxxx

М.П.

Щоденник
проходження інтернатури за спеціальністю
«ПЕДІАТРІЯ»

лікаря-інтерна

xx.08.20xx – xx.07.20xx
(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

(місто), рік

ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці очного періоду навчання на першому році інтернатури викладачем кафедри)

(термін _____)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		
3.	Загальна оцінка		

ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці заочного періоду навчання на першому році інтернатури
безпосереднім керівником на базі стажування)

(термін _____)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис керівника заочної частини інтернатури
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		

ВИСНОВОК: лікар – інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал
заочної частини першого року інтернатури у повному обсязі із
загальною оцінкою _____.

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування _____
ПІБ

ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЗА ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

(виставити по закінченні першого року навчання 20-25 червня на очній базі інтернатури)

Підпис керівника очної інтернатури _____

ДРУГИЙ РІК НАВЧАННЯ

ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці заочного періоду навчання на другому році інтернатури
безпосереднім керівником на базі стажування)

(термін _____)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис керівника заочної частини інтернатури
3.	Практична робота		
4.	Теоретична програма		

ВИСНОВОК: лікар – інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал
заочної частини другого року інтернатури у повному обсязі із
загальною оцінкою _____.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛІКАРЯ – ІНТЕРНА (додається).

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування _____
ПІБ

ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(заповнюється наприкінці очного періоду навчання на другому році інтернатури викладачем кафедри)

(термін _____)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		

ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЗА ДРУГИЙ РІК НАВЧАННЯ

(виставити по закінченні першого року навчання, 20-25 червня на очній базі інтернатури)

Підпис керівника очної інтернатури _____

ГРАФІК ПРОХОДЖЕННЯ ЗАОЧНОЇ ІНТЕРНАТУРИ (складає керівник інтернів на базі стажування у 3 екземплярах:
лікарю-інтерну, керівникам очної та заочної частин інтернатури)

ЛІКАРЕМ-ІНТЕРНОМ _____ У ВІДДІЛЕННЯХ СТАЦІОНАРА

Термін роботи _____

Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення	Назва відділення

Підпис лікаря –інтерна _____

ПІБ

Підпис відповідального за інтернатуру на базі стажування _____

ПІБ

Підпис зав.кафедри _____

ПІБ

Дата складання графіку _____ (рекомендована дата – перший місяць навчання в інтернатурі)_

КІЛЬКІСНИЙ ЗВІТ ПРО РОБОТУ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ (очне навчання)

Відділення _____

Термін роботи _____

№	нозологія	Дні місяця																	

Підпис лікаря –інтерна _____
 Підпис чергового лікаря _____
ПБ

Підпис керівника очної інтернатури _____
ПБ

М.П.

КІЛЬКІСНИЙ ЗВІТ ПРО РОБОТУ У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ (заочне навчання)

Відділення _____

Термін роботи _____

№	нозологія	Дні місяця																			

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис чергового лікаря _____

Підпис безпосереднього керівника на базі стажування _____

М.П. _____
ПІБ

ПІБ

**ЧИСЕЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
(екзаменаційна форма)**

Лікар - інтерн _____

Спеціальність «ПЕДІАТРІЯ»

Термін навчання _____

№	Практичні навички	Загальна кількість
1.	Збір анамнезу та його оцінка	
2.	Об'єктивне обстеження хворого	
3.	Вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках	
4.	Оцінка лабораторних методів обстеження	
5.	Оцінка результатів біохімічних аналізів	
6.	Забір матеріалу для бак. дослідження	
7.	Розшифрування ЕКГ та ФКГ	
8.	Визначення групи крові та резусу	
9.	Невідкладна допомога на догоспітальному етапі	
	9.1. анафілактичний шок,	
	9.2. гостра дихальна,	
	9.3. серцева, судинна недостатність,	
	9.4. інфекційно-токсичний шок,	
	9.5. синдром гострого ексикозу,	
	9.6. напад астми,	
	9.7. судоми,	
	9.8. гіпертермічний синдром,	
	9.9. коматозні стани,	
	9.10. отруєння,	
	9.11. утоплення,	
	9.12. обмороження,	
	9.13. опіки,	
	9.14. синдром тривалого розчавлення	
	9.15. гостра крововтрата	
10.	Проведення первинної реанімації	
11.	Проведення інтубації	
12.	В/в. в/м та п/ш ін'єкції	
13.	Зупинка кровотечі	
14.	Імобілізація кінцівок при їх переломах	
15.	Проведення первинної обробки рани	
16.	Проведення фототерапії	
17.	Проведення проф. щеплень	
18.	Проведення оксигенотерапії	
19.	Проведення інгаляцій	
20.	Розрахунок та проведення інфузійної терапії	
21.	Розрахунок доз серцевих глікозидів для дітей різного віку	

22.	Оцінка результатів Ехо-ЕГ	
23.	Оцінка результатів РЕГ	
24.	Оцінка результатів УЗД різних органів та систем	
25.	Оцінка результатів рентгенологічного дослідження	
26.	Запис та оцінка показників спірометрії та спірографії	
27.	Проведення спинномозкової пункції	
28.	Проведення плевральної пункції	
29.	Катетеризація січовою міхура	
30.	Методика очисної та лікувальної клізм	
31.	Промивання шлунку	
32.	Зондове годування малюків	
33.	Методика проведення контакту «шкіра до шкіри», раннього прикладання до грудей матері, підтримка теплового ланцюжка	
34.	Оцінка важкості стану новонародженого.	
35.	Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.	
36.	Туалет новонародженого.	
37.	Пеленання новонародженого.	
38.	Проведення гемотрансфузії, замісне переливання крові.	
39.	Масаж новонародженого.	
40.	Використання кувеза.	
41.	Використання газовивідної трубки.	
42.	Нормалізація температури тіла фізичними методами.	
43.	Приготування розчинів для ентеральної регідратації.	
44.	Відсмоктування слизу з ВДШ.	
45.	Участь у ЛКК,ПАК	
46.	Ведення документації лікаря-ординатора	
47.	Ведення документації дільничного лікаря	

Лікар- інтерн

підпис

ПІБ

Безпосередній керівник на
базі стажування

підпис

ПІБ

Керівник очного навчання
заідувач кафедри

підпис

ПІБ

Додаток Л

Департамент охорони здоров'я _____ міської ради
(назва медичного закладу)

Затверджено

Головний лікар

_____ (назва мед.закладу)

(ПІБ)

«_____» ____20__р.

(підпис)

Узгоджено

Керівник інтернатури
завідувач (вказати кафедру)

(ПІБ)

«_____» ____20__р.

(підпис)

Посадова інструкція лікаря-інтерна

1. Загальні положення.

- 1.1. Дана посадова інструкція визначає функціональні обов'язки, права і відповідальність лікаря-інтерна.
- 1.2. Лікар-інтерн відноситься до категорії фахівців.
- 1.3. Лікар-інтерн призначається на посаду і звільняється з посади в установленому чинним трудовим законодавством порядку та за наказом головного лікаря.
- 1.4. Зміни і доповнення до даної Посадової інструкції вносяться наказом головного лікаря медичної установи.

2. Завдання та обов'язки.

Лікар-інтерн:

- 1.1. Виконує навчальний план і програму інтернатури за відповідною спеціальністю під керівництвом лікаря, керівника базового закладу охорони здоров'я та закріпленого за ним викладача кафедри вищого медичного навчального закладу.
 - 1.2. Набуває, поглиблює і удосконалює професійні знання, вміння та навички.
 - 1.3. Бере участь у виконанні всіх видів лікарської діяльності, передбачених вимогами освітньо-кваліфікаційної характеристики.
 - 1.4. Проходить піврічний (річний) та підсумковий контроль професійної практичної підготовки згідно з планом і програмою.
 - 1.5. По закінченні терміну підготовки в інтернатурі проходить атестацію на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст».
 - 1.6. Дотримується принципів медичної деонтології.
 - 1.7. Веде лікарську документацію.
 - 1.8. Виконує правила внутрішнього трудового розпорядку в установах і закладах охорони здоров'я, де навчається в інтернатурі.
- Відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації несе керівник лікарів-інтернів на базі стажування.

3. Права.

Лікар-інтерн має право:

3.1. Знайомитися з проектами рішень керівництва лікарні стосовно його діяльності.

3.2. Подавати пропозиції з удосконаленням роботи, пов'язаної з передбаченими даною інструкцією обов'язками.

3.3. В межах своєї компетенції повідомляти безпосередньому керівнику про всі недоліки в діяльності підприємства (структурного підрозділу, окремих працівників), виявлені у процесі виконання своїх посадових прав і обов'язків і відносити пропозиції по їх усуненню.

3.4. Запитувати особисто або за дорученням безпосереднього керівника від керівників підрозділів і інших спеціалістів інформацію і документи, необхідні для виконання його посадових обов'язків.

3.5. Залучати спеціалістів усіх (окремих) структурних підрозділів до вирішення задач, покладених на нього (якщо це передбачено положеннями про структурні підрозділи, якщо ні – то з дозволу керівника організації).

3.6. Вимагати від керівництва підприємства, свого безпосереднього керівника надання допомоги у виконанні обов'язків, передбачених даною посадовою інструкцією.

4. Відповідальність.

Лікар-інтерн несе відповідальність:

4.1. За незалежне виконання або невиконання своїх посадових обов'язків, передбачених даною інструкцією, - у межах, визначених чинним трудовим законодавством України.

4.2. За правопорушення, здійснені в процесі виконання своєї діяльності, - в межах, визначених чинним адміністративним, кримінальним і цивільним законодавством України.

4.3. За причинені матеріальні втрати – в межах, визначених чинним трудовим і цивільним законодавством України.

5. Повинен знати

5.1. Чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я.

5.2. Організацію проведення інтернатури (спеціалізації).

5.3. Права, обов'язки та відповідальність лікаря-інтерна.

5.4. Теоретичні знання щодо спеціальності, за якою навчається.

5.5. Сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, диспансеризації та реабілітації за профілем роботи.

5.6. Виконання всіх видів діяльності, передбачених індивідуальним планом підготовки

6. Кваліфікаційні вимоги

6.1.	Освіта*	Повна вища освіта за напрямом підготовки «Медицина». Спеціальність в інтернатурі за певною спеціальністю медичного профілю.
------	---------	--

6.2	Досвід роботи	Без пред'явлення вимог до стажу роботи
-----	---------------	--

7. Взаємовідносини (зв'язки) за посадою

7.1	Пряме підпорядкування	Лікарю-фахівцю (загальному керівнику інтернатури)
7.2	Додаткове підпорядкування	Завідувачеві відділенням (безпосередньому керівнику інтернатури)
7.3	Працівника заміщає	Особа, призначена у встановленому порядку

Безпосередній керівник лікарів-інтернів на базі стажування

_____ (ПІБ) _____ (підпис)

З посадовою інструкцією ознайомлений

_____ (ПІБ лікаря-інтерна) _____ (дата) _____ (підпис)

Додаток М

АКТ

перевірки клінічної бази _____

Куратор: асистент/доцент кафедри (вказати назву кафедри та вузу) _____

(ФІП) _____

Дата перевірки: _____

На базі навчається _____ інтернів

П.І.П.	Спеціальність	Рік навчання в інтернатурі	Рік закінчення вузу	Домашня адреса	Місце роботи за розподілом

Керівники інтернів на клінічній базі

П.І.П.	Спеціальність	Стаж роботи	Категорія	Останні курси удосконалення	Місце роботи

В ході планової перевірки встановлено:

1.Наявність робочих місць у лікарів інтернів _____

2.Наявність і відповідність індивідуальних планів фактичній роботі лікарів-інтернів _____

3.Наявність щоденників і своєчасність їх заповнення _____

4.Виробнича дисципліна (в т.ч.кількість прогулів з поважної/неповажної причини індивідуально) _____

5.Види самостійної роботи інтернів _____

(кількість рефератів)

(участь у ЛКК)

6. Теми семінарських занять _____

7. Якісна оцінка рівня практичних та теоретичних знань інтернів _____

Зауваження керівникові інтернів на базі:

Пропозиції керівників інтернів на базі: _____

М.П.

Підпис:

керівник установи _____

відповідальний за інтернатуру на базі стажування _____

куратор бази _____

Додаток Н

Департамент охорони здоров'я _____ міської ради
(назва медичного закладу)

ПРОТОКОЛ обліку результатів підсумкового (базового, проміжного) контролю лікарів- інтернів 1(2) року навчання

№	П.І.Б.	спеціальність	Практичні навички	Теоретичні знання	Загальна оцінка

Не допущено до проходження підсумкового (базового, проміжного) контролю

Не зявилося _____

Оцінка: відмінно _____ добре _____ задовільно _____

Головний лікар _____ П.І.Б.

Відповідальний за інтернатуру на базі стажування _____ П.І.Б.

Керівник інтернів на очній базі _____ П.І.Б.

Безпосередні керівники на базі стажування _____ П.І.Б.

_____ П.І.Б.

_____ П.І.Б.

« ____ » _____ 20 ____ р.

М.П.

Додаток П

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

(згідно Типового навчального плану та програми спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Педіатрія» (Київ, 2011))

1. Актуальні питання педіатрії. Навчально-методичний посібник для лікарів загальної практики – сімейної медицини./За редакцією В.В.Бережного. - К.: Изд-во «Червона Рута-Турс», 2006.- 430 с.
2. Алекса В.И., Шатихин А.И. Практическая пульмонология. – М.: «Триада-Х», 2005. – 695 с.
3. Аряев М.Л. Неонатология.- АДЕФ: Україна.- 2003.-756 с.
4. Бадалян Л. О. Детская неврология. - М.: Медпресс, 1998. - 607 с.
5. Баранова А.А., Баженова Л.К. Детская ревматология. – М.: Медицина, 2002. – 335 с.
6. Безруков Л.О., Волосовець О.П., Шунько Є.Є., Кривоустов С.П. Неонатология // Навч. посібник- Чернівці.- 2000.-180 с.
7. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.- М.: МЕДпресс - информ., 2004. - 600 с.
8. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология. Клинические лекции. Харьков, ФактЮ 2007 р., 373.
9. Бережний В.В., Марушко Т.В., Марушко Ю.В. Клінічна ревматологія дитячого віку. - Черкаси: Видавець Чабаненко Ю, 2009. – 192 с.
10. Возианов А.Ф., Майданник В.Г. и др. Основы нефрологии детского возраста. - К.: Книга плюс, 2002. – 348 с.
11. Возіанова Ж.І. Інфекційні та паразитарні хвороби: В 3-х т. – К.:Здоров'я, 2002. – Т.3. – 904 с.
12. Волосовець А.П., Юлиш Е.И. Рациональная антибиотикотерапия респираторных заболеваний у детей. –Донецк: Регина, 2005.-389 с.
13. Волосовець О.П., Нагорна Н.В, Острополець С.С. та інші. Завдання з біоетики та медичної деонтології для педіатрів. – Донецьк, 2004. – 52 с.
14. Волосовець О.П, Кривоустов С.П., Криворук І.М., Черній О.Ф. . Навчальний посібник з дитячої ендокринології – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2004. – 496 с.
15. Вегетативные расстройства. /Под ред. А.М.Вейна.- Москва: Медицина.- Мед. Информационное агенство, 2003.– 749с.
16. Гордеев В.И. Александрович Ю.С. Избранные лекции по педиатрической анестезиологии – реаниматологии. – С-Пб.: Издательский дом СПбМАПО, 2004. - 408 с.
17. Гастроэнтерология дітей раннього віку. Навчально-методичний посібник. Ред.. О.Г.Шадрін «Аван-пост Прим» Киев, 2010, 216 с.
18. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов.-2-е изд., испр. и доп.-М.: МЕДпресс-информ.- 2009.-256 с.
19. Грип та його профілактика: Навчальний посібник/за ред.Дзюблик І.В.,

- Широбокова В.П. – К., 2005. – 194 с.
20. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатров.- М.: Издательство Можеева, 1999. – 295 с.
 21. Детская пульмонология: Учебное пособие /под ред. чл.-корр.АМН Украины, проф. Н.Л. Аряева. – К.:Здоров'я, 2005.– 608с.
 22. Детская алергология:Руководство для врачей /под. ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2006.– 688с.:ил.
 23. Дифтерія / Мостюк А.І., Марієвський В.Ф., Прокопів О.В. – Львів: Світ, 1996. – 208 с.
 24. Закон України «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування»
 25. Иванов Д.Д., Корж О.М. Нефрологія в практиці сімейного лікаря. – Київ, 2006. – 272 с.
 26. Интенсивная терапия в педиатрии / под ред. Проф. Г.И.Белебезьева/. – К.:Здоров'є. – 2004. –583с.
 27. Интенсивная терапия в педиатрии /под ред. В.А.Михельсона. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003.– 552с.
 28. Інфекційні хвороби у дітей (клінічні лекції) /за ред..С.О.Крамарева.- К.:МОРІОН, 2003. -480 с.
 29. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. – 1, 2 том. – Москва, 2004.
 30. Зильбер Э.К. Неотложная пульмонология. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. – 258 с.
 31. Кардіологія дитячого і підліткового віку: Наук. – практ.посіб./ П.С. Мощич, Ю.В. Марушко, С.О. Бабко та ін.; За ред. П.С. Мощича, Ю.В. Марушка. – К.: Вища школа, 2006.– 422с.:іл.
 32. Клинические рекомендации под редакцией академика РАМН В.Т. Ивашкина Гастроэнтерология. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2006. – 178 с.
 33. Клинические рекомендации под редакцией чл.-корр.РАМН Е.Л.Насонова Ревматология. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2006. – 262с.
 34. Клинические рекомендации под редакцией академика РАМН А.А.Баранова Педиатрия. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. – 431 с.
 35. Клинические рекомендации под редакцией академика РАМН А.Г.Чучалина Пульмонология. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2005. – 225с.
 36. Клинические рекомендации под редакцией академика РАМ и РАМН Р.М.Хайтова, проф. Н.И.Ильина Аллергология. – М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. – 249 с.
 37. Крамарев С.А., Ершова И.Б., Бондаренко Г.Г. Гельминтозы у детей. – Киев-Луганск, 2006. – 128с.
 38. Козачок М.М., Висотюк Л.О., Селюк М.М. Клінічна пульмонологія. –

Київ – 2005. – 435 с.

39. Кохран В.Д. . Анамнез та об'єктивний огляд новонародженого / Посібник з неонатології: Пер. з англ. Джон Клоерті, Енн Старк (Ред.). – К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля.- 2002.-751с.
40. Краснов В.В. Инфекционные болезни в практике педиатра. – Н. Новгород: «Нижгма», 2008. – 348 с.
41. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений. - Винница: ГП ГКФ, 2003. – 768 с.
42. Кузьмина Л.А. «Гематология детского возраста».- Москва, 2002– 400 с.
43. Кукес В.Г., Маринин В.Ф. и др. Врачебные методы диагностики. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2006. – 716 с.
44. Ласиця О.Л., Ласиця Т.С, Недельська С.М. Алергологія дитячого віку.- К.: «Книга плюс», 2004. – 364 с.
45. Мазурин А.В., Воронцов И.М. // Пропедевтика детских болезней. – СПб.:ИКФ Фолиант, 2001.– 926с.
46. Майданник В.Г. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III - IV уровней аккредитации. -2-е изд.– Харьков:Фолио,2006.– 1125с.
47. Майданник В.Г., Корнейчук В.В., Хайтович Н.В., Салтыкова Г.В. Гастроэнтерология детского возраста// Практическое руководство.- К.,2006.– 274с.
48. Майданник В.Г., Корнейчук В.В. и др. Заболевания кишечника у детей. – Киев, 2009. – 487 с.
49. Майданник В.Г., Корнейчук В.В. и др. Заболевания гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у детей. – Киев, 2009. – 407 с.
50. Майданник В.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике заболеваний верхних дыхательных путей у детей. –К.: Вид-во «Аспект –Поліграф» , 2003.-177с.
51. Макаров Л.М. Холтеровское мониторирование. – М.: Медпрактика, 2003. – 340с.
52. Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. – 2-е издание. – М.: ИД “Медпрактика-М”, 2006.– 544с.
53. Медуницин Н. Покровский В. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней – ГЕОТАРМ – МЕДИЦИНА, 2005. -525с.
54. Менингиты у детей /И.В.Богадельников, Л.Х. Горошняк, Г.М.Кушнир и др.: Под общ. ред. проф. Богадельникова И.В. «Крым-Фарм-Трейдинг»: Симферополь –Киев, 2002.-448 с.
55. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца у детей.- СПб.: «Невский диалект», 2002.– 331с.
56. Мутафьян О.А. Аритмии сердца у детей и подростков (клиника, диагностика, лечение).- СПб Невский диалект, 2003.– 224с.
57. Мутафьян О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков.- СПб: Издательский дом СПбМАПО, 2005.- 480 с.

58. Неврология недоношенных детей / А.Д.Пальчик, Л.А.Федорова, А.Е.Понятишин. - М.: МЕДпресс-информ. - 2010. - 352 с.
59. Неонатология: Навчальний посібник. / П.С.Мошич, О.Г.Суліма, Ю.Г.Антипкін та ін.; За ред. П.С.Мошича, О.Г.Суліми. - К.: Вища школа., 2004. - 407 с
60. Неонатология. Национальное руководство / Под ред. Володина Н.Н. - М. - 2007. - 848 с.
61. Осколкова М.К. Электрокардиография у детей. - 2-е изд.. - М.: Медпресс-Информ, 2004. - 352 с.
62. Основы перинатологии / Под ред. проф. Н.П.Шабалова и проф. Ю.В.Цвелева. - М.:Медпресс -информ, 2004. - 3 изд. - 640с.
63. Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание Материалы учебного семинара Европейского регионального бюро ВОЗ - 2002.
64. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів/ За ред. проф. О.В.Тяжкої /вид.3.-Вінниця: Нова книга.- 2009.-1136с.
65. Підручник з реанімації новонароджених /Американська Кардіологічна Асоціація, Американська Академія Педіатрії, Мальтійська Служба Допомоги у Львові. / - Львів. - 2004. - 655 с.
66. Подростковая медицина: Руководство для врачей/Под ред. проф. Л.И.Левиной. -СПб.: Специальная Литература, 1999.-731 с.
67. Полин Р.А., Дитмар М. Ф. Секреты педиатрии. - С.-Пб., 1999. - 783 с.
68. Порядок здійснення медичного обслуговування учнів загально-освітніх навчальних закладів // Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2009 р. №1318
69. Посібник з неонатології /Под ред. Дж. Клоерті, Енн Старк. - пер. с англ. - К.: Фонд допомоги дітям Чорнобиля, - 2002. - 772 с.
70. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. - М.:БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. - 368 с.
71. Ревматоидный артрит у детей / Под ред. Е.М.Лукияновой, Л.И.Омельченко. К.: Книга-плюс, 2002. -176 с.
72. Руководство по детской неврологии /Под ред. проф. В.И.Гузовой. - СПб.: ООО Издательство ФОЛИАНТ, 2004. -496 с.
73. Руководство по детскому питанию /Под ред. В.А.Тутельяна, И.Я.Коня. -М.:Медицинское информационное агенство,2004.- 662с.
74. Руководство по лечебному питанию детей /Под ред. К.С.Ладодо. - М.:Медицина,2000.- 384с.
75. Руководство по детскому питанию/Под ред. В.А.Тутельяна, И.Я.Коня.- М.:ООО «Медицинское информационное агенство», 2004.- 662с.
76. Сахарчук И.И., Ильницький Р.И. Воспалительные заболевания легких и плевры. – Киев. Книга плюс, 2006. – 295 с.
77. Сорокина М.Н., Иванова В.В., Скрипниченко Н.Б. Бактериальные менингиты у детей. – М.: Медицина, 2003. – 298 с.
78. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков. -СПб.: «ЭЛБИ - СПб», 2004 – 384 с.
79. Сучасні методи лікування діареї у дітей віком від 0-5 років на

- догоспітальному етапі: Посібник для лікарів первинної ланки надання медичної допомоги дітям в Україні. 1-е видання – Київ: РАТН, 2008. – 49 с.
80. Сучасні принципи виходжування новонароджених з надзвичайно малою масою тіла. / О.С.Яблонь,Є.Є.Шуцько Метод. реком.- К.- 2007.-24 с.
81. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. «Неотложные состояния у детей». - Москва – 2005г –255 с.
82. Учайкин В.Ф. «Детские инфекционные болезни». -Москва – 2000г –674с.
83. Хаким А, Клуни Г., Хак И. Справочник по ревматологии /перевод с англ. Проф. О.М. Лесняк. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2010. – 555 с.
84. Хертл М.. «Дифференциальная диагностика детских болезней», в 2-х томах, Новосибирск, 2000.
85. Цыбулькин Э.К. Угрожающие состояния у детей. Экстренная врачебная помощь. - С.-Пб.- Спецлит.- 2003. – 221 с.
86. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. - Київ, 1999.
87. Чернишова Л.І. Самарін Д.В. Первинні комбіновані імунодефіцити у дітей.- Київ: ВВП «Техніка-ЛТД», 2004. -233с.
88. Чернишова Л.І., Самарін Д.В., Крамарев С.О. Гострі кишкові інфекції у дітей: Навчальний посібник. – Видавництво «Червона Рута-Турс», 2007. – 164 с.
89. Шабалов Н.П. «Детские болезни». - С.-Пб.:Питер .- т.1,2 ,2004 .- 648с., 687с.
90. Шабалов Н. П. Неонатология. - I, II ч.- С.-Пб., 2005. - 512 с., 517с.
91. Шиляев Р.Р., Чемоданов В.В., Рывкин А.И. Болезни детей младшего возраста. Руководство для врачей.-М.:МЕДпресс –информ, 2002.- 622 с.
92. Шиляев Р.Р., Чемоданов В.В., Рывкин А.И. Болезни детей старшего возраста. Руководство для врачей.-М.:МЕДпресс –информ, 2002.- 608 с.
93. Школьников М., Кравцова Л. Синдром внезапной смерти детей грудного возраста. – М.: Медпрактика-М. – 2004.– 32с.
94. Етичний кодекс лікаря України
95. Ювенологія. Практикум з підліткової медицини / За ред. проф. Л.К.Пархоменко. –Х.: Факт, 2004. -720 с.
96. Юлиш Е.И., Волосовец А.П. Врожденные и приобретенные TORCH-инфекции у детей. – Донецк: Регина, 2005. – 216 с.
97. Накази МОЗ України:
- Наказ МОЗ України № 25/20 від 29.01.1996 р. «Про затвердження Інструкції про звільнення від перевірних і випускних екзаменів учнів середніх загальноосвітніх навчально-виховних закладів України за станом здоров'я»
 - Наказ МОЗ України № 16 від 21.01.2002 р. «Про внесення змін і доповнень до Переліку захворювань, які дають право на усиновлення хворих дітей без дотримання строків їх перебування на обліку в Центрі з усиновлення дітей при Міністерстві освіти і науки України»

- Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 "Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні".
- Наказ МОЗ України № 502 від 28.12.2002 «Тимчасові нормативи надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів».
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча урологія»// Наказ МОЗ України №624 від 29.12.2003
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Методичні рекомендації щодо лабораторного моніторингу за ВІЛ-інфекцією та антиретровірусною терапією // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
- Наказ МОЗ України №641/84 від 31.12.2003. «Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні»
- Протоколи лікування дітей з гострими отруєннями // Наказ МОЗ України №325 від 30.06.2004
- Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей // Наказ МОЗ України № 354 від 09.07.2004
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча імунологія» // Наказ МОЗ України № 355 від 09.07.2004
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча нефрологія» // Наказ МОЗ України №436 від 31.08.2004.
- Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитального етапах // Наказ МОЗ України № 437 від 31.08.2004 р
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Педіатрія» // Наказ МОЗ України № 9 від 10.01.2005
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» // Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005
- Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною // Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005
- Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча кардіоревматологія» // Наказ МОЗ України №362 від 19.07.2005.
- Наказ МОЗ України № 432/496 від 30.08.2005 р. «Про удосконалення організації медичного обслуговування дітей у дошкільному навчальному закладі»
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» // Наказ МОЗ України № 364 від 20.07.2005
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча алергологія» //Наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005.

- Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обсягу медичних імунобіологічних препаратів//Наказ МОЗ України №48 від 03.02.2006.
- Наказ № 69 МОЗ України від 15.02.2006 «Про внесення змін і доповнень до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.98 № 123 "Про затвердження Типового положення про будинок дитини»
- Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей. // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р.
- Протоколи надання неонатологічної допомоги дітям з жовтяницями новонароджених//Наказ МОЗ України №255 від 27.04.2006.
- Наказ МОЗ України №540 від 04.08.2006 «Про затвердження принципів грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини»
- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні // Наказ МОЗ України №584 від 29.08.2006.
- Наказ № 597 МОЗ України від 06.09.2006 «Про затвердження методичних рекомендацій "Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД»
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ № 658 МОЗ України від 04.10.2006
- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з перинатальною інфекцією // Наказ МОЗ України № 906 від 27.12.2006
- Наказ № 234 від 07.05.2007. «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».
- Клінічний протокол з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим // Наказ № 312 МОЗ України від 08.06.2007.
- Клінічний протокол «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» // Наказ № 716 від 14.11.2007
- Наказ МОЗ України №803 від 10.12.2007 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 №354".
- Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років // Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008
- Наказ МОЗ України № 242 від 12.05.2008 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»
- Наказ МОЗ України від 28.05.2008 №276 «Про затвердження клінічного Протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання - туберкульоз та ВІЛ-інфекцію»
- Наказ МОЗ України №479 від 20.08.2008 «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем»
- Протокол надання медичної допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами // Наказ МОЗ України № 484 від 21.08.2008

- Протокол лікування дітей з інфекціями сечової системи і туболоінтерстиціальним нефритом // Наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008
- Протоколи лікування дітей з ендокринними захворюваннями // Наказ МОЗ України № 55 від 03.02.2009
- Клінічний протокол з діагностики та лікування краснухи у дітей // Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009
- Клінічні протоколи санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України // Наказ МОЗ України № 364 від 28.05.2009
- Протокол лікування менінгококемії у дітей // Наказ МОЗ України № 737 від 12.10.2009 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 № 354»
- Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009 р «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді»
- Наказ МОЗ України та міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 N 518/674 «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах»
- Наказ МОЗ України № 657 від 02.09.2009 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»
- Клінічний протокол діагностики та лікування у дітей пандемічного грипу, спричиненого вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія) // Наказ МОЗ України № 814 від 07.11.2009
- Наказ МОЗ України № 108 від 15.02.2010 р Про затвердження клінічних протоколів ("Програмно-цільове обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму" та "Програмно-цільове обслуговування дітей з гіперкінетичним розладом")
- Наказ МОЗ України № 289 від 01.04.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04.04.2005 №152»
- Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей // Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010
- Наказ МОЗ №617 від 23.07.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.07.2005 № 364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»
- Наказ МОЗ України №617 від 27.08.2010 «Про диспансеризацію населення»
- Наказ МОЗ України №682 від 16.08.2010 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів»
- Наказ МОЗ України №296 від 19.05.2011 «Про внесення змін до наказу МОЗ України №48 від 03.02.2006»

Список використаної літератури

1. Методичні рекомендації щодо структури, змісту та обсягів підручників і навчальних посібників для вищих навчальних закладів : наказ № 588 від 27.06.2008 “Щодо видання навчальної літератури для вищої школи” (зі змінами)// Ресурс доступу: <http://www.mon.gov.ua/index.php/ua/>
2. Рекомендації щодо підготовки та видання навчальної, навчально-методичної літератури [текст] /Під заг. ред.. Ю.М.Колесника, укл. Ю.М.Нерянов, Ю.Г.Резніченко.- Запоріжжя: ЦВЗ ЗДМУ, 2013.-15с.
3. Пропедевтична педіатрія: підручник для студ.вищ.мед.навч.закладів В.Г.Майданник, В.Г.Бурлай, О.З.Гнатейко та ін; за ред. Проф. В.Г.Майданника.-Вінниця: Нова Книга, 2012.- С.13-84
4. Наказ МОЗ України від 29.11.2002 № 434 «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні»
5. Наказ МОЗ України від 03. 07. 2001 № 258 «Про затвердження типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів»
6. Моїсеєнко Р.О. Медико-організаційні проблеми смертності дітей першого року життя в Україні / Р.О. Моїсеєнко // Охорона здоров'я України. – 2007. – №3–4. – С. 27–33.
7. Комплексная реабилитация (абилитация) детей-инвалидов в условиях поликлиники : методические рекомендации / [Т. С. Шуплецова, Л. П. Васильева, Ю. И. Гарус и др.]. – Минск, 1998. – 81 с.
8. Капітан, Т. В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми [Текст] : підручник / Т. В. Капітан. - Вінниця ; Київ :[б. в.], 2002. - 719 с
9. Балаболкин И.И. Аллергические риниты у детей//Аллергология №3-2000-с.34-38
- 10.Анисимов А.М. Работа в системе дистанционного обучения Moodle: учебное пособие / А.М. Анисимов. – 2-е изд. испр. и дополн. – Х.: Изд-во ХНАГХ, 2009. – 292 с.

11. Детская пульмонология: Учебное пособие /под ред. чл.-корр.АМН Украины, проф. Н.Л. Аряева. – К.:Здоров'я, 2005.– 608с.
- 12.

„ЗАТВЕРДЖЕНО”

Центральною методичною радою ЗДМУ

Протокол № від 2013р.

Даний методичний посібник призначений для базових керівників інтернатури з педіатрії. В першій частині викладені всі необхідні відомості, які стосуються організації проходження інтернатури за спеціальністю „Педіатрія”. В другій частині посібника надані методичні рекомендації для проведення керівниками семінарських занять із інтернами за 12 темами (1 заняття на місяць). У додатках запропоновані зразки документації для керівників заочної інтернатури та лікарів-інтернів; перелік практичних навичок, які повинні відпрацювати інтерни; перелік рекомендованої літератури.

Уся надана інформація базується на затверджених МОЗ України положеннях та інших нормативних актах, які регламентують діяльність інтернатури, базових закладів управління охорони здоров'я облдержадміністрації., в тому числі на Положенні про спеціалізацію (інтернатуру) випускників вищих медичних і фармацевтичних закладів освіти III- IV рівнів акредитації (наказ МОЗ України № 291 від 19.09.96 р.) та Типовому навчальному плані та програмі спеціалізації (інтернатури) випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності «Педіатрія» (Київ, 2011).

Навчально-методичний посібник підготовлено Боярською Л.М., Подліановою О.І., Котловою Ю.В., Івановою К.О., Дмитряковою Г.М.

Рецензенти:

- д.мед.н., проф. Резниченко Ю.Г.
- д.мед.н., проф.. Недельська С.М.

