

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Железнов Лев Михайлович

Должность: ректор

Дата подписания: 24.06.2024

Уникальный программный ключ:

7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

Федеральное государственное бюджетное

образовательное учреждение высшего образования

«Кировский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Педиатрия»

Специальность - 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело

Форма обучения- очная

Срок освоения ОПОП- 6 лет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Кафедра инфекционных болезней

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки РФ «12» августа 2020 г., приказ №988

2) Учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 г., протокол № 4

3) Профессионального стандарта Врач-лечебник (врач-терапевт участковый), утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ «21» марта 2017 г., приказ №293-н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

кафедрой пропедевтики детских болезней «11» мая 2021 г. (протокол № 5)

Заведующий кафедрой В.А. Беляков

кафедрой инфекционных болезней «30» апреля 2021 г. (протокол № 2)

Заведующий кафедрой А.Л. Бондаренко

ученым советом лечебного факультета «17» мая 2021 г. (протокол № 5)

Председатель совета лечебного факультета Э.М. Иутинский

Центральным методическим советом «20» мая 2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

доцент кафедры пропедевтики
детских болезней

А.Н. Токарев

доцент кафедры пропедевтики
детских болезней

Т.С. Подлевских

профессор кафедры инфекционных
болезней

Е.О. Утенкова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Типы задач профессиональной деятельности	4
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы	4
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	13
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	14
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	14
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	15
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	16
3.4. Тематический план лекций	16
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	20
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	42
3.7. Лабораторный практикум	43
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	43
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	43
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	43
4.1.1. Основная литература	43
4.1.2. Дополнительная литература	43
4.2. Нормативная база	43
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	43
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	44
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	44
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	45
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине	46
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	49
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	50
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья	50

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Целью освоения учебной дисциплины «Педиатрия» является обучение студентов навыкам методик исследования органов и систем детей различного возраста; семиотики и основных синдромов поражения органов и систем у детей и подростков; принципы рационального питания детей раннего возраста и здорового образа жизни; диагностики наиболее часто встречающиеся заболевания раннего и старшего детского возраста.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

медицинская деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
- оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
- изучить особенности методик исследования органов и систем детей различного возраста;
- обучение принципам рационального питания детей раннего возраста;
- формирование знаний и умений, выработка практических навыков, обеспечивающих клиническую диагностику наиболее часто встречающихся детских инфекционных болезней, а также карантинных инфекций.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Педиатрия» относится к блоку Б 1. Дисциплины (модули), обязательной части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Микробиология, вирусология; Иммунология; Дерматовенерология; Фармакология.

Является предшествующей для изучения дисциплин: Эпидемиология; Фтизиатрия; Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу специалитета, являются:

- физические лица (далее - пациенты);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов: медицинский.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п			Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)	Оценочные средства	№ раздела

/ п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД ОПК 4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболевания пациента	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10
ИД ОПК 4.3. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)		Методику оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	Оценивать состояние и самочувствие ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка	Проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10	
ИД ОПК 4.4. Формулирует предварительную		Клиническую картину болезни	Оценивать клиническую картину	Оценкой клинической	Собеседование, решение	Собеседование, тестирование,	Раздел № 1, 2, 3 Семестр	

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		тельный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента	ней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	тину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента	тины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	решение ситуационных задач, прием практических навыков	№ 8, 9, 10
		ИД ОПК 4.5. Направляет пациента на лабораторное, инструментальное	Клиническую картину болезней и состояний, требующих	Обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального	Направлением детей на лабораторное, инструментальное	Собеседование, решение ситуационных	Собеседование, тестирование, решение	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		<p>обследования, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>обследования детей, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастно-половым группам, обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам</p>	<p>ное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни</p>	<p>ситуационных задач, прием практических навыков</p>	
		<p>ИД ОПК 4.6. Направляет пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при</p>	<p>Клиническую картину болезней и состояний, требующих направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи</p>	<p>Обосновывать необходимость направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в усло-</p>	<p>Направлением детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при</p>	<p>Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков,</p>	<p>Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков</p>	<p>Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10</p>

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	мощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	виях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	учебная история болезни		
		ИД ОПК 4.7. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	Этиологию и патогенез болезней и состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья	Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	Проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		ИД ОПК 4.8. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Этиологию и патогенез болезней и состояний у детей, клиническую симптоматику болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	Оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	Постановкой диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10
2	ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД ОПК 5.6. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека	Современные методы функциональной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов	Обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента; анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем	Направлением пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими ре-	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
				дополнительных исследований	комендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи			
3	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИД ОПК 7.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Принципы и правила оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	Составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Разработкой план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
					медицинской помощи			
		ИД ОПК 7.2 Применяет план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Принципы и правила оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	Обосновывать план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	Применять план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10
		ИД ОПК 7.3. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической	Современные методы медикаментозной терапии и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической	Назначать медикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины бо-	Оказанием медицинской помощи с назначением медикаментозной терапии и диетотерапии ребенку	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием прак-	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием прак-	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	картины болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	лезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами		тических навыков, учебная история болезни	тических навыков	
		ИД ОПК 7.4. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (прото-	Современные методы немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекоменда-	Назначать немедикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками	Оказанием медицинской помощи с назначением немедикаментозной терапии ребенку	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

1	2	3	4	5	6	7	8	9
		колами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	циями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами				
		ИД ОПК 7.5. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением	Анализировать действие лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка	Оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения у детей	Собеседование, решение ситуационных задач, тестирование, прием практических навыков, учебная история болезни	Собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, прием практических навыков	Раздел № 1, 2, 3 Семестр № 8, 9, 10

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы -перераспределить часы на самостоятельную работу

Общая трудоемкость дисциплины составляет 10 зачетных единиц, 360 часов.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры		
		№8	№9	№10
1	2	3	4	5
Контактная работа (всего)	215	36	107	72

1		2	3	4	5
в том числе:					
Лекции (Л)		34	4	22	8
Практические занятия (ПЗ)		181	32	85	64
Самостоятельная работа (всего)		109	36	37	36
В том числе:					
- Учебная история болезни		4		4	
- Подготовка к занятиям		53	18	17	18
- Подготовка к текущему контролю и промежуточной аттестации		52	18	16	18
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа	3		3
		самостоятельная работа	33		33
Общая трудоемкость (часы)		360	72	144	144
Зачетные единицы		10	2	4	4

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Пропедевтика детских болезней	Знакомство со структурой и организацией работы детского медицинского учреждения, схемой истории болезни, сбором анамнеза у детей. Анатомо-функциональные особенности детского возраста. Физическое развитие. Методика и способы оценки. Половое развитие. Психомоторное развитие детей. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Грудное вскармливание. Принципы грудного вскармливания. Прикорм. Искусственное вскармливание. Молочные смеси, используемые для искусственного вскармливания. Смешанное вскармливание. Гипогалактия, профилактика и лечение. АФО кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатического аппарата у детей, костно-мышечной системы. Методика обследования. Аномалии конституции. Рахит. Хронические расстройства питания. АФО органов кроветворения у детей. Методы исследования системы крови у детей в возрастном аспекте. Анемии у детей. Неонатология. Адаптация. Транзиторные состояния.

1	2	3	4
2.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Детские болезни	Методы исследования органов дыхания у детей. Дыхательная недостаточность у детей. Синдром бронхиальной обструкции. Методы диагностики. Принципы терапии. Бронхиальная астма и аллергический ринит. Пневмонии у детей. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста. Этиология, клиника, лабораторные критерии, принципы лечения. Диагностика и функциональные методы исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и печени у детей. Хронические заболевания верхних отделов органов пищеварения и патология гепатобилиарной системы. Заболевания почек у детей. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний почек и мочевыводящих путей у детей.
3.	ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7	Детские инфекции	Острые и хронические вирусные гепатиты у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, принципы классификации, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактические мероприятия при вирусных гепатитах у детей Вирусные ОКИ у детей. Бактериальные ОКИ у детей. Этиология, эпидемиология, патогенез, принципы классификации, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактические мероприятия при вирусных, бактериальных ОКИ. ОРВИ у детей. Корь, краснуха. Скарлатина, ветряная оспа. Паротит, коклюш. Менингококковая инфекция. Дифтерия, инфекционный мононуклеоз. Этиология, эпидемиология, патогенез, принципы классификации, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактические мероприятия при основных воздушно-капельных инфекциях.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин		
		1	2	3
1	Эпидемиология	+	+	+
2	Фтизиатрия	-	-	+
3	Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия	-	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)			Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2			3	4	5	6	7	8
1	Пропедевтика детских болезней			5	58			33	96
2	Детские болезни			17	82			50	149
3	Детские инфекции			12	41			26	79
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	контактная работа						3
			самостоятельная работа						33
	Итого:			34	181			109	360

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)		
				сем. № 8	сем. № 9	сем. № 10
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Периоды детства. Оценка состояния здоровья детей.	Педиатрия как наука о закономерностях развития ребенка, причинах и механизмах заболевания, лечения и предупреждения. Этика и деонтология. Периоды детства, их характеристика. Оценка состояния здоровья детей. Семиотика изменений роста и массы. Половое развитие. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Нервно-психическое развитие детей раннего возраста. Этапы становления статики и моторики, развитие речи, эмоций и форм общения.	2		
2	1	Рациональное вскармливание детей первого года жизни.	Лактация. Значение молозива для новорожденного. Первое прикладывание к груди в род. зале. Преимущества естественного вскармливания. Правила введения прикорма. Блюда прикорма, сроки их введения. Сроки и правила отнятия ребенка от груди. Классификация смесей. Смесей для недоношенных. Лечебные смеси. Характеристика основных смесей, используемых в питании. Показания к назначению смешанного вскармливания. Признаки голодания. Гипогалактия, степени, виды. Профилактика и лечение.	2		

1	2	3	4	5	6	7
3	2	Функциональные нарушения органов пищеварительной системы у детей.	Возрастные особенности органов пищеварения у детей и подростков, связь с патологией. Функциональная и инструментальная диагностика заболеваний желудочно-кишечного тракта. Современные методы клинической и лабораторной диагностики. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.		2	
4	2	Хронические заболевания органов пищеварительной системы у детей.	Хронический гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь. Современные методы клинической и лабораторной диагностики. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.		2	
5	2	Современные представления о рахите у детей. Железодефицитные анемии у детей.	Современные данные об обмене кальция и фосфора, о метаболизме и действии витамина Д. Роль витамина Д, паратгормона, тиреокальцитонина и цитратов в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза в физиологических условиях. Патогенез рахита. Классификация. Клинические и биохимические проявления в зависимости от степени тяжести, периода болезни и течения процесса. Критерии диагностики рахита. Особенности течения современного рахита. Профилактика: антенатальная, постнатальная, специфическая, неспецифическая. Лечение. Рахитоподобные заболевания. Основные клинические проявления и принципы дифференциальной диагностики. Классификация анемий. Этиология, патогенез. Развитие дефицита железа в организме (прелатентный, латентный дефицит железа, железодефицитная анемия). Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железодефицитной анемии. Общие принципы лечения железодефицитной анемии. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.		2	
6	2	Бронхиты. Особенности пневмоний у детей различного возраста.	Бронхиты (острый, обструктивный, рецидивирующий) этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Бронхиолит. Частота распро-		2	

1	2	3	4	5	6	7
			странения пневмоний в раннем возрасте. Современная классификация пневмоний. Клиническая картина и лечебная тактика в зависимости от вида возбудителя.			
7	2	Острый и хронический гломерулонефрит у детей. Инфекции мочевыводящих путей.	Острый и хронический гломерулонефриты у детей. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение в условиях поликлиники. Инфекции мочевыводящих путей. Этиология и патогенез. Клинические формы. Диагностика и лечение. Диспансерное наблюдение в условиях поликлиники.		2	
8	1, 2	Проблемы неонатологии. Адаптация. Транзиторные состояния. Асфиксия.	Влияние здоровья матери и течение беременности на развитие плода. Перинатальная смертность и ее роль в структуре младенческой смертности. Проблема невынашивания беременности и особенности недоношенных новорожденных. Оценка функциональной зрелости. Адаптация к внешней среде. Асфиксия новорожденного, этиология. Клиника, классификация, реанимационная помощь новорожденному, родившемуся в асфиксии.			2
9	2	Внутриутробное инфицирование.	Роль внутриутробных инфекций и гнойно-воспалительных заболеваний в структуре патологии периода новорожденности, современные статистические сведения. Группы риска, источники инфицирования и пути передачи инфекции у новорожденных. Классификация и клинические проявления. Методы диагностики.			2
10	2	Гнойно - воспалительные заболевания, сепсис новорожденных.	Профилактика и лечение гнойно-септических заболеваний. Отдаленный прогноз и методы реабилитации детей, перенесших внутриутробные инфекции. Актуальность проблемы сепсиса у новорожденных. Этиология, классификация, клинические проявления, методы диагностики и лечения сепсиса у новорожденных. Особенности грибковых поражений. Реабилитация детей, перенесших сепсис.			2

1	2	3	4	5	6	7
11	2	Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных.	Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: этиология, классификация, основные клинические синдромы раннего и позднего восстановительного периодов. Диагностика, лечение и реабилитация. Родовая травма у новорожденных: причины, группы риска, методы диагностики, лечения и реабилитации			2
12	3	Скарлатина. Ветряная оспа.	Роль скарлатины в патологии детства в современных условиях. Этиология. Эпидемиология. Патогенез скарлатины и её осложнений. Клиника. Осложнения. Принципы лечения. Профилактика. Этиология ветряной оспы, эпидемиология. Клиника. Осложнения. Лечение. Профилактика.		2	
13	3	Полиомиелит. Энтеровирусная инфекция.	Полиомиелит. Определение болезни. Характеристика возбудителя. Эпидемиологические аспекты полиомиелита у детей и подростков в возрастном аспекте. Патогенез. Классификация. Течение и исходы. Лечение. Специфическая профилактика. Синдром ОВП. Энтеровирусная инфекция. Определение болезни. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Лечение. Профилактика.		2	
14	3	Паротитная инфекция. Коклюш.	Паротитная вирусная инфекция. Определение болезни. Свойства возбудителя. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая классификация. Осложнения. Лечение. Система профилактических и противоэпидемических мероприятий. Коклюш. Определение болезни. Этиология. Эпидемиологические особенности коклюша у детей в возрастном аспекте. Патогенез. Проявления болезни в разные периоды. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.		2	
15	3	Острые кишечные инфекции у детей.	Этиологическая структура острых кишечных инфекций в разных возрастных группах. Основные эпидемиологические закономерности в зависимости от возраста. Особенности патогенеза. Клинико-лабораторные		2	

1	2	3	4	5	6	7
			критерии диагностики и дифференциальной диагностики бактериальных и вирусных диарей. Лечение. Профилактика			
16	3	Корь. Краснуха.	Корь. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Коревая анергия. Клиника. Дифференциальный диагноз. Прогноз. Лечение. Активная иммунизация. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Роль краснухи в развитии эмбриопатий. Лечение. Профилактика		2	
17	3	Острые респираторные вирусные инфекции у детей.	Этиология, эпидемиология, клиника, лечение и профилактика гриппа, парагриппа, РС-инфекции, аденовирусной инфекции.		2	
Итого:				4	22	8

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)		
				№ сем. 8	№ сем. 9	№ сем. 10
1	2	3	4	5	6	7
1	1	Периоды детского возраста и возрастная патология.	<p>Педиатрия как предмет в системе медицинского образования, её задачи и методы. Педиатрия как наука о закономерностях развития ребенка причинах и механизмах заболевания, лечения и предупреждения. История отечественной педиатрии; организации охраны материнства и детства в нашей стране. Роль врача в оздоровлении детского населения, в предупреждении заболеваемости и снижении младенческой смертности. Периоды детства, их характеристика.</p> <p>Практическая подготовка: провести анализ данных медицинской документации ребенка. Выделить факторы риска. Освоить практический навык: собрать анамнез конкретного ребенка и сделать по нему заключение. Освоить практические навыки объективного осмотра ребенка. Оценить состояние и самочувствие ребенка.</p>	3	1	

1	2	3	4	5	6	7
2	1	Особенности сбора анамнеза у детей и их родителей. Физическое развитие детей.	История болезни, как медицинский, судебный документ. Основные разделы истории болезни. Изменение основных антропометрических параметров. Техника антропометрических измерений Основные закономерности роста и развития детей. Понятие об акселерации, ретардации. Понятие о нанизме, гигантизме, гипостатуре. Классификация задержки роста. Практическая подготовка: освоить практический навык: собрать анамнез конкретного ребенка и сделать по нему заключение. Освоить практический навык: провести антропометрические измерения – взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы, дать заключение по физическому развитию ребенка.	3 1		
3	1	Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств у детей. Психомоторное развитие детей.	Морфологические и функциональные особенности мозга у ребенка. Рост и дифференцировка структур ЦНС. Сроки формирования и угасания основных рефлексов новорожденных. Особенности развития органов чувств. Закономерности формирования двигательной активности. Ведущие линии НПП. Комплексная оценка НПП у детей 1-го года Условно-рефлекторная деятельность. Ведущие линии НПП детей старше года. Методы оценки психомоторного развития детей дошкольного возраста. Практическая подготовка: освоить практический навык: Оценка нервно психического развития ребенка 1 месяца.	3 1		
4	1	Половое развитие. Комплексная оценка состояния здоровья детей.	Основные этапы полового развития. Оценка полового созревания. Понятие о биологическом возрасте. Комплексная оценка состояния здоровья детей. Практическая подготовка: освоить практический навык: Оценка полового развития по вторичным половым признакам.	3 1		
5	1	Вскармливание детей первого года жизни.	Лактация. Состав молозива, переходного, зрелого молока. Значение	3		

1	2	3	4	5	6	7
		Грудное вскармливание.	молозива для новорожденного. Первое прикладывание к груди в родзале. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери и ребенка. Способы расчета количества молока для новорожденного. Преимущества естественного вскармливания. Противопоказания и затруднения кормления грудью со стороны матери и ребенка. Техника прикладывания ребенка к груди. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах. Сроки и правила отнятия ребенка от груди. Практическая подготовка: освоить практический навык: составить сетку питания ребенку первого полугодия жизни.	1		
6	1	Вскармливание детей первого года жизни. Время и техника введения прикорма.	Признаки готовности ребенка к введению прикорма. Прикорм и необходимость его введения. Правила введения прикорма, сроки их введения. Практическая подготовка: освоить практический навык: составить сетку питания ребенку после введения прикорма.	3 1		
7	1	Смешанное вскармливание. Гипогалактия.	Показания к назначению смешанного вскармливания. Техника и правила докармливания. Методы определения количества докорма. Гипогалактия, степени, виды. Причины гипогалактии. Профилактика и лечение. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах. Практическая подготовка: освоить практический навык: составить сетку питания ребенку, находящемуся на смешанном вскармливании.	3 1		
8	1	Искусственное вскармливание. Современные адаптированные смеси для вскармливания детей. Питание детей старше года.	Адаптация коровьего молока к женскому. Классификация смесей. Смеси для недоношенных. Лечебные смеси. Характеристика основных смесей, используемых в питании. Показания к искусственному вскармливанию. Техника искусственного вскармливания и критерии оценки его эффективности. Ошибки при проведении искусственного вскармливания. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах.	3		

1	2	3	4	5	6	7
			Практическая подготовка: освоить практический навык: составить сетку питания ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании.	1		
9	1	Особенности методики обследования детей. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожной клетчатки, лимфоузлов, костно-мышечной системы. Семиотика нарушений.	<p>Морфологические и функциональные особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей. АФО лимфатических узлов, костно-мышечной системы у детей. Семиотика нарушений. Методика исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы у детей. Основные морфологические элементы сыпи. Семиотика сыпи у детей. Методика оценки осанки.</p> <p>Практическая подготовка: провести осмотр и закрепить навыки обследования кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы. Отметить особенности осмотра данных систем у детей. Дать характеристику состояния кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы у курируемого пациента (эластичность, влажность, температуру кожи). Оценить тургор мягких тканей. Оценить осанку, выявить нарушения осанки у ребенка. Закрепить навыки обследования детей, научиться определять симптомы и синдромы поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы.</p>		4	1
10	2	Рахит. Рахитоподобные заболевания. Гипервитаминоз «Д».	Современные данные об обмене кальция и фосфора, о метаболизме и действии витамина Д. Роль витамина Д, паратгормона, тиреокальцитонина и цитратов в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза в физиологических условиях. Патогенез рахита. Классификация. Клинические и биохимические проявления в зависимости от степени тяжести, периода болезни и течения процесса. Критерии диагностики рахита. Особенности течения современного рахита. Профилактика: ан-		4	

1	2	3	4	5	6	7
			<p>тенатальная, постнатальная, специфическая, неспецифическая. Лечение. Рахитоподобные заболевания. Основные клинические проявления и принципы дифференциальной диагностики.</p> <p>Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).</p>		1	
11	2	Атопический дерматит. Хронические расстройства питания.	<p>Распространенность, этиология, патогенез, классификация, клинические формы, диагностика, лечение атопического дерматита. Хронические расстройства питания. Организация режима питания.</p> <p>Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий).</p>		4	
12	1, 2	Особенности кроветворения у детей. Дефицитные анемии.	<p>Особенности состава периферической крови детей различного возраста. Методика исследования системы крови и кроветворения у детей. Особенности жалоб и данных анамнезов у детей с поражением системы крови. Лабораторные и инструментальные методы исследования. Классификация анемий. Этиология, патогенез. Развитие дефицита железа в организме (прелатентный, латентный дефицит железа, железодефицитная анемия). Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железодефицитной анемии. Общие принципы лечения железодефицитной анемии. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.</p> <p>Практическая подготовка: освоить практический навык: определение возраста ребенка по нормальным показателям клинического анализа крови. Определение патологии по клиническому анализу крови, коагулограмме, миелограмме, биохимическому анализу крови. Курация детей с анемиями различной этиоло-</p>		4	

1	2	3	4	5	6	7
			<p>мости от степени тяжести. Ингаляционная техника у детей. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей. Ступенчатый подход к лечению. Первичная и вторичная профилактика бронхиальной астмы у детей.</p> <p>Практическая подготовка: освоить практический навык - методику проведения пикфлоуметрии и оценки дневника суточного мониторинга пиковой скорости выдоха.</p>		1	
15	1, 2	<p>Анатомо-физиологические особенности сердечно – сосудистой системы. Врожденные пороки сердца. Миокардиты. Кардиомиопатии.</p>	<p>Органогенез ССС системы. Кровообращение плода и новорожденного. АФО ССС. Артериальное давление, перкуссии и аускультации сердца, особенности исследования пульса и кровяного давления у детей различных возрастов. Врожденные пороки сердца. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и лечение. Миокардиты у детей. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и лечение. Кардиомиопатии. Этиология. Классификация и клинические проявления. Диагностика, лечение, прогноз. Нарушения ритма сердца у детей. Классификация. Клиника. Неотложная помощь, лечение.</p> <p>Практическая подготовка: освоить практический навык: Пальпация области сердца с определением сердечного, верхушечного толчка, систолического и диастолического дрожания.</p>		4	1
16	2	<p>Диффузные заболевания соединительной ткани. Острая ревматическая лихорадка. Ревматоидный артрит. Системные васкулиты.</p>	<p>Современные теории патогенеза и этиологии основных диффузных заболеваний соединительной ткани. Клиника и течение системной склеродермии. Клиника и диагностика дерматомиозита. Клиника и диагностика системной красной волчанки. Ревматоидный артрит. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы терапии ревматоидного артрита. Принципы терапии больных диффузными заболеваниями соединительной ткани. Острая ревмати-</p>		4	

1	2	3	4	5	6	7
			<p>ческая лихорадка у детей. Этиологическая роль β-гемолитического стрептококка группы А в возникновении ревматизма. Классификация ревматизма. Характерные изменения показателей крови при минимальной, умеренной и максимальной степени активности ревматизма. Характеристика острого, подострого, непрерывно рецидивирующего, затяжного и латентного течения ревматического процесса. ЭКГ – ФКГ- картина, Ro - данные при первичном ревматизме. Дифференциальный диагноз. Внесердечные проявления ревматизма у детей: клиника суставного синдрома, кожные проявления, полисерозит. Лечение. Недостаточность кровообращения. Клиника. Этапный принцип лечения больных ревматизмом. Санаторное лечение, ЛФК, закаливание, физиотерапия, бициллинопрофилактика. Диспансерное наблюдение. Первичная и вторичная профилактика ревматизма. Принципы лечения, прогноз, профилактика.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления ревматизма (другого заболевания из группы системных заболеваний соединительной ткани).</p>		1	
17	1, 2	Анатомо-физиологические особенности и функциональные нарушения органов пищеварения у детей.	<p>Эмбриогенез органов пищеварения, его нарушения. АФО пищеварительной системы. Бактериальная флора кишечника, ее трансформация после рождения ребенка. Понятие о дисбиозе кишечника. Особенности методики обследования детей с поражением пищеварительной системы. Понятие о функциональном расстройстве желудка. ДЖВП. Роль нейроэндокринных и анатомических нарушений в развитии ДЖВП.</p>		4	

1	2	3	4	5	6	7
			Клиника и лечение гипертонической и гипотонической дискинезии. Запоры. Причины запоров. Диагностика и лечение запоров у детей Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач).		1	
18	2	Заболевания органов пищеварительной системы у детей.	Клиника. Диагностика, классификация хронического гастрита и гастродуоденита. Дифференциальный диагноз ХГД с панкреатитом, холециститом, энтероколитом. Лечение ХГ и ХГД в стационаре: режим. Диета, медикаментозная терапия, диспансерное наблюдение. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Осложнение язвенной болезни. Дифференциальный диагноз ЯБЖ и ЯБ ДПК с дискинезией желчевыводящих путей, холециститом, хроническим панкреатитом. Режим, диета, лечение, диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления заболевания органов пищеварения.		4	1
19	1, 2	Анатомо-физиологические особенности органов мочевого выделения. Острый и хронический пиелонефрит. Инфекция мочевыводящих путей.	Эмбриогенез органов мочевого выделения и мочеобразования для понимания аномалий развития и положения почек у детей. АФО мочевыводящей системы у детей различного возраста. Количество и состав мочи у детей различного возраста. Методика исследования органов мочеобразования и мочеотделения. Семиотика микроскопических изменений мочевого осадка Функциональные и инструментальные методы исследования почек. Понятия об энурезе. Экстраренальные проявления поражения мочевыводятель-		4	

1	2	3	4	5	6	7
			<p>ной системы у детей. ИМВП. Пиелонефрит. Этиология, патогенез. Классификация пиелонефрита у детей. Особенности клинической картины у детей раннего возраста. Лечение.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления пиелонефрита.</p>		1	
20	2	<p>Острый и хронический гломерулонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность. Дисметаболические нефропатии.</p>	<p>Этиология, патогенез, иммунологические и патологоанатомические изменения клинические варианты, их характеристика, лабораторная диагностика при остром гломерулонефрите. Дифференциальная диагностика (хронический ГН, ПН, врожденный и наследственный нефротический синдром). Осложнения и лечение прогноз, диспансерное наблюдение. Классификация, клиническая картина, диагноз хронического ГН. Особенности клинической картины (мембранозный ГН, фокально-сегментарный ГН, мембранозно-пролиферативный ГН). Дифференциальная диагностика хронического ГН с острым ГН, пиелонефритом, мочекаменной болезнью. Лечение в зависимости от морфологического варианта ГН, Понятие о хронической почечной недостаточности. Особенности клиники и изменений лабораторных показателей при нефритическом, нефротическом, изолированном мочевом и смешанном синдромах острого гломерулонефрита.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления пиелонефрита.</p>		4	1

1	2	3	4	5	6	7
			ские разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: изучить выписку из истории развития ребенка и определить факторы риска ППНС и клинические проявления.			
26	2	Внутриутробное инфицирование.	<p>Понятие о внутриутробных инфекциях, пути проникновения возбудителя к плоду. Понятия о бластопатиях, эмбриопатиях и фетопатиях (ранних и поздних). Клинические проявления инфекционных и неинфекционных эмбриофетопатий</p> <p>Внутриутробная инфекция. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления ВУИ.</p>			3 1
27	2	Гнойно-воспалительные заболевания. Сепсис новорожденных.	<p>Сепсис. Этиология и патогенез. Клиническая картина, диагностика лечение, профилактика. Клинические проявления везикулопустулеза, местная терапия. Клинические проявления и лечение доброкачественной формы пузырчатки новорожденных (пемфигус, пиококковый пемфигус). Клиника и лечение при злокачественной форме пузырчатки новорожденных, Эксфолиативном дерматите Риттера, псевдофурункулез Фигнера, при стафилодермиях у новорожденных, при стрептококковой инфекции новорожденных. Клиника и лечение кандидоза полости рта (молочница) кандидоза кожи, генерализованного кандидоза (кандидосепсис) у новорожденных.</p> <p>Практическая подготовка: выполнить практическую работу: изучить выписку из истории развития ребенка; определить факторы риска по ВУИ; назвать клинические проявле-</p>			3 1

1	2	3	4	5	6	7
			ния ВУИ; оценить данные лабораторного и инструментального обследования; поставить диагноз; составить план лечения.			
28	2	Гемолитическая болезнь новорожденных. Желтухи периода новорожденности.	<p>Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при транзиторной негемолитической гипербилирубинемии у новорожденных. Лечение транзиторной негемолитической гипербилирубинемии. Этиология и патогенез врожденной негемолитической гипербилирубинемии с ядерной желтухой (синдром Клингера-Найяра). Клинические проявления и сдвиги лабораторных исследований при синдроме Клингера-Найяра. Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей, лечение конституциональной печеночной дисфункции (синдром Жильбера-Мейленграхта). Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при желтухе у новорожденных (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный микросфероцитоз, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах, талассемия). Дифференциально-диагностические признаки конъюгационных и паренхиматозных желтух у новорожденных (синдром Дубина-Джонсона, синдром Ротора, галактоземия, фетальный гепатит, поражение печени бактериями, вирусами, простейшими). Дифференциальный диагноз конъюгационных желтух с механическими желтухами (атрофия желчевыводящих путей, синдром сгущения желчи). Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей гемолитической болезни новорожденных (групповая несовместимость крови матери и плода, несовместимость по резус-фактору или по другим факторам). Дифференциальный диагноз ГБН с другими гемолитическими желтухами). Определение</p>			3

1	2	3	4	5	6	7
			<p>показаний и техника заменного переливания крови, медикаментозная терапия. Вскармливание детей с ГБН. Прогноз заболевания, диспансерное наблюдение больных, профилактика ГБН. Этиология и патогенез, клиника и лечение наследственного микросфероцитоза, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах (Г-6-ФД), галактоземии, атрезии желчевыводящих путей у новорожденных.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Выполнить практическую работу: изучить выписку из истории развития ребенка. Определить факторы риска по гемолитической болезни новорожденного. Назвать клинические проявления гемолитической болезни. Оценить данные лабораторного и инструментального обследования. Обосновать диагноз. Провести дифференциальный диагноз различных видов желтух у новорожденного. Составить план лечения. Освоить практический навык: провести объективный осмотр новорожденного и определить клинические проявления желтухи.</p>			1
29	1, 2	Структура и организация работы детской поликлиники. Обязанности участкового врача-педиатра. Наблюдение за детьми на участке.	<p>Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники, форма организации работы. Режим работы поликлиники. Роль фильтра. Организация работы регистратуры, новые формы. Организация и оформление педиатрического кабинета. Лечебно-диагностические кабинеты поликлиники. Участковый принцип помощи детям (структура участка, численность и возраст детей). Связь с детскими учреждениями, роддомами, стационаром, неотложной помощью, женской консультацией, детскими учреждениями, школами). Организация приема детей. Основные разделы работы участкового педиатра. Наблюдение за детьми первого года жизни</p>			3

1	2	3	4	5	6	7
			<p>на участке. Наблюдение за детьми старше года. Подготовка детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение и школу. Передача подростка во взрослую поликлинику. Принцип обслуживания больных детей в амбулаторных условиях. Санитарно-просветительская работа, ее формы на участке. Оформление медицинской документации на педиатрическом участке. Основные виды медицинской документации в детской поликлинике (ф. 112/у, 63/у, 30/у и др.). Диспансерный метод и его социально-гигиеническая сущность. Комплексная оценка уровня здоровья детей. Критерии здоровья, их распределение по удельному весу для установки группы здоровья. Распределение детей по группам здоровья. Система диспансерного наблюдения за здоровыми детьми, сроки осмотров педиатрами и врачами-специалистами, лабораторные исследования. Карта учета диспансеризации. Объем и периодичность диспансеризации. Особенности организации диспансеризации школьников.</p> <p>Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: определение группы здоровья ребенка по данным медицинской документации (ф. 112/у).</p>			1
30	1	Профилактическая, противоэпидемическая, санитарно-просветительная работа на участке.	<p>Аntenатальная профилактика. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке. Врачебный патронаж, сестринский патронаж. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома (3-5 день). Кормление и питьевой режим новорожденного на участке, организация контрольного взвешивания. Профилактика гипогалактии. Оценка «переходных» состояний у</p>			3

1	2	3	4	5	6	7
			<p>новорожденных. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска. Индекс отягощенности генетического анамнеза. Оценка социального анамнеза. Физиологическое значение гимнастики и массажа для детей раннего возраста. Плавание. Значение специальных упражнений и массажа для профилактики некоторых заболеваний у детей раннего возраста. Показания к госпитализации новорожденных.</p> <p>Практическая подготовка: Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий). Освоить практический навык: определение группы здоровья ребенка по данным медицинской документации (ф. 112/у).</p>			1
31	2	Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.	<p>Острые заболевания верхних дыхательных путей у детей. Принципы оказания неотложной помощи детям при острой обструкции верхних дыхательных путей. Неотложная помощь при гипо- и гипертермии. Купирование судорожного синдрома. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме острой бронхиальной обструкции и острых аллергических реакциях. Неотложная помощь при укусах насекомых и змей. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме «острая боль в животе». Синдром срыгивания и рвоты у детей. Принципы оказания неотложной помощи детям при острых отравлениях. Принципы оказания неотложной помощи детям при несчастных случаях (ожоги, отморожения, электротравма, утопление), при наличии инородного тела в полости носа, уха, глотки, гортани, трахеи, желудочно – кишечного тракта. Синдром острой недостаточности кровообращения (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, шок), неотложная помощь</p>			3

1	2	3	4	5	6	7
			патитом, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).			
34	3	Острые кишечные инфекции у детей вирусной этиологии.	<p>Эпидемиологические особенности вирусных ОКИ. Клиника. Признаки лактазной недостаточности. Критерии диагностики. Лечение. Профилактика.</p> <p>Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на вирусную кишечную инфекцию, осмотре больного вирусной кишечной инфекцией, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).</p>			3 1
35	3	Острые кишечные инфекции у детей бактериальной этиологии.	<p>Эпидемиологические аспекты данных нозологических форм, этиология и связь с возрастом ребенка. Принципы классификации. Критерии диагностики. Дифференциальный диагноз. Токсикоэксикоз.</p> <p>Оральная и парентеральная регидратация. Гемолитико-уремический синдром.</p> <p>Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на бактериальную кишечную инфекцию, осмотре больного бактериальной кишечной инфекцией, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).</p>			3 1
36	3	Острые респираторные	Этиология. Клиническая картина.			3

1	2	3	4	5	6	7
		торные вирусные инфекции у детей.	Лабораторная диагностика. Лечение. Пневмония и синдром крупа как осложнения ОРВИ. Клиника острой дыхательной недостаточности (гиповентиляционной, обструктивной, шунто-диффузной) Меры неотложной помощи. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на ОРВИ, осмотре больного ОРВИ, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).			1
37	3	Менингококковая инфекция у детей	Этиология. Эпидемиология. Классификация. Осложнения. ИТШ. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на МИ, осмотре больного МИ, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).			3 1
38	3	Корь, краснуха у детей.	Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифф. диагноз. Синдром врожденной краснухи. Лечение. Профилактика. Противоэпидемические мероприятия в очаге. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на корь и краснуху, осмотре больного корью и краснухой, назначении и интерпретации лабораторных обследований,		4 1	

1	2	3	4	5	6	7
			проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).			
39	3	Скарлатина, ветряная оспа у детей.	Скарлатина. Выявить основные клинические признаки в разгар заболевания и в период реконвалесценции. Дифф. диагноз. Лечение. Профилактика. Ветряная оспа. Ранние диагностические критерии. Дифф. диагноз. Лечение. Профилактика Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на скарлатину и ветряную оспу, осмотре больного скарлатиной и ветряной оспой, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).		4 1	
40	3	Паротитная инфекция. Коклюш.	Паротитная инфекция. Этиология. Эпидемиология. Клиника. Осложнения. Лечение. Профилактические меры при выявлении больного в детском коллективе. Активная иммунизация. Коклюш. Этиология. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина. Особенности у детей 1-го года жизни. Осложнения. Лечение. Активная иммунизация. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на паротит и коклюш, осмотре больного паротитом и коклюшем, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).		4 1	

1	2	3	4	5	6	7
41	3	Дифтерия, мононуклеоз у детей.	Этиология. Эпидемиология, Патогенез. Диагностические признаки при разных формах болезни. Дифф. диагноз с ангиной, паратонзиллярным абсцессом, инфекционным мононуклеозом. Практическая подготовка: выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на дифтерию и мононуклеоз, осмотре больного, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение диффдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).		4 1	
Итого:				32	85	64

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	8	Пропедевтика детских болезней	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации	36
Итого часов в семестре:				36
1	9	Пропедевтика детских болезней	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации Учебная история болезни	4
2		Детские болезни	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации Учебная история болезни	22
3		Детские инфекции	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации	11
Итого часов в семестре:				37
1	10	Пропедевтика детских болезней	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации	9
2		Детские болезни	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации	18
3		Детские инфекции	Подготовка к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации	9

1	2	3	4	5
Итого часов в семестре:				36
Всего часов на самостоятельную работу:				109

3.7. Лабораторный практикум

Темы лабораторных работ:

- не предусмотрены

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

- не предусмотрена

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции : учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

4.2. Нормативная база

Методические рекомендации «Программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации».

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

- <http://www.elib.kirovgma.ru/>
- <http://www.studentlibrary.ru/>
- <http://www.studmedlib.ru/>
- <http://www.meduniver.com/>
- <http://www.booksmed.com/>
- <http://www.mmbbook.ru/>
- <http://www.elibrary.ru/>
- <http://www.rosmedlib.ru/>
- <http://www.femb.ru/>

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются учебные видеофильмы, презентации, мультимедийные наглядные материалы по дисциплине.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
3. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
4. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
5. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,
6. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
7. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
8. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

- 1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
- 2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
- 4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
- 5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
- 6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
- 7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	№ 411, г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютер с выходом в интернет, мультимедиа проектор, экран, проектор NEC ME 301W
учебные аудитории для проведения занятий семинарского	каб. № 84-85 КОГБУЗ «Дет-	Специализированная учебная

типа	ский клинический консультативно-диагностический центр», г. Киров, ул. Красноармейская, 43	мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), мультимедиа проектор, Universal №44, ноутбук HP 250G6, компьютер ПЭВМ, проектор NEC ME 301W, МФУ Kyocera ECOSYS M2035DN, принтер лазерный HP, спирометр, тонометр педиатрический LD-80).
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	каб. № 70 - КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	каб. № 72 - КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические)
помещения для самостоятельной работы	читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К.Маркса,137 (1 корпус)	Помещения оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельную работу обучающихся.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по педиатрии.

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Периоды детства. Оценка состояния здоровья детей», «Питание детей раннего возраста», «Возрастные особенности и заболевания пищеварительного тракта у детей», «Железодефицитные анемии у детей», «Анатомо-физиологические особенности костной и мышечной системы. Рахит», «Анатомо-физиологические особенности новорожденного и недоношенного ребенка», «Возрастные особенности дыхательной системы. Бронхиальная астма у детей», «Пневмонии у детей», «Острые кишечные инфекции и гепатиты у детей», «ОРВИ и дифтерия. Поражения слизистых рта и ротоглотки при воздушно-капельных инфекциях у детей».

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области педиатрии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- практикум по темам: «Физическое развитие. Методика и способы оценки», «Половое развитие. Психомоторное развитие детей. Комплексная оценка состояния здоровья детей», «Вскармливание детей первого года. Грудное вскармливание», «Искусственное и смешанное вскармливание. Питание детей старше года», «Особенности методики обследования детей. Рахит», «Особенности кровотока у детей. Дефицитные анемии», «Бронхиты у детей. Особенности острой пневмонии», «Бронхиальная астма», «Заболевания пищеварительного тракта у детей», «Неонатология. Адаптация. Транзиторные состояния», «Заболевания органов мочевого выделения и мочеобразования у детей», «Герпетическая инфекция, ветряная оспа, опоясывающий герпес, инфекционный мононуклеоз. Паротитная инфекция», «Скарлатина, корь, краснуха, энтеровирусная инфекция».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Педиатрия» и включает подготовку к занятиям, написанию учебной истории болезни, подготовку к текущему и промежуточному контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Педиатрия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют учебную историю болезни. Написание учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестового контроля, проверки учебной истории болезни, приема практических навыков.

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, собеседования.

5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дис-

циплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

- размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;
- сопровождения электронного обучения;
- организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;
- организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;
- организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);
- контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;
- идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание

и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

- разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;
- советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;
- анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;
- разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ n/n	Виды занятий/работ	Виды учебной работы обучающихся	
		Контактная работа (on-line u off-line)	Самостоятельная работа
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов

		- веб-тренинги - видеозащита работ	- решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных / проверочных / самостоятельных работ

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающимися-инвалидов и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Формы</i>
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся -инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

<i>Категории обучающихся</i>	<i>Виды оценочных средств</i>	<i>Формы контроля и оценки результатов обучения</i>
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечение образовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

- обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию Университета;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;
- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;
- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;
- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);
- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;
- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;
- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;
- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;
- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней
Кафедра инфекционных болезней

Приложение А к рабочей программе дисциплины

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины
«Педиатрия»**

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП – Лечебное дело
Форма обучения очная

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.1: Периоды детского возраста и возрастная патология.

Цель: изучить роль и значение педиатрии в формировании и охране здоровья детей. Изучить основные закономерности роста и развития детей в различные возрастные периоды.

Задачи: рассмотреть место педиатрии в системе медицинского обслуживания детей, её задачи и методы. Сформировать представление о педиатрии как о науке, изучающей закономерности роста и развития ребенка, причинах и механизмах заболеваний у детей, их лечения и предупреждения. Рассмотреть историю отечественной педиатрии; организацию охраны материнства и детства в Российской Федерации. Оценить роль врача-педиатра в оздоровлении детского населения, в предупреждении заболеваемости и снижении младенческой смертности. Изучить периоды детского возраста, дать их характеристику, изучить основные закономерности роста и развития ребенка в каждом возрастном периоде.

Обучающийся должен знать: определение педиатрии как медицинской науки и ее значение в формировании здоровья детей, историю развития педиатрии в нашей стране, основных ведущих педиатров, внесших значительный вклад в развитие педиатрии, основные задачи педиатрии по сохранению здоровья детей, основные направления педиатрии (профилактическая, научная, клиническая, социальная, экологическая), цели и задачи каждого направления, права и обязанности врача-педиатра, его роль в формировании здоровья детей, периоды антенатального развития ребенка и особенности антенатального развития, факторы риска в антенатальном периоде, профилактику патологии плода, периоды детского возраста и их характеристику, анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития организма ребенка в различные периоды детства, факторы, влияющие на развитие ребенка в различные периоды детского возраста, профилактическое наблюдение (диспансеризация) детей в РФ, методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, методику оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, устанавливать контакт с матерью и ребенком, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка

Обучающийся должен владеть: навыками правильного ведения медицинской документации и оценки сведений, содержащихся в медицинской документации, навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания ребенка, навыками проведения объективного осмотра ребенка, умениями оценки состояния и самочувствия ребенка, умениями использования результатов опроса пациента и физикального осмотра для оценки его здоровья, демонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Дайте определение педиатрии как медицинской науки
- 2) Охарактеризуйте значение педиатрии в формировании здоровья детей
- 3) Расскажите об истории развития педиатрии в нашей стране
- 4) Назовите основных ведущих педиатров, внесших значительный вклад в развитие педиатрии.
- 5) Каковы основные задачи педиатрии по сохранению здоровья детей?
- 6) Какие основные направления педиатрии Вы знаете?
- 7) Цели и задачи профилактической педиатрии?
- 8) Цели и задачи научной педиатрии?
- 9) Цели и задачи клинической педиатрии?
- 10) Цели и задачи социальной педиатрии?
- 11) Цели и задачи экологической педиатрии?
- 12) Назовите права и обязанности врача-педиатра, основные направления деятельности педиатра.
- 13) Охарактеризуйте роль врача-педиатра в формировании здоровья детей.
- 14) Какие периоды антенатального развития ребенка Вы знаете?
- 15) Дайте характеристику периодам антенатального развития ребенка.
- 16) Назовите факторы риска в антенатальном периоде и меры их, профилактики.
- 17) Назовите периоды детского возраста и дайте характеристику каждому возрастному периоду.
- 18) Какие анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития организма ребенка в различные периоды детства вы знаете?
- 19) Назовите факторы, влияющие на развитие ребенка в различные периоды детского возраста.
- 20) Как проводится профилактическое наблюдение (диспансеризация) детей в РФ?
- 21) Назовите особенности методики сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей.
- 22) Какие особенности методики оценки состояния и самочувствия ребенка Вы использовали при осмотре ребенка?

2. Практическая подготовка.

- 1) Провести анализ данных медицинской документации ребенка. Выделить факторы риска.
- 2) Освоить практический навык: собрать анамнез конкретного ребенка и сделать по нему заключение.
- 3) Освоить практические навыки объективного осмотра ребенка.
- 4) Оценить состояние и самочувствие ребенка.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Девочка в возрасте 7 дней, от 5-й беременности и 5 родов. Течение беременности и родов физиологическое. После рождения закричала сразу. Масса тела – 2950 г, длина тела – 52 см. Приложили к груди сразу после рождения. Выписана из роддома на 6-е сут. с массой тела 2800 г. Находится на естественном вскармливании. Семья неполная, мать воспитывает детей одна. Двое старших детей находятся в интернате, приходят домой только в выходные. Семья занимает 2 комнаты в коммунальной квартире. Имеются ли в ante- и постнатальном периоде неблагоприятные факторы, способные влиять на дальнейшее развитие ребенка или возникновение заболеваний?

Имеются неблагоприятные социальные факторы: неполная семья, многодетная семья с низким материальным достатком, неблагоприятные условия жизни.

3) Задачи для самостоятельного решения на занятии:

1. Ребенок в возрасте 8 дней, от 2-й беременности, первых родов, от молодых, здоровых родителей. Первая беременность закончилась ее прерыванием за 5 мес. до настоящей. Беременность протекала с токсокозом в 1-й половине, угрозой выкидыша, женщина была госпитализирована в отделение патологии беременности. Роды произошли на 38-й нед беременности. Общая продолжительность родов – 12 ч, безводный период – 10 ч. Родился мальчик, после рождения закричал сразу. Масса

тела – 2950 г, длина тела – 49 см. Приложили к груди на 3-й день, сосал вяло. В дальнейшем прикладывали через кормление. Выписан из роддома на 6-й день. Масса на момент выписки – 2850 г. Имеются ли неблагоприятные факторы, способные влиять на дальнейшее развитие ребенка или возникновение заболеваний?

2. Ребенок 6 лет. Сознание нарушено (ступор, судороги); температура тела 39,5°C; выражены: токсикоз, менингеальные проявления; аппетит отсутствует; имеет место недостаточность ДС, ССС, ЦНС второй степени. Оцените общее состояние ребенка.

4. Задания для групповой работы

Освоить практический навык: Оценка общего состояния ребенка.

Цель работы: обучить оценке общего состояния ребенка.

Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

При беседе с ребенком, его осмотре, знакомстве с его историей болезни студент выясняет следующие данные: ребенок 10 лет, вял, апатичен, сонлив, умеренно выражены симптомы интоксикации, температура 38° С, сон беспокойный, аппетит снижен, имеет место легкая функциональная недостаточность ДС, ССС.

У данного ребенка состояние средней степени тяжести.

Результаты: записи в тетрадях.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы для самоконтроля:

1. Значение профилактической педиатрии в формировании и сохранении здоровья детей.
2. Факторы, влияющие на здоровье детей в различные периоды детского возраста.
3. Основные закономерности роста и развития ребенка в различные возрастные периоды.
4. Охарактеризуйте периоды развития плода.
5. Особенности ребенка в период новорожденности.
6. Охарактеризуйте период грудного возраста.
7. Период раннего детства (преддошкольный). Каковы его особенности? Как растет и развивается ребенок в этот период?
8. Расскажите, что Вы знаете о развитии ребенка в период дошкольного возраста?
9. Младший школьный возраст. Что происходит с ребенком? Расскажите.
10. Чем характеризуется старший школьный возраст?
11. Как протекает пубертат? Назовите факторы риска в этот период.

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции : учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.2: Особенности сбора анамнеза у детей и их родителей. Физическое развитие детей.

Цель: изучить особенности сбора анамнеза у детей и их родителей. Изучить методы оценки физического развития детей.

Задачи: обучить студентов правилам и особенностям сбора анамнеза в педиатрии. Рассмотреть значимость физического развития в комплексной оценке состояния здоровья детей. Освоить практические умения антропометрических измерений у детей. Обучить студентов методам оценки физического развития детей (с использованием эмпирических формул, индексов, центильных таблиц).

Обучающийся должен знать: правила оформления истории болезни, как медицинского и, судебного документа, основные разделы истории болезни, периоды антенатального развития ребенка и особенности антенатального развития, факторы риска в антенатальном периоде, профилактику патологии плода; периоды детского возраста и их характеристику, анатомо-физиологические, возрастнo-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового организма ребенка и подростка, особенности сбора анамнеза у детей и их родителей, понятие физического развития, факторы, влияющие на физическое развитие, основные закономерности роста и развития детей, изменение основных антропометрических параметров в различные периоды возрастного развития ребенка, понятие об акселерации, ретардации; понятие о нанизме, гигантизме, гипостатуре., классификацию задержки роста, стандартные измерительные приборы для проведения антропометрических измерений у детей различного возраста, методы оценки физического развития детей, технику проведения антропометрии у детей различных возрастных периодов.– взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы; методику оценки физического развития детей по центильным таблицам, технику антропометрических измерений

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, устанавливать контакт с матерью и ребенком, собрать анамнез у ребенка и его родителей, выявить факторы риска, определяющие формирование здоровья ребенка; сделать заключение об отягощенности анамнеза с учетом факторов риска, проводить антропометрические измерения ребенка: определение массы и длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы, рассчитывать должноствующие антропометрические показатели физического развития ребенка с учетом его возраста по эмпирическим формулам, сравнивать полученные антропометрические данные с данными расчета антропометрических показателей, интерпретировать полученные антропометрические данные ребенка с формулированием заключения по оценке его физического развития, оценивать физическое развитие детей с использованием индексной оценки, проводить оценку физического развития детей с помощью центильных таблиц, формулировать заключение по физическому развитию ребенка

Обучающийся должен владеть: навыками сбора анамнеза конкретного ребенка, навыками выделения факторов риска в анамнезе и их интерпретации, знаниями и умениями определения группы риска новорожденного, знаниями и умениями определения группы здоровья ребенка с учетом факторов риска, методикой проведения антропометрии у детей, методикой оценки физического развития по эмпирическим формулам, по методу индексной оценки и по центильным таблицам.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Основные этапы сбора анамнеза у детей и их родителей
- 2) Особенности сбора анамнеза у детей и их родителей
- 3) Особенности сбора анамнеза при различных заболеваниях.
- 4) Понятие физического развития.
- 5) Факторы, влияющие на физическое развитие.
- 6) Методы оценки физического развития детей.
- 7) Методика проведения антропометрических измерений у детей: определение массы и длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы.
- 8) Особенности измерения массы тела, длины тела, окружностей головы и грудной клетки у детей в зависимости от возраста.
- 9) Формулы для расчета массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей различного возраста
- 10) Опорные точки массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей в различные периоды детства
- 11) Основные индексы, используемые для оценки физического развития детей
- 12) Центильный метод оценки физического развития детей.

2. Практическая подготовка.

- 1) Освоить практический навык: собрать анамнез конкретного ребенка и сделать по нему заключение.
- 2) Освоить практический навык: Провести антропометрические измерения – взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы, дать заключение по физическому развитию ребенка.

Цель работы: обучить антропометрии

Методика проведения работы:

Алгоритм освоения навыка «Антропометрия»: **Длина тела у детей до года** измеряется горизонтальным ростомером. Для измерения длины тела ребенка укладывают на спину, чтобы макушка головы прикасалась к неподвижной поперечной планке. При этом голова ребенка фиксируется помощником так, чтобы верхний край козелка уха и нижний край глазницы находились в одной вертикальной плоскости. Ноги ребенка должны быть выпрямлены и прижаты к доске ростомера, а к стопам, согнутым под прямым углом по отношению к голени, подводят подвижную планку ростомера. Расстояние между обеими планками ростомера и будет длиной тела.

Массу тела у детей до двух лет измеряют на весах для взвешивания грудных детей. Для этого весы устанавливают горизонтально и уравнивают, ориентируясь на указатель равновесия. Затем взвешивают пеленку, которую кладут на лоток весов. Раздетого ребенка головой и плечевым поясом укладывают на широкую часть лотка, а ногами на узкую. Перед взвешиванием устанавливают предполагаемую массу тела ребенка. Для определения массы тела ребенка из показаний весов необходимо вычесть массу пеленки. Точность взвешивания ± 10 г.

Определение массы тела детей с момента рождения до 3 лет можно проводить и на электронных весах с максимально допустимой нагрузкой до 15 кг. *Подготовка весов к работе.* Установить весы на столе строго горизонтально и включить вилку в сеть. Включить тумблер, при этом на цифровом индикаторе высветится убывающий ряд символов от «ААААААА» до «000 000». Через некоторое время на табло появятся «П 0,00 000». Проверить весы нажатием руки с небольшим надавливанием в центре платформы – на индикаторе высветятся показания, соответствующие силе нажатия; прекратить нажатие – на индикаторе вновь обозначатся символы «П 0,00 000»; весы готовы к работе. *Порядок работы.* Положить на платформу пеленку – на индикаторе высветятся показатели ее массы; нажать на кнопку «Т» - на индикаторе появятся символы «П 0,00 000». Ребенка положить на платформу; через некоторое время на табло появится значение массы тела ребенка и слева от него знак «П», означающий, что взвешивание закончено. Снять ребенка с весов; из показателя массы тела вычесть массу пеленки. При перегрузке весов на табло высвечивается символ «Н».

Для измерения **окружности головы** сантиметровую ленту накладывают сзади через затылочный бугор, а спереди по надбровным дугам. **Окружность грудной клетки** у маленьких детей измеряется только в состоянии покоя. При измерении сантиметровую ленту накладывают сзади под углом лопаток, а спереди по нижнему краю околососковых кружков.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Девочка, возраст 7 лет 9 мес (8 лет). Масса тела 33,0 кг, длина тела 140,0 см, окружность груди 71,0 см. Оцените физическое развитие.

Общий порядок определения физического развития:

- провести измерение и взвешивание по общепринятым методикам;
- определить возрастную группу;
- выбрать необходимые таблицы возрастно-половых показателей и в случае необходимости основную и дополнительную таблицы массы тела по росту;
- найти и записать положение полученных измерений в центильных интервалах, а также динамику по сравнению с предыдущими измерениями;
- дать оценку каждому конкретному показателю и их совокупности.

Решение: Масса тела 33,0 кг – 6 коридор – высокое значение. Длина тела 140,0 см – 7 коридор – очень высокое значение. Окружность груди – 71,0 см - 6 коридор – высокое значение. Сумма номеров «коридоров» (длина + масса + окружность грудной клетки) 6 + 7 + 6 составляет 19 баллов и относится к макросоматическому типу. Развитие гармоническое, т.к. разность оценок номеров областей или «коридоров» составляет 1.

Заключение: Физическое развитие высокое, макросоматический тип телосложения, развитие гармоническое. Учитывая высокие показатели массы тела, длины тела и окружности груди, следует решить вопрос об обследовании мальчика.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1. Девочка К., возраст 15 лет 2 мес. Масса тела 48,0 кг, длина тела 145,0 см, окружность груди 78,0 см. Оцените физическое развитие.

Задача 2. Мальчик Ю., возраст 11 лет 10 мес. Масса тела 42,0 кг, длина тела 150,0 см, окружность груди 73,0 см. Оцените физическое развитие.

Задания для групповой работы

1. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружностей головы и груди у мальчика в возрасте 3 года 2 мес. 29 дней, у которого окружностью головы при рождении 36 см., используя формулы и другие методы.
2. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружность груди у девочки в возрасте 11 лет 5 мес., используя формулы и другие методы.
3. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружность груди у мальчика в возрасте 5 лет 8 мес., используя формулы и другие методы.
4. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружность груди у девочки в возрасте 15 лет 7 мес., используя формулы и другие методы.
5. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружность груди у мальчика в возрасте 13 лет 8 мес., используя формулы и другие методы.
6. Рассчитать значения массы тела, длины тела, а также окружность груди у девочки в возрасте 6 лет 1 мес., используя формулы и другие методы.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Основные закономерности роста и развития детей.
2. Антропометрия – взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы у детей старше года.
3. Изменение массы тела, длины тела, окружностей головы и грудной клетки у детей старше года.

4. Формулы для расчета массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей старше года.
5. Опорные точки массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей старше года.
6. Соматоскопический метод оценки физического развития детей.
7. Типы телосложения.
8. Возрастные особенности телосложения.
9. Физиометрические показатели физического развития детей.
10. Понятие комплексной оценки физического развития детей.
11. Понятие об акселерации. Основные теории акселерации.
12. Понятие о ретардации.

3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:

1. В каком возрасте рост ребенка составляет 100 см:

- 1) 3 года
- 2) 4 года
- 3) 5 лет
- 4) 6 лет

2. Измерение мышечной силы, определение физической работоспособности, определение жизненной емкости легких и артериального давления относится к следующему виду оценки физического развития:

- 1) индексной оценке
- 2) соматоскопическому
- 3) центильному
- 4) физиометрическому
- 5) соматометрическому

3. Если антропометрические показатели соответствуют 3 центильному интервалу, то это

- 1) величины ниже среднего
- 2) средние величины
- 3) низкие величины

4. Если сумма интервалов центильных шкал составляет 22 балла, то это характерно:

- 1) для микросоматического типа
- 2) для макросоматического типа
- 3) для мезосоматического типа

5. Если разность между любыми 2 коридорами центильной шкалы составляет 1, то это

- 1) гармоническое развитие
- 2) дисгармоническое развитие
- 3) резко дисгармоническое развитие

6. Если сумма интервалов центильных шкал составляет 9 баллов, то это характерно:

- 1) для микросоматического типа
- 2) для макросоматического типа
- 3) для мезосоматического типа

7. Если разность между любыми 2 коридорами центильной шкалы составляет 3 и более, то это

- 1) гармоническое развитие
- 2) дисгармоническое развитие
- 3) резко дисгармоническое развитие
- 4) очень низкие величины

8. Если антропометрические показатели соответствуют 4 центильному интервалу, то это

- 1) величины ниже среднего
- 2) средние величины
- 3) низкие величины
- 4) очень низкие величины

9. Если антропометрические показатели соответствуют 1 центильному интервалу, то это

- 1) величины ниже среднего
- 2) средние величины
- 3) низкие величины

- 4) очень низкие величины
10. Костный компонент оценивают по:
- 1) сглаженности костного рельефа скелета
 - 2) общему впечатлению массивности костяка и суставов
 - 3) величине жировых складок
 - 4) ширине плеч
 - 5) объему мышц и тону
11. Высокий уровень развития мышечной ткани и костяка при нормальном или умеренно повышенном жиротложении, грудная клетка цилиндрическая, прямая спина и прямой эпигастральный угол. О каком типе телосложения идет речь?
- 1) дигестивный
 - 2) астеноидный
 - 3) мышечный
 - 4) торакальный
12. К основным закономерностям роста и развития детей не относится:
- 1) скорость роста с возрастом замедляется
 - 2) различные органы и системы развиваются не равномерно
 - 3) скорость роста с возрастом ускоряется
 - 4) чередование направлений роста
 - 5) краниокаудальный градиент роста
 - 6) половая специфичность роста
 - 7) асимметрия роста
13. В 10 лет масса тела (кг) ребенка в среднем составляет:
- 1) 10
 - 2) 30
 - 3) 20
 - 4) 40
 - 5) 36
14. Формула для ориентировочного расчета длины тела у детей после 4 лет:
- 1) $100+6(n-4)$
 - 2) $100-8(4-n)$
 - 3) $45-2n$
 - 4) $63+3(n-10)$
 - 5) $10+2n$
15. Ускорение возрастного развития путем сдвига морфогенеза на более ранние стадии онтогенеза называется:
- 1) ретардация
 - 2) акселерация
 - 3) депривация
- Ответы: 1-2); 2-4); 3-1); 4-2); 5-1); 6-1); 7-3); 8-1); 9-4); 10-2),4); 11-3); 12-3); 13-2); 14-1); 15-2).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции : учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.3: Анатомо-физиологические особенности нервной системы и органов чувств у детей. Психомоторное развитие детей.

Цель: на основании знаний АФО нервной системы и методики обследования научить обучающихся оценивать нервно-психическое развитие детей по линиям НПР.

Задачи: изучить закономерности формирования двигательной активности и моторного развития в детском возрасте. Роль воспитания в НПР ребенка. Изучить и освоить методику оценки НПР у детей по ведущим линиям НПР. Обучить обучающихся определению группы нервно-психического развития ребенка.

Обучающийся должен знать: анатомические, морфологические и функциональные особенности мозга у ребенка, процесс роста и дифференцировки структур ЦНС, сроки формирования и угасания основных рефлексов новорожденных, особенности развития органов чувств, закономерности формирования двигательной активности, ведущие линии оценки НПР, методику проведения комплексной оценки НПР у детей 1-го года, условно-рефлекторная деятельность, ведущие линии НПР детей старше года, методы оценки психомоторного развития детей дошкольного возраста, основные этапы развития речи у ребенка

Обучающийся должен уметь: проверять моторные умения ребенка, оценивать эмоциональный статус ребенка, оценивать развитие речи, проверять зрительно-ориентировочные реакции, оценивать навыки ребенка, понимание речи, провести оценку НПР с определением группы и гармоничности НПР, дать заключение и рекомендации по НПР.

Обучающийся должен владеть:

Методикой оценки нервно психического развития ребенка первого года жизни.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Какие анатомические, морфологические и функциональные особенности мозга у ребенка?
2. Как происходит процесс роста и дифференцировки структур ЦНС у ребенка?
3. Какие рефлексы новорожденного Вы знаете? Их значение?
4. Назовите сроки формирования и угасания основных рефлексов новорожденных.
5. Органы чувств у новорожденного.
6. Особенности развития органов чувств у детей в процессе роста и развития.
7. Расскажите о закономерностях формирования двигательной активности ребенка по мере роста и развития.
8. Назовите ведущие линии оценки НПР у детей 1-го года жизни,
9. Как проводится оценка НПР в детском возрасте?
10. Расскажите о методике проведения комплексной оценки НПР у детей 1-го года.
11. Условно-рефлекторная деятельность у детей. Значение комплекса безусловных рефлексов новорожденного. Роль воспитания в формировании условно-рефлекторной деятельности у детей.
12. Ведущие линии НПР детей старше года.
13. Методы оценки психомоторного развития детей дошкольного возраста.
14. Как происходит развитие речи? Назовите основные этапы развития речи у ребенка.

2. Практическая подготовка:

1) Освоить практический навык: Оценка нервно психического развития ребенка 1 месяца

2) Цель работы: обучить методике оценке нервно психического развития ребенка 1 месяца

3) Методика проведения работы:

Алгоритм освоения навыка

1 месяц

Зрительные ориентировочные реакции (Аз).

Полное прослеживание движущегося предмета.

Методика – внимание лежащего на спине ребенка привлекают к игрушке, которую затем передвигают вправо и влево до 20-30 см на высоте 40-50 см от глаз ребенка.

Поведение – сосредотачивает взгляд на игрушке, плавно следит за ней (до 30 см), поворачивая голову вправо и влево.

Слуховые ориентировочные реакции (Ас).

Длительное слуховое сосредоточение (прислушивается к голосу взрослого, звуку игрушки).

Методика – на расстоянии 50 см от ребенка, лежащего на спине, вне поля его зрения гремят погремушкой 5-10 с.

Поведение – прислушивается во время и после звучания погремушки (10-15 с), движения заторможены.

Эмоции и социальное поведение (Э).

Первая улыбка в ответ на разговор взрослого.

Методика – с ребенком, лежащим на спине, ласково говорят, улыбаются, вызывая у него зрительное сосредоточение на лице говорящего взрослого.

Поведение – неярко улыбается в ответ на 3-4 обращения к нему.

Движения общие (До).

Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову.

Методика – ребенка кладут на живот.

Поведение – приподнимает голову, удерживает ее 5-20 сек. и затем опускает ее

Подготовительные этапы развития активной речи.

Издает отдельные звуки в ответ на разговор с ним.

Методика – наклонившись над лежащим на спине ребенком на расстоянии 25-30 см, ласково говорят, произносят певучие звуки (1-2 мин.).

Поведение – сосредоточив взгляд на лице взрослого, отвечает 2-3 раза отдельными звуками.

4) Результаты: запись в тетрадях

5) Выводы:

- Нервно-психическое развитие является одним из важных критериев состояния здоровья, которые требуют постоянного контроля.
- Уровень НПР является одним из показателей биологического возраста

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Определить возрастную группу.

1. Дать оценку каждой линии НПР

2. Сравнить полученные данные с таблицами

3. Дать заключение по уровню НПП.

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Задача

Исходные данные:

Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 мес. Ребенок самостоятельно ходит, пьет из чашки самостоятельно, встает и стоит с поддержкой, знает 10-12 слов. Оцените отдельные линии и дайте заключение по НПП

Самостоятельно ходит, встает и стоит с поддержкой - До соответствует 1 год

Пьет из чашки самостоятельно - Н соответствует – 1 год

Знает 10-12 слов Ра соответствует – 1 год

Дает знакомый предмет по просьбе взрослого Рп соответствует– 1 год

Заключение. Ребенок по основным линиям НПП соответствует 1 году. Группа НПП 1 , развитие гармоничное

Задания для групповой работы: оценить НПП у ребенка по основным линиям развития, дать заключение.

Задача: Ребенку 6 месяцев показатели нервно-психического развития .

а) ест с ложки

б) произносит отдельные слоги

в) ползает

г) узнает голос матери

д) берет в руку игрушку, размахивает ею

е) поворачивается со спины на живот и обратно

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Проверить свои знания с использованием **тестового контроля:***

1. Лепетный период развития речи соответствует возрасту (в мес.):

1) 1-2

2) 2-4

3) 4-6

4) 6-7

5) 7 *

6) 7-9

7) 10-12

2. Начало гуления соответствует возрасту (в мес.):

1) 1-2

2) 2-4 *

3) 4-6

4) 6-7

5) 7-8

6) 7-9

7) 10-12

3. Сенсорная речь начинается (в мес.):

1) 1-2

2) 2-4

3) 4-6

4) 6-7

5) 7-8 *

- 6) 7-9
- 7) 10-12

4. Моторная речь развивается (в мес.):

- 1) 1-2
- 2) 2-4
- 3) 4-6
- 4) 6-7
- 5) 7-8
- 6) 7-9
- 7) 10-12 *

5. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 мес.:

- 1) вызываются рефлексы новорожденного *
- 2) фиксирует взор на ярком предмете или лице взрослого *
- 3) хорошо и долго удерживает голову лежа на животе
- 4) появляется прослеживание взором за движущимся предметом
- 5) гулит

6. Показатели нервно-психического развития ребенка в 3 мес.:

- 1) лежа на животе поднимает голову и опирается на предплечья *
- 2) на общение отвечает "комплексом оживления" *
- 3) переворачивается с живота на спину
- 4) гулит *
- 5) отличает мать и близких от чужих

7. Показатели нервно-психического развития ребенка в 6 мес.:

- 1) ест с ложки *
- 2) произносит отдельные слоги *
- 3) ползает
- 4) берет в руку игрушку, размахивает ею *
- 5) поворачивается со спины на живот и обратно *

8. Показатели нервно-психического развития ребенка в 9 мес.:

- 1) самостоятельно ходит
- 2) пьет из чашки самостоятельно
- 3) встает и стоит с поддержкой *
- 4) знает 10-12 слов
- 5) дает знакомый предмет по просьбе взрослого *

9. Показатели нервно-психического развития ребенка в 1 год:

- 1) самостоятельно ест ложкой
- 2) самостоятельно пьет из чашки *
- 3) произносит 5-10 слов *
- 4) приседает, наклоняется, перешагивает через препятствие
- 5) начинает ходить самостоятельно *

10. Признаками подготовительного этапа развития активной речи являются:

- 1) поисковая реакция на вопрос «где?»
- 2) произнесение отдельных слогов *
- 3) лепет *
- 4) гуление *
- 5) выполнение поручений «найди», «положи» и т.д.

11. "Сенсорная речь" - это:

- 1) произнесение отдельных слов
- 2) ответные действия на просьбу взрослого *
- 3) поисковая зрительная реакция на вопрос "где?" *
- 4) связывание слов в предложение
- 5) связывание слова с определенным предметом *

12. У ребенка моторная речь появляется чаще в возрасте:

- 1) 5-6 мес
- 2) 7-8 мес
- 3) 8-9 мес
- 4) 10-12 мес *
- 5) 12-15 мес

13. Уровень движений у ребенка 1 года 6 мес.:

- 1) перешагивает через препятствия приставным шагом *
- 2) переступает через препятствия высотой 15-20 см
- 3) ходит долго, меняет положения (приседает, наклоняется) *
- 4) умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см
- 5) прыгает, отталкиваясь одной ногой

14. Какие ведущие линии нервно-психического развития оцениваются на 2-ом году жизни ребенка:

- 1) зрительный анализатор
- 2) движения руки
- 3) сенсорное развитие *
- 4) активная речь *
- 5) навыки *
- 6) игра и действия с предметами *
- 7) понимание речи *

15. Какие ведущие линии нервно-психического развития оцениваются на 3-ом году жизни ребенка:

- 1) слуховой анализатор
- 2) движения руки
- 3) сенсорное развитие *
- 4) активная речь *
- 5) навыки *
- 6) игра и действия с предметами *
- 7) понимание речи
- 8) эмоции

16. Уровень движений у ребенка 1 года 3 месяцев:

- 1) переступает препятствия высотой 10-15 см чередующимся шагом
- 2) ходит долго, меняет положения (приседает, наклоняется) *
- 3) приставным шагом перешагивает через несколько препятствий
- 4) умеет ходить по поверхности шириной 15-20 см
- 5) преодолевает препятствия, чередуя шаг

17. Уровень сенсорного развития ребенка 1 года 6 месяцев:

- 1) различает по величине 3 предмета
- 2) подбирает предмет по предлагаемой форме *
- 3) подбирает разнообразные предметы 4 цветов
- 4) называет 4 основных цвета

5) подбирает цвет по предлагаемому образцу

18. Ребенок в 2 года 6 мес.:

- 1) строит предложения из 3-х и более слов *
- 2) начинает употреблять сложные предложения
- 3) пользуется лепетом и облегченными словами
- 4) декламирует короткие стихи
- 5) исполняет короткие песенки

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.4: Половое развитие. Комплексная оценка состояния здоровья детей.

Цель: изучить основные этапы полового развития детей. Освоить методику оценки полового созревания. Сформировать понятие о биологическом возрасте. Дать понятие репродуктивного здоровья. Изучить методику комплексной оценки состояния здоровья детей.

Задачи: обучить студентов методике оценки полового развития детей. Сформировать умение проводить комплексную оценку состояния здоровья детей.

Обучающийся должен знать: анатомио-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового организма ребенка, анатомио-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового организма подростка, понятие о репродуктивном здоровье, основные этапы полового развития, вторичные половые признаки у подростков женского и мужского пола, понятия «отставание», «опережение», «задержка» полового развития и «преждевременное половое развитие», периоды детского возраста и их характеристику, анатомио-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового организма ребенка и подростка, особенности сбора анамнеза у детей и их родителей, стандартные измерительные приборы для проведения антропометрических измерений у детей различного возраста, методы оценки физического развития детей, технику проведения антропометрии у детей различных возрастных периодов.– взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы, методику оценки физического развития детей по центильным таблицам, технику антропометрических измерений, закономерности формирования двигательной активности, ведущие линии оценки НПП, методику проведения комплексной оценки

НПР у детей 1-го года, условно-рефлекторная деятельность, ведущие линии НПР детей старше года, методы оценки психомоторного развития детей дошкольного возраста, основные этапы развития речи у ребенка

Обучающийся должен уметь: собирать анамнез у ребенка и его родителей, выявлять факторы риска, определяющие формирование здоровья ребенка; делать заключение об отягощенности анамнеза с учетом факторов риска, проводить антропометрические измерения ребенка: определение массы и длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы, рассчитывать должствующие антропометрические показатели физического развития, проводить оценку физического развития детей с помощью центильных таблиц, формулировать заключение по физическому развитию ребенка, оценивать вторичные половые признаки по стадиям развития, формулировать заключение по степени полового развития у подростка, проводить оценку НПР с определением группы и гармоничности НПР, дать заключение и рекомендации по НПР.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора анамнеза конкретного ребенка, навыками выделения факторов риска в анамнезе и их интерпретации, знаниями и умениями определения группы риска новорожденного, знаниями и умениями определения группы здоровья ребенка с учетом факторов риска, методикой проведения антропометрии у детей, методикой оценки физического развития по эмпирическим формулам, по методу индексной оценки и по центильным таблицам, методикой оценки нервно психического развития ребенка первого года жизни, методикой оценки полового развития у подростков по вторичным половым признакам

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Дайте определение понятия «репродуктивное здоровье».
2. Какие факторы влияют на репродуктивное здоровье?
3. Назовите основные этапы полового развития.
4. Какие вторичные половые признаки формируются у подростков в период полового созревания?
5. Назовите вторичные половые признаки у девочек. В каком порядке они появляются?
6. Назовите вторичные половые признаки у мальчиков. В каком порядке они появляются?
7. Дайте понятия: «отставание», «опережение», «задержка» полового развития «преждевременное половое развитие».
8. Дайте понятие «биологический возраст».
9. Назовите критерии биологического возраста в младшем возрасте.
10. Назовите критерии биологического возраста в школьном возрасте.
11. Расскажите о методике комплексной оценки состояния здоровья детей.

2. Практическая подготовка:

Освоить практический навык: Оценка полового развития по вторичным половым признакам. Дать заключение по степени полового развития.

Цель работы: обучить методике оценки полового развития по вторичным половым признакам.

Методика проведения работы: Алгоритм освоения навыка «Оценка полового развития по вторичным половым признакам»: в повседневной практике уровень полового развития чаще оценивают по выраженности вторичных половых признаков. У девочек это рост волосяного покрова на лобке (Р) и в подмышечной впадине (Ах), развитие грудных желез (Ма) и возраст наступления первой менструации (Ме). У мальчиков это рост волосяного покрова на лобке (Р), в подмышечной впадине (Ах), оволосение лица (F), мутация голоса (V), формирование кадыка (L). При оценке степени половой зрелости обнажать детей, особенно девочек, рекомендуется по частям ввиду повышенного чувства стыдливости. Степень развития вторичных половых признаков по областям тела оцениваются так:

- У мальчиков

Развитие волосяного покрова на лобке

стадия балл

- | | | |
|---|----------------|------|
| - отсутствие волос | P ₀ | 0, 0 |
| - единичные, короткие волосы | P ₁ | 1, 0 |
| - волосы на центральном участке лобка более густые, длинные | P ₂ | 2, 0 |

- волосы длинные, вьющиеся, густые на всем треугольнике лобка P_3 3, 0
- волосы расположены по всей области лобка, переходят на бедра и вдоль белой линии живота P_4 4, 0

Рост щитовидного хряща

- отсутствие признаков роста L_0 0, 0
- начинающееся выпячивание щитовидного хряща гортани L_1 0, 6
- отчетливое выпячивание (кадык) L_2 1, 2

Изменение тембра голоса

- детский голос V_0 0, 0
- мутация (ломка) голоса V_1 0, 7
- мужской тембр голоса V_2 1, 4

Оволосение лица

- отсутствие оволосения F_0 0, 0
- начинающееся оволосение над верхней губой F_1 1, 6
- жесткие волосы над верхней губой, появление волос на подбородке F_2 3, 2
- распространенное оволосение над верхней губой и подбородка, начало роста бакенбардов F_3 4, 8
- слияние зон роста над губой и в области подбородка, выраженный рост бакенбардов F_4 6, 4
- слияние всех зон оволосения F_5 8, 0

Оволосение подмышечных впадин

- отсутствие волос Ax_0 0, 0
- единичные волосы Ax_1 1, 0
- редкие волосы на центральном участке впадины Ax_2 2, 0
- густые прямые волосы по всей впадине Ax_3 3, 0
- густые вьющиеся волосы по всей впадине Ax_4 4, 0

Результаты: записи в тетрадах половой формулы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации (определить возрастную группу; дать оценку по каждому конкретному вторичному половому признаку по баллам; дать заключение по уровню полового развития)

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Определить возраст и пол ребенка: $Ma_3 P_2 Ax_2 Me_3$. Пол женский. Оценка по каждому конкретному вторичному половому признаку по баллам: $Ma_3 - 3,6$; $P_2 - 0,6$; $Ax_2 - 0,8$; $Me_3 - 6,3$. Сумма баллов: $3,6+0,6+0,8+6,3=9,3$. Заключение по уровню полового развития, используя таблицы стандартов полового развития - девочка возраста от 13 до 14 лет.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Определить возраст и пол ребенка: $V_1 P_0 L_1 Ax_0 F_0$
2. Определить возраст и пол ребенка: $Ma_2 P_1 Ax_0 Me_1$
3. Определить возраст и пол ребенка: $V_2 P_5 L_2 Ax_4 F_3$

Задания для групповой работы

Оцените половое развитие (нормальное, отставание, опережение), используя оценку по каждому конкретному вторичному половому признаку по баллам и таблицы стандартов полового развития девочек и мальчиков:

1. Девочка 11 лет, половая формула которой $Ma_2 P_2 Ax_1 Me_1$.
2. Мальчик 16 лет, половая формула которого $V_2P_2L_2Ax_1F_0$.
3. Девочка 14 лет, половая формула которой $Ma_2 P_1 Ax_0 Me_0$.
4. Мальчик 16 лет, половая формула которого $V_2P_4L_2Ax_4F_3$.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на вопросы для самоконтроля:*

1. Критерии оценки состояния здоровья детей.
2. Генеалогический анамнез.
3. Биологический анамнез.
4. Социальный анамнез.
5. Соматоскопический метод оценки физического развития.
6. Типы телосложения. Возрастные особенности телосложения.
7. Оценка резистентности организма.
8. Оценка функционального состояния организма.
9. Группы здоровья детей.
10. Группы риска у детей первого года жизни.
11. Репродуктивное здоровье.
12. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье.
13. Половое развитие основные этапы.
14. Вторичные половые признаки.
15. Понятие «отставание», «опережение», «задержка» полового развития «преждевременное половое развитие».

3) *Проверить свои знания с использованием тестового контроля:*

1. Период полового созревания характеризуется:

- 1) снижением мышечной массы
 - 2) отставанием «костного» возраста от биологического
 - 3) неустойчивостью вегетативной регуляции
 - 4) развитием вторичных половых признаков
 - 5) замедлением нарастания массы тела
 - 6) ускорением темпов роста и прибавки массы
2. Вторичные половые признаки, определяемые у девочек:
- 1) мутация голоса
 - 2) развитие грудных желез
 - 3) формирование кадыка
 - 4) рост волосяного покрова на лобке
 - 5) рост волосяного покрова в подмышечных впадинах
 - 6) становление менструальной функции
 - 7) оволосение лица

3. Вторичные половые признаки, определяемые у мальчиков:

- 1) мутация голоса
- 2) рост волосяного покрова на лобке
- 3) становление менструальной функции
- 4) развитие грудных желез
- 5) формирование кадыка
- 6) оволосение лица
- 7) рост волосяного покрова в подмышечных впадинах

4. К какой стадии становления менструальной функции относятся нерегулярные менструации?

- 1) Me₃
- 2) Me₁
- 3) Me₀
- 4) Me₂
5. Железы значительно выдаются: вместе с соском и околососковым кружком имеют форму конуса. Какая стадия развития молочной железы описана?
 - 1) Ma₃
 - 2) Ma₁
 - 3) Ma₂
 - 4) Ma₀
6. При оволосении лобка у девочек стадия Ax₂ означает:
 - 1) волосы редкие на центральном участке впадины
 - 2) единичные волосы
 - 3) отсутствие волос
 - 4) длинные, вьющиеся, густые волосы по всей впадине
7. Мужской тембр голоса является следующей стадией изменения тембра голоса:
 - 1) V₁
 - 2) V₂
 - 3) V₀
 - 4) V₃
8. При развитии волосяного покрова на лобке у мальчиков стадия P₃ означает:
 - 1) волосы по всей обл. лобка, переходят на бедра и вдоль белой линии живота
 - 2) единичные, короткие волосы
 - 3) волосы на центральном участке лобка более густые, длинные
 - 4) отсутствие волос
 - 5) волосы длинные, вьющиеся, густые на всем треугольнике лобка
9. К состояниям, приводящим к задержке полового созревания, относятся:
 - 1) семейное позднее созревание
 - 2) хроническая недостаточность питания
 - 3) экзогенное поступление половых гормонов
 - 4) гипофизарный нанизм, гипотиреоз
 - 5) опухоли яичников
 - 6) врожденный или приобретенный гипогонадизм
 - 7) хронические заболевания внутренних органов
 - 8) поражение области гипоталамуса
10. К состояниям, приводящим к опережению полового созревания, относятся:
 - 1) гипофизарный нанизм
 - 2) семейное раннее созревание
 - 3) избыточное питание
 - 4) гипотиреоз
 - 5) опухоль или гиперплазия коры надпочечников
 - 6) опухоль яичек и яичников
 - 7) хроническая недостаточность питания
 - 8) экзогенное поступление половых гормонов
11. Полное совпадение пола генетического, гонадного, соматического и психологического называют:
 - 1) гетеросексуальностью
 - 2) изосексуальностью
12. Репродуктивное здоровье зависит от:
 - 1) образа жизни
 - 2) питания
 - 3) генетического наследования
 - 4) всего перечисленного

5) экологии

6) социально-значимых заболеваний

13. В структуре патологии подросткового возраста лидируют:

1) врожденная патология развития

2) нарушения функции репродуктивных органов

3) специфические инфекции мочеполовой сферы

14. Согласно существующим программам по формированию здорового образа жизни, вопросы полового воспитания должны освещаться с:

1) 18 лет

2) 16 лет

3) 14 лет

4) 10 лет

Ответы: 1-3),4),6); 2-2),4),5),6); 3-1),2),5),6),7); 4-4); 5-3); 6-1); 7-2); 8-5); 9-1),2),4),6),7),8); 10-2),3),5),6),7); 11-2); 12-4); 13-2),3); 14-3).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.5: Вскармливание детей первого года жизни. Грудное вскармливание.

Цель: ознакомить студентов с преимуществами грудного вскармливания. Изучить состав и свойства грудного молока, особенности развития ребенка на грудном вскармливании.

Задачи: сформировать навык определения показаний и противопоказаний к кормлению грудью со стороны матери и ребенка. Научить студентов навыкам расчета количества молока для новорожденного. Освоить способы расчета потребностей грудного ребенка в основных пищевых ингредиентах.

Обучающийся должен знать: Биохимические аспекты обмена белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов в организме; факторы естественной антимикробной защиты организма; АФО особенности желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего возраста, особенности секреции; физическое развитие детей; законы нарастания массы и роста у детей первого года; основные принципы питания беременных женщин и кормящих матерей; лактация; состав молозива, переходного, зрелого молока; значение молозива для новорожденного; первое прикладывание к

груди в родильном зале; противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери и ребенка; способы расчета количества молока для новорожденного; преимущества естественного вскармливания; качественные, количественные и биологические различия состава женского молока от молока других видов сельскохозяйственных животных.

Обучающийся должен уметь: дать рекомендации по питанию беременной и кормящей женщины; определить необходимый суточный объем пищи для новорожденного; определить фактическое потребление ребенком основных пищевых ингредиентов и калорий; составить сетку питания.

Обучающийся должен владеть: составлением рациона питания для детей до введения прикорма.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Лактация.
2. Состав молозива, переходного, зрелого молока.
3. Значение молозива для новорожденного.
4. Первое прикладывание к груди в родзале.
5. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди со стороны матери и ребенка. Способы расчета количества молока для новорожденного.
6. Преимущества естественного вскармливания.
7. Противопоказания и затруднения кормления грудью со стороны матери и ребенка. Техника прикладывания ребенка к груди.
8. Потребность детей в основных пищевых ингредиентах.
10. Сроки и правила отнятия ребенка от груди.
11. Роль белков, жиров, углеводов, витаминов в питании ребенка.
12. Становление лактации у матери. Этапы.
13. Понятие грудного вскармливания.
14. Преимущества естественного вскармливания.
15. Ближайшие и отдаленные благоприятные последствия грудного вскармливания.
16. Режим и диета беременной женщины.
17. Режим и диета кормящей матери. Что такое «доминанта лактации»?
18. Значение раннего прикладывания новорожденного к груди матери. Что такое «биологический кювез» для новорожденного?
19. Особенности и состав молозива, переходного и зрелого женского молока (физико-химические и биологические свойства грудного молока).
20. Отличие женского молока от коровьего молока. Средний состав ингредиентов женского и коровьего молока (г/л).
21. 10 принципов успешного вскармливания в родильном доме. Дополнительные принципы вскармливания детей к 10 принципам ВОЗ на этапах, последующих за родильным домом.
22. Техника прикладывания к груди.
23. Техника сцеживания.
24. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (со стороны матери и со стороны ребенка).
25. Противопоказания для кормления грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
26. Затруднения, возникающие при кормлении грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
27. Способы расчета объема питания у детей первого года жизни. Режим кормления. Понятие о «свободном вскармливании».
28. Нормы потребления пищевых веществ и энергии у детей на первом году жизни.
29. Критерии достаточности питания.

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: составить сетку питания ребенку первого полугодия жизни.

Цель работы: обучить составлению сетки питания ребенку первого полугодия жизни.

Методика проведения работы: Алгоритм освоения навыка (определить должностную массу ребенка; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

Условия: Ребенку 5 дней, масса тела при рождении 3000г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Суточный объем питания рассчитываем, используя формулу Финкельштейна = $5 \times 70 = 350$ мл. Объем разового кормления = $350 : 8 = 44$ мл

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко	44
9 ч.	Грудное молоко	44
12 ч.	Грудное молоко	44
15 ч.	Грудное молоко	44
18 ч.	Грудное молоко	44
21 ч.	Грудное молоко	44
24 ч.	Грудное молоко	44
03 ч.	Грудное молоко	44

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации (определить должную массу ребенка; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Ребенку 2 месяца. Масса тела при рождении 3200г. Находится на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Массу тела ребенка в 2 месяца можно рассчитать, используя ежемесячные прибавки массы тела, которые прибавляются к массе тела при рождении: $3200 + 600 + 800 = 4600$ г. Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $4600 : 6 = 766$ мл. Объем разового кормления = $766 : 7 = 110$ мл

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко	110
9 ч. 30 мин	Грудное молоко	110
13 ч.	Грудное молоко	110
16 ч. 30 мин	Грудное молоко	110
20 ч.	Грудное молоко	110
23 ч. 30 мин	Грудное молоко	110
03 ч.	Грудное молоко	110

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Ребенку 5 месяцев, масса тела при рождении 3500г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

2. Ребенку 1 месяц, масса тела при рождении 3300г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

3. Ребенку 3 месяца, масса тела при рождении 3100г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

4. Задания для групповой работы

Подробно разобрать способы расчета необходимого количества питания, режимы и часы кормления для детей первого полугодия.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Роль белков, жиров, углеводов, витаминов в питании ребенка.
 2. Становление лактации у матери. Этапы.
 3. Понятие грудного вскармливания.
 4. Преимущества естественного вскармливания.
 5. Ближайшие и отдаленные благоприятные последствия грудного вскармливания.
 6. Режим и диета беременной женщины.
 7. Режим и диета кормящей матери. Что такое «доминанта лактации»?
 8. Значение раннего прикладывания новорожденного к груди матери. Что такое «биологический кювез» для новорожденного?
 9. Особенности и состав молозива, переходного и зрелого женского молока (физико-химические и биологические свойства грудного молока).
 10. Отличие женского молока от коровьего молока. Средний состав ингредиентов женского и коровьего молока (г/л).
 11. 10 принципов успешного вскармливания в родильном доме. Дополнительные принципы вскармливания детей к 10 принципам ВОЗ на этапах, последующих за родильным домом.
 12. Техника прикладывания к груди.
 13. Техника сцеживания.
 14. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (со стороны матери и со стороны ребенка).
 15. Противопоказания для кормления грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
 16. Затруднения, возникающие при кормлении грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
 17. Способы расчета объема питания у детей первого года жизни. Режим кормления. Понятие о «свободном вскармливании».
 18. Нормы потребления пищевых веществ и энергии у детей на первом году жизни.
 19. Критерии достаточности питания.
- 3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:
1. Кормящая мать должна увеличить калорийность своего питания на:
 - 1) 200-300 ккал
 - 2) 1000-1200 ккал
 - 3) 400-500 ккал
 - 4) 700-1000 ккал
 2. Общий объем жидкости у кормящей матери должен составлять:
 - 1) около 2-2,5 литров
 - 2) около 2,5-3 литров
 - 3) 1-1,5 литра
 - 4) около 4 литров
 3. В меню кормящей матери рекомендуется включать:
 - 1) овсяную и гречневую каши
 - 2) острые приправы, пряности
 - 3) ягоды, соки
 - 4) хрен, чеснок
 - 5) компоты
 4. Грудное молоко содержит:
 - 1) достаточное количество воды
 - 2) ферменты, гормоны, факторы роста
 - 3) недостаточное количество витаминов и минеральных веществ
 - 4) бифидус-фактор
 - 5) лактоферрин
 - 6) нуклеотиды
 - 7) недостаточное количество воды
 5. Секрет грудных желез в конце беременности и до 2-4 дня после родов представляет собой:
 - 1) переходное молоко
 - 2) молозиво
 - 3) зрелое молоко

6. В женском молоке по сравнению с коровьим:

- 1) содержание белков выше
- 2) содержание белков ниже
- 3) преобладают мелкодисперсные белки
- 4) преобладают крупнодисперсные белки
- 5) содержится таурин

7. В женском молоке по сравнению с коровьим:

- 1) количество жиров такое же
- 2) количество жиров ниже
- 3) преобладают ненасыщенные жирные кислоты
- 4) содержание эссенциальных жирных кислот ниже
- 5) уровень холестерина выше
- 6) количество жиров выше
- 7) уровень холестерина ниже

8. Отличие минерального состава женского молока по сравнению с коровьим:

- 1) общее количество минеральных солей больше
- 2) общее количество минеральных солей меньше
- 3) содержание Fe, Cu, Zn выше
- 4) содержание Fe, Cu, Zn ниже
- 5) содержание Cl, Na, Ca, K, Mg, P ниже
- 6) содержание Cl, Na, Ca, K, Mg, P выше

9. Коэффициент усвоения кальция женского молока составляет более:

- 1) 10%
- 2) 20%
- 3) 40%
- 4) 30%
- 5) 60%

10. Для грудного молока характерны следующие особенности:

- 1) стерильность
- 2) оптимальная температура
- 3) относительное количество воды 60-70%
- 4) относительное количество воды 87-88%
- 5) удельная плотность – 1030-1032
- 6) удельная плотность – 1040-1060
- 7) калорийность – 80-85 ккал/100 мл
- 8) калорийность – 67-69 ккал/100 мл

11. В женском молоке наиболее высокая концентрация иммуноглобулинов класса:

- 1) G
- 2) M
- 3) A
- 4) D
- 5) E

12. Критериями достаточности грудного вскармливания являются:

- 1) здоровье
- 2) активность
- 3) положительное эмоциональное состояние
- 4) нарастающая весовая кривая
- 5) низкий тургор тканей
- 6) удовлетворенность ребенком актом сосания
- 7) плоская весовая кривая
- 8) наличие анемии, рахита

13. Оптимальные сроки первого прикладывания к груди здорового новорожденного ребенка:

- 1) через 12 часов после рождения

- 2) через 6 часов после рождения;
 3) в первые 20 минут после рождения
 4) через 1 час после рождения
 5) через 24 часа после рождения
14. Свободным вскармливанием грудных детей называется режим кормлений:
 1) каждые 3 часа с ночным перерывом
 2) каждые 3 часа без ночного перерыва
 3) сам ребенок определяет часы, объем кормлений (по «требованию»)
 4) в фиксированные часы, но объем пищи определяется ребенком
15. К возможным противопоказаниям для кормления грудью со стороны ребенка относятся:
 1) галактоземия
 2) фенилкетонурия
 3) болезнь «моча с запахом кленового сиропа»
 4) ринит, стоматит
16. Противопоказаниями к раннему прикладыванию к груди со стороны матери являются:
 1) оперативное родоразрешение
 2) лактостаз
 3) большая кровопотеря в родах
 4) токсический зоб
 5) мастит
 6) трещины сосков
 7) острое психическое расстройство
17. К затруднениям, возникающим при кормлении грудью, со стороны матери относятся:
 1) оперативное родоразрешение
 2) ссадины и трещины сосков
 3) лактостаз
 4) большая кровопотеря в родах
 5) мастит
18. Среднее число кормлений за сутки ребенка первых 2-х месяцев жизни на регламентированном режиме грудного вскармливания:
 1) 3-4
 2) 5-6
 3) 7-8
 4) 8-10
19. Суточное количество пищи при объемном способе расчета питания в возрасте от 2 до 4 месяцев составляет:
 1) 1/4
 2) 1/5
 3) 1/6
 4) 1/7
 5) 1/8
 6) 1 л
- Ответы: 1-4); 2-1); 3-1),3),5); 4-1),2),4),5),6); 5-2); 6-2),3),5); 7-1),3),5); 8-2),3),5); 9-5); 10-1),2),4),5),8); 11-3); 12-1),2),3),4),6); 13-3); 14-3); 15-1),2),3); 16-1),3),4),7); 17-2),3),5); 18-3); 19-3).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).

1	2	3	4	5	6
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.6: Вскармливание детей первого года жизни. Время и техника введения прикорма.

Цель занятия: обосновать необходимость введения прикорма, основные правила введения прикорма. Показания и противопоказания к введению отдельных блюд прикорма.

Задачи: научить составлять питание ребенку в зависимости от возраста.

Обучающийся должен знать: биохимические аспекты обмена белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов в организме; факторы естественной антимикробной защиты организма; АФО особенности желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего возраста, особенности секреции; физическое развитие детей; законы нарастания массы и роста у детей первого года; прикорм и необходимость его введения; правила введения прикорма; блюда прикорма, сроки их введения; сроки и правила отнятия ребенка от груди.

Обучающийся должен уметь: правильно ввести прикормы; определить фактическое потребление ребенком основных пищевых ингредиентов; назначить коррекцию питания; оценить достаточность питания; назначить часы и число кормлений, интервалы между ними в соответствии с возрастом ребенка; составить диету ребенку; дать рекомендации по срокам введения блюд прикорма и технике их приготовления; провести коррекцию питания.

Обучающийся должен владеть: составлением рациона питания для детей после введения прикорма.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.
2. Цели введения прикорма.
3. Виды и сроки прикормов.
4. Правила введения прикормов.
5. Комбинация блюд прикормов.
6. Техника приготовления блюд прикорма.
7. Показания и противопоказания к введению различных блюд прикорма.
8. Физиологическая потребность в основных ингредиентах (белках, жирах, углеводах, калориях, витаминах и минеральных веществах) после введения прикормов.
9. Основные правила и время отнятия от груди.

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: составить сетку питания ребенку после введения прикорма.

Цель работы: обучить составлению сетки питания ребенку после введения прикорма.

Методика проведения работы: Алгоритм освоения навыка (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

Условие: Ребенку 8 месяцев, масса тела его 8850г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $8850:8=1106$ мл. (1000 мл – согласно правил прикорма). Объем разового кормления = $1000:5 = 200$ мл.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко	200
10 ч.	Каша гречневая молочная Масло сливочное Фруктовое пюре (яблоко+банан)	180 5 20
14 ч.	Овощное пюре (кабачок+цв.капуста) Мясной фарш (говядина) Растительное масло Яичный желток Хлеб	150 50 5 1/2 5
18 ч.	Творог специальный детский Фруктовое пюре Кефир специальный детский Детское печенье	40 60 100 5
22 ч.	Грудное молоко	200

Дополнительно между кормлениями ребенку можно предложить сок фруктовый до 80 мл/сутки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Ребенку 12 месяцев. Масса тела при рождении 3200г. Находится на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Массу тела ребенка в 12 месяцев можно рассчитать, используя ежемесячные прибавки массы тела, которые прибавляются к массе тела при рождении: $3200+600+800+800+750+700+650+600+550+500+450+400+350=10350$ г. Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $10350:8=1293,8$ мл. (1000 мл – согласно правил прикорма). Объем разового кормления = $1000:5 = 200$ мл.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко	200
10 ч.	Каша овсяная молочная Масло сливочное Желток	200 6 1/2
14 ч.	Овощное пюре (кабачок+картофель+лук) Мясная паровая котлета (свинина) Растительное масло Хлеб	130 70 5 10

18 ч.	Творог специальный детский	50
	Фруктовое пюре (груша)	50
	Йогурт специальный детский	100
	Детское печенье	10
22 ч.	Грудное молоко	200

Дополнительно между кормлениями ребенку можно предложить сок фруктовый до 100 мл/сутки.

3) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

1. Ребенку 6 месяцев, масса тела при рождении 3200г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

2. Ребенку 7 месяцев, масса тела при рождении 3300г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

3. Ребенку 9 месяцев, масса тела при рождении 3100г. Находиться на естественном вскармливании. Составить диету на 1 день.

4. Задания для групповой работы

Подробно разобрать способы расчета необходимого количества питания, режимы и часы кормления для детей второго полугодия жизни.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) *Ответить на **вопросы для самоконтроля:***

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.

2. Цели введения прикорма.

3. Виды и сроки прикормов.

4. Правила введения прикормов.

5. Комбинация блюд прикормов.

6. Техника приготовления блюд прикорма.

7. Показания и противопоказания к введению различных блюд прикорма.

8. Физиологическая потребность в основных ингредиентах (белках, жирах, углеводах, калориях, витаминах и минеральных веществах) после введения прикормов.

9. Основные правила и время отнятия от груди.

3) *Проверить свои знания с использованием **тестового контроля:***

1. Введение прикорма ребенку 1-го года жизни связано с:

1) замедлением прибавки массы во 2-ом полугодии

2) появлением у матери лактационных кризов

3) увеличением потребности ребенка в пищевых ингредиентах и энергии

4) увеличением потребности в макро- и микроэлементах, витаминах

5) необходимостью развития и тренировки пищеварительной системы

2. Здоровым детям начинать вводить прикормы следует в:

1) 2-3 месяца

2) 7-8 месяцев

3) 5-6 месяцев

4) 4-6 месяцев

5) 1-2 месяца

3. Правила введения прикорма:

1) давать после кормления грудью

2) давать перед кормлением грудью

3) кормить с ложечки

4) кормить из бутылочки с соской

5) начинать с малых количеств

4. К правилам прикорма относится все перечисленное, кроме:

1) ночные кормления с введением прикорма не отменяются

- 2) первый прикорм должен быть монокомпонентным
- 3) прикорм вводить постепенно
- 4) прикорм не должен вызывать нарушений в состоянии здоровья
- 5) нельзя вводить два прикорма одновременно
- 6) нельзя кормить насильно
5. Правилами введения прикорма являются:
 - 1) после введения прикорма ребенок переводится на 5-разовое питание
 - 2) не целесообразно 2 раза в день давать кашу, а овощное пюре - можно
 - 3) суточный объем пищи у детей от 6 до 12 месяцев должен доходить до 1 литра
 - 4) разовый объем не более 300 мл
 - 5) можно вводить новые продукты во время болезни ребенка, прививок
 - 6) разовый объем не более 200 мл
 - 7) не целесообразно 2 раза в день давать овощное пюре, а кашу - можно
6. Первым видом основного прикорма для здорового ребенка должно быть:
 - 1) фруктовое пюре
 - 2) фруктовый сок
 - 3) каша
 - 4) овощи
 - 5) желток
 - 6) творог
 - 7) мясо
7. К безглютеновым кашам относятся каши:
 - 1) рисовая
 - 2) овсяная
 - 3) манная
 - 4) гречневая
 - 5) ячневая
 - 6) кукурузная
8. В качестве второго основного прикорма здоровым детям предпочтительнее использовать:
 - 1) овощное пюре
 - 2) мясное пюре
 - 3) кашу
 - 4) творог
 - 5) фруктовое пюре
 - 6) фруктовый сок
9. Сначала вводится монокомпонентное пюре из одного вида овощей, обладающих нежной клетчаткой и наименее аллергенных, к которым можно отнести:
 - 1) картофель
 - 2) свекла
 - 3) кабачок
 - 4) морковь
 - 5) цветная капуста
 - 6) тыква
10. Сроки введения в рацион питания здорового ребенка мяса:
 - 1) 7 месяцев
 - 2) 6 месяцев
 - 3) 4 месяца
 - 4) 10 месяцев
 - 5) 8 месяцев
11. Для 6-7-месячного ребенка в рационе питания используется мясо в виде:
 - 1) котлеты
 - 2) фарша
 - 3) пюре

4) фрикадельки

12. В возрасте 9-12 месяцев ребенок должен получать мяса около:

- 1) 90-100 гр.
- 2) 60-70 гр.
- 3) 40-50 гр.
- 4) 20-30 гр.

13. Рыба в рацион питания здорового ребенка вводится с:

- 1) 9 месяцев
- 2) 5 месяцев
- 3) 10 месяцев
- 4) 6 месяцев
- 5) 7 месяцев

14. Здоровым детям фруктовое пюре следует давать не ранее:

- 1) 2 месяцев
- 2) 6 месяцев
- 3) 3 месяцев
- 4) 4 месяцев
- 5) 1 месяца

15. Суточный объем фруктового пюре в возрасте 9-12 месяцев должен составлять:

- 1) 90-100 гр.
- 2) 120-150 гр.
- 3) 40-60 гр.
- 4) 60-80 гр.

16. Укажите правильную последовательность введения фруктов в виде монокомпонентных пюре:

- 1) слива
- 2) яблоко
- 3) абрикос
- 4) персик
- 5) груша

17. Сроки введения в рацион питания здорового ребенка творога:

- 1) 7 месяцев
- 2) 4 месяца
- 3) 10 месяцев
- 4) 6 месяцев

18. Для 9-12-месячного ребенка суточный объем творога должен составлять:

- 1) 30 гр.
- 2) 50 гр.
- 3) 120 гр.
- 4) 100 гр.
- 5) 80 гр.
- 6) 40 гр.

19. Сроки введения в рацион питания здорового ребенка кисломолочных продуктов:

- 1) 7 месяцев
- 2) 4 месяца
- 3) 10 месяцев
- 4) 8 месяцев

20. Количество кисломолочных продуктов в рационе питания здорового ребенка на 1 году жизни не должно превышать:

- 1) 200 мл
- 2) 500 мл
- 3) 1000 мл
- 4) 350 мл

21. Сроки введения в рацион питания здорового ребенка желтка куриного яйца:

- 1) 7 месяцев
- 2) 4 месяца
- 3) 10 месяцев
- 4) 6 месяцев

22. В 7 месяцев суточное количество куриного желтка (шт.) должно составлять:

- 1) $\frac{1}{4}$
- 2) $\frac{1}{3}$
- 3) $\frac{1}{2}$
- 4) 1

23. Суточный объем питания ребенка до 1 года не должен превышать:

- 1) 1000 мл
- 2) 1200 мл
- 3) 900 мл
- 4) 1500 мл

Ответы: 1-3),4),5); 2-4); 3-2),3),5); 4-1); 5-1),2),3),6); 6-3); 7-1),4),6); 8-1); 9-2),5); 10-6); 11-3); 12-2); 13-1); 14-2); 15-1); 16-2),5),1),4),3); 17-4); 18-2); 19-8); 20-1); 21-1); 22-1); 23-1).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.7: Смешанное вскармливание. Гипогалактия.

Цель занятия: обучить студентов правильному проведению смешанного вскармливания.

Задачи: научить подбирать адаптированную смесь ребенку в зависимости от возраста, составлять питание ребенку на смешанном вскармливании в зависимости от возраста, проведению контрольного кормления.

Обучающийся должен знать: биохимические аспекты обмена белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов в организме; факторы естественной антимикробной защиты организма; АФО особенности желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего возраста, особенности секреции; физическое развитие детей; законы нарастания массы и роста у детей первого года; нормальную микрофлору кишечника; показания к смешанному вскармливанию; технику смешанного вскармливания и критерии оценки его эффективности; потребности ребенка в основных пищевых

ингредиентах; понятие, виды, причины, критерии диагностики гипогалактии и меры ее профилактики.

Обучающийся должен уметь: оценить лактацию кормящей матери; назначить профилактику гипогалактии; дать рекомендации по лечению гипогалактии; определить количество докорма, выбрать смесь для докорма; рассчитать количество питания ребенку (суточный и разовый объем питания), находящемуся на смешанном вскармливании; назначить число кормлений; рассчитать потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах, калориях, минеральных элементах, витаминах при смешанном вскармливании; сопоставить полученные данные с физиологическими потребностями; провести коррекцию питания; составить сетку питания.

Обучающийся должен владеть: составлением рациона питания для детей, находящихся на смешанном вскармливании.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.
2. Понятие о смешанном вскармливании.
3. Показания к его назначению. Техника и правила докармливания. Отличие прикорма от докорма.
4. Гипогалактия. Причины, виды гипогалактии.
5. Группы женщин высокого риска по развитию гипогалактии.
6. Особенности анамнеза при гипогалактии.
7. Критерии постановки диагноза. Степени гипогалактии.
8. Техника ведения женщин с гипогалактией в родильном доме.
9. Рекомендации матери по профилактике и лечению гипогалактии.

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: составить сетку питания ребенку, находящемуся на смешанном вскармливании.

Цель работы: обучить составлению сетки питания ребенку, находящемуся на смешанном вскармливании.

Методика проведения работы: Алгоритм освоения навыка (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить количество докорма, определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

Условия: Ребенку 2 месяца, масса тела 4800 г. Мама жалуется на беспокойство ребенка между кормлениями и когда его отнимают от груди, запоры. При контрольном кормлении ребенок высасывает по 50 мл молока. Составить диету на 1 день.

Решение: Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $4800:6=800$ мл. Объем разового кормления = $800:7 = 114$ мл (примерно 115 мл). Объем докорма = $115 - 50 = 65$.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
9 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
12 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
15 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
18 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
21 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115
24 ч.	Грудное молоко 50 + Смесь «Нан 1» 65 мл	115

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания;

определить количество докорма, определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача. Ребенку 5 месяцев. Масса тела при рождении 3000 г. В 5 месяцев ребенок весит 5300 г. Мама жалуется на беспокойство ребенка между кормлениями и когда его отнимают от груди, запоры. Ребенку проведены контрольные кормления. За одно кормление ребенок высасывает: 120-100-90 мл молока. Составьте ребенку диету на день. Дайте маме рекомендации.

Решение: Долженствующую массу тела ребенка в 5 месяцев можно рассчитать, используя ежемесячные прибавки массы тела, которые прибавляются к массе тела при рождении: $3000+600+800+800+750+700=6650$ г. Дефицит массы тела ребенка составляет: 6650 г - 5300 г = 1350 г. (20,3%), что является гипотрофией I степени, в связи с чем расчет питания будем производить, используя массу тела долженствующую (6650 г). Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $6650:7=950$ мл. Объем разового кормления = $950:5 = 190$ мл. Поскольку ребенку 5 месяцев, то недостающий объем питания будем производить «стартовой» смесью. Кроме того, в данном возрасте уже возможны некоторые продукты прикорма, такие как каша безглютеновая безмолочная и овощное пюре монокомпонентное.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Грудное молоко	120
	Смесь «Нутрилон 1»	70
10 ч.	Каша рисовая безмолочная	120
	Масло сливочное	1-2
	Грудное молоко	70
14 ч.	Овощное пюре (кабачок)	20
	Растительное масло	1
	Грудное молоко	100
	Смесь «Нутрилон 1»	70
18 ч.	Грудное молоко	100
	Смесь «Нутрилон 1»	90
22 ч.	Грудное молоко	100
	Смесь «Нутрилон 1»	90

2) **Задачи для самостоятельного разбора на занятии:**

1. Ребенку 7 месяцев. У мамы в сутки вырабатывается 350 мл молока. Составить диету на 1 день. Дать маме рекомендации.

2. Ребенку 3 месяца. Родился с массой 3000 г, в настоящее время весит 4500 г. На грудном вскармливании. Мать кормит ребенка 6 раз в течении дня через 3,5 часа, ночью грудь не дает, хотя ребенок беспокоится и плохо спит. Также малыш бывает беспокойным между кормлениями, во время кормления жадно и быстро сосет, плачет, когда его отнимают от груди. В последнее время появились запоры. Проведено контрольное взвешивание 3 раза. Ребенок высасывает из груди 60 мл – 80 мл - - 70 мл. Проведите расчет питания. Дайте рекомендации маме. Составьте диету на 1 день.

4. Задания для групповой работы

На различных примерах подробно разобрать методы определения количества докорма, технику и правила докармливания, а также смеси, используемые для докорма.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) **Ответить на вопросы для самоконтроля:**

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.

2. Понятие о смешанном вскармливании.

3. Показания к его назначению. Техника и правила докармливания. Отличие прикорма от докорма.

4. Гипогалактия. Причины, виды гипогалактии.

5. Группы женщин высокого риска по развитию гипогалактии.
6. Особенности анамнеза при гипогалактии.
7. Критерии постановки диагноза. Степени гипогалактии.
8. Тактика ведения женщин с гипогалактией в родильном доме.
9. Рекомендации матери по профилактике и лечению гипогалактии.
- 3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:
 1. При смешанном вскармливании:
 - 1) сначала надо кормить ребенка смесью
 - 2) потом кормят ребенка грудью
 - 3) сначала надо кормить ребенка грудью
 - 4) потом кормят ребенка смесью
 2. Укажите правильную последовательность контрольного взвешивания:
 - 1) ребенка кормят грудью
 - 2) вычитают разницу между вторым и первым взвешиваниями
 - 3) повторно взвешивают ребенка в тех же пеленках
 - 4) младенца взвешивают вместе с пеленками
 3. Ранняя гипогалактия развивается:
 - 1) до 20 дня с момента родов
 - 2) до 10 дня с момента родов
 - 3) до 30 дня с момента родов
 4. При гипогалактии III степени дефицит молока к потребности ребенка равен:
 - 1) 25%
 - 2) 35%
 - 3) 50%
 - 4) 75%
 5. При диагностике гипогалактии учитываются следующие данные:
 - 1) анамнез
 - 2) данные объективного обследования ребенка
 - 3) данные объективного обследования молочных желез матери
 - 4) контрольное кормление
 - 5) все перечисленное
 - 6) дополнительный метод диагностики (метод Моля)
 6. При проведении контрольного кормления необходимо придерживаться следующих правил:
 - 1) взвешивать ребенка в одной и той же одежде
 - 2) взвешивать ребенка в разной одежде
 - 3) достаточно провести одно контрольное кормление
 - 4) провести не менее 4-5 контрольных кормлений, а лучше за 1-2 дня
 - 5) проводить лучше дома
 - 6) проводить лучше в поликлинике
 7. Первичная гипогалактия встречается у женщин:
 - 1) с гормональными нарушениями
 - 2) с физическими перегрузками
 - 3) с эмоциональными переживаниями
 - 4) ведущих нерациональный образ жизни
 - 5) с хроническими заболеваниями
 - 6) неправильно кормящих новорожденных грудью
 8. Выделяют следующие группы женщин высокого риска по развитию гипогалактии:
 - 1) с поздним, ранним менархе, с дисфункцией яичников
 - 2) с эндокринной патологией (ожирение, патология щитовидной железы)
 - 3) с хроническим тонзиллитом в анамнезе
 - 4) после кесарева сечения
 - 5) со слабостью родовой деятельности и получавшие стимуляцию в родах
 - 6) после преждевременных и запоздалых родов

- 7) после метилэргометрической профилактики кровотечений
 - 8) все перечисленное верно
 - 9) с анемией и пиелонефритом в анамнезе
9. Принципы постановки диагноза «гипогалактия» в родильном доме:
- 1) отсутствие достаточного количества молока на 4-е сутки после родов
 - 2) ребенок кричит после кормления
 - 3) отсутствие достаточного количества молока на 1-е сутки после родов
 - 4) ребенок плохо прибавляет в весе или имеет плоскую весовую кривую
 - 5) снижен объем разового кормления
 - 6) ребенок спокоен после кормления
 - 7) ребенок достаточно прибавляет в весе
10. Для повышения лактации при гипогалактии рекомендуется:
- 1) более частое прикладывание ребенка к груди
 - 2) более редкое прикладывание ребенка к груди
 - 3) ночное кормление грудью
 - 4) отказ от ночных кормлений
 - 5) прикладывание к обеим молочным железам
 - 6) прикладывание к одной молочной железе
11. При впервые выявленной гипогалактии рекомендуется:
- 1) прикладывать ребенка к груди матери строго в фиксированные часы
 - 2) прикладывать ребенка к груди матери чаще, «по требованию» ребенка
 - 3) сохранить тот режим кормлений, который был у матери
 - 4) контролировать количество высосанного молока в каждое кормление
12. Для лактационных кризов характерно:
- 1) уменьшение молока возникает по внешней причине
 - 2) уменьшение молока возникает без всякой внешней причины
 - 3) отражает внутреннюю циклическую организацию регуляции молока
 - 4) чаще такие кризы бывают первые 3 месяца
 - 5) чаще такие кризы бывают последние 3 месяца
 - 6) длительность кризов чаще бывает 10-12 дней
 - 7) длительность кризов чаще бывает 3-4 дня
 - 8) для здорового и упитанного ребенка опасности не представляют
 - 9) для здорового и упитанного ребенка представляют опасность
13. При наличии лактационного криза кормящая мать должна:
- 1) увеличить частоту прикладывания к груди
 - 2) уменьшить частоту прикладывания к груди
 - 3) вводить докорм в виде смесей
14. К тактике ведения женщин с гипогалактией в родильном доме не относится:
- 1) совместное пребывание матери и ребенка
 - 2) раннее прикладывание к груди
 - 3) психотерапия (формирование стойкой доминанты на лактацию)
 - 4) метод Снегирева, «Апилак» свечи (табл)
 - 5) правильный уход за грудью
 - 6) точечный массаж
 - 7) отдельное пребывание матери и ребенка
 - 8) растительные препараты лактогонного действия
 - 9) физиотерапевтические методы
15. В первый комплекс медикаментозной терапии при лечении гипогалактии входят:
- 1) пивные дрожжи
 - 2) апилак
 - 3) липоевая кислота
 - 4) поливитаминные препараты
 - 5) глютаминовая кислота

6) аспаркам или биотин

7) пантотенат кальция

8) никотиновая кислота

16. Во второй комплекс медикаментозной терапии при лечении гипогалактии входят:

1) пивные дрожжи

2) пантотенат кальция

3) никотиновая кислота

4) липоевая кислота

5) аспаркам или биотин

6) апилак

7) глютаминовая кислота

8) поливитамины+ вит. Е

17. Уход за грудью при гипогалактии включает в себя:

1) соблюдение гигиенических правил

2) синтетическое белье

3) циркулярный душ на молочную до каждого кормления

4) сцеживание молока после каждого кормления

5) хлопчатобумажное белье

Ответы: 1-3),4); 2-4),1),3),2); 3-2); 4-4); 5-5); 6-1),4),5); 7-1),5); 8-8); 9-1),2),4),5); 10-1),3),5); 11-2),4); 12-2),3),4),7),8); 13-1); 14-7); 15-2),4),5),8); 16-1),2),4),5); 17-1),3),4),5).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.8: Искусственное вскармливание. Современные адаптированные смеси для вскармливания детей. Питание детей старше года.

Цель занятия: обучить студентов правильному проведению искусственного вскармливания. Ознакомить студентов с основными смесями, применяемыми для искусственного вскармливания. Отметить особенности адаптированных смесей для недоношенных детей. Обучить студентов основам назначения рекомендаций по питанию детям старше года.

Задачи: научить обучающихся подбирать адаптированную смесь ребенку в зависимости от возраста. Сформировать навык составления дневного рациона ребенку на искусственном вскармливании. Изучить принципы питания детей старше года.

Обучающийся должен знать: биохимические аспекты обмена белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов в организме; факторы естественной антимикробной защиты организма; АФО особенности желудочно-кишечного тракта у новорожденных и детей раннего возраста, особенности секреции; физическое развитие детей; законы нарастания массы и роста у детей первого года; нормальную микрофлору кишечника; адаптацию коровьего молока к женскому; классификацию смесей; смеси для недоношенных детей; лечебные смеси; характеристику основных смесей, используемых в питании; показания к искусственному вскармливанию; технику искусственного вскармливания и критерии оценки его эффективности; потребности ребенка в основных пищевых ингредиентах; ошибки при проведении искусственного вскармливания.

Обучающийся должен уметь: выбрать смесь, исходя из индивидуальных особенностей ребенка; приготовить смесь, руководствуясь правилами; провести кормление ребенка из соски; назначить часы кормлений; рассчитать суточный и разовый объем кормления; рассчитать потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах, калориях при искусственном вскармливании; сопоставить полученные данные с физиологическими потребностями; составить сетку питания при искусственном вскармливании.

Обучающийся должен владеть: навыком составлением рациона питания для детей на искусственном вскармливании в зависимости от возраста.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.
2. Понятие искусственного вскармливания.
3. Коровье молоко, количественный и качественный состав.
4. Что такое адаптация коровьего молока. По каким направлениям она проводится?
5. Классификация смесей, применяемых для искусственного вскармливания.
6. Сравнительная характеристика некоторых адаптированных смесей.
7. Лечебные смеси. Показания к применению.
8. Правила назначения и проведения искусственного вскармливания.
9. Потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах, калориях при искусственном вскармливании.
10. Недостатки искусственного вскармливания.
11. Ошибки при проведении искусственного вскармливания.
12. Стерилизация посуды, используемой для искусственного вскармливания.
13. Вскармливание недоношенных детей. Смеси для недоношенных.
14. Требования, предъявляемые к пище детей старше года (объем, консистенция, способы кулинарной обработки, вкусовые качества и внешний вид и т. д.).
15. Распределение суточного калоража пищи. Потребности детей в основных пищевых ингредиентах.
16. Набор продуктов, используемых в питании детей старше года.
17. Организация питания в детских дошкольных учреждениях и школах.

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: составить сетку питания ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании.

Цель работы: обучить составлению сетки питания ребенку, находящемуся на искусственном вскармливании.

Методика проведения работы: Алгоритм освоения навыка (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

Условия: Ребенку 10 месяцев, масса тела при рождении 3300г. Находиться на искусственном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Массу тела ребенка в 10 месяцев можно рассчитать, используя ежемесячные прибавки

массы тела, которые прибавляются к массе тела при рождении: $3300+600+800+800+750+700+650+600+550+500+450=9700$ г. Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $9700:8=1212,5$ мл. (1000 мл – согласно правил прикорма). Объем разового кормления = $1000:5 = 200$ мл.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Смесь «Нутрилак 6-12»	200
10 ч.	Каша рисовая молочная Масло сливочное Желток	200 6 1/2
14 ч.	Овощное пюре (кабачок+картофель) Мясная паровая фрикаделька (говядина) Растительное масло Хлеб	140 60 5 10
18 ч.	Творог специальный детский Фруктовое пюре (слива+банан) Кефир специальный детский Детское печенье	50 50 100 10
22 ч.	Смесь «Нутрилак 6-12»	200

Дополнительно между кормлениями ребенку можно предложить сок фруктовый до 100 мл/сутки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации (определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1 Ребенку 1 месяц. Масса тела при рождении 3300г. Находится на искусственном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение: Массу тела ребенка в 1 месяц можно рассчитать, используя ежемесячные прибавки массы тела, которые прибавляются к массе тела при рождении: $3300+600=3900$ г. Суточный объем питания рассчитываем, используя «объемный способ» = $3900:5=780$ мл. Объем разового кормления = $780:7 = 112$ мл.

Время кормления	Наименование продуктов	Количество (мл)
6 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
9 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
12 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
15 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
18 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
21 ч.	Смесь «Хипп 1»	112
24 ч.	Смесь «Хипп 1»	112

Освоить практический навык: составить сетку питания ребенку старше года.

Цель работы: обучить составлению сетки питания ребенку старше года.

Методика проведения работы(алгоритм освоения навыка):(определить должную массу ребенка в зависимости от возраста; определить суточный объем питания; определить разовый объем питания; определить часы кормления; расписать в каждое кормление основные продукты).

Задача 2 Ребенку 1,5 года. Составить диету на 1 день.

Прием пищи	Блюда	Объемы блюд
Завтрак	Каша овсяная молочная с фруктами	200 г
	Чай	100 мл
	Хлеб пшеничный с маслом	40 г/10 г
Обед	Салат из сырых овощей	30 г
	Крупяной суп	50 г
	Мясная тефтеля с картофельным пюре	80 г/80 г
	Хлеб ржаной	10 г
	Сок яблочный	120 мл
Полдник	Кефир детский	150 мл
	Печенье	15 г
	Фрукты (банан, слива)	100 г
Ужин	Овощное рагу (кабачок, цветная капуста, лук, морковь)	180 г
	Хлеб ржаной	10 г
	Сок персиковый	100 мл

2) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Ребенку 6 месяцев, масса тела при рождении 3700г. Находиться на искусственном вскармливании. Составить диету на 1 день.
2. Ребенку 7 месяцев, масса тела 8500г. Находиться на искусственном вскармливании. Составить диету на 1 день.
3. Ребенку 5 месяцев, масса тела при рождении 3700г. Находиться на искусственном вскармливании. В качестве заменителя грудного молока получает адаптированную молочную смесь. Ребенку введены прикормы: яблочное пюре 100 г в день, молочная овсяная каша на коровьем молоке. Жалобы матери: в течение двух недель у ребенка держится краснота на щечках, сухость кожи, шелушение, периодически мокнутие. Ребенок срыгивает после кормления, стул 1 раз в два дня, разжиженный со слизью. Ребенок плохо спит, особенно ночью, расчесывает кожу на голове и щеках. Дайте рекомендации маме по питанию.
4. Ребенку 3 года. Составить диету на 1 день.

Задания для групповой работы

Составить схему «Классификация смесей, применяемых для искусственного вскармливания» и таблицы «Характеристика смесей для детского питания (стартовые, последующие, универсальные)», «Лечебные смеси. Показания к применению».

Составить таблицы «Примерный рацион питания и объем блюд для детей раннего возраста»

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.
2. Понятие искусственного вскармливания. Коровье молоко, количественный и качественный состав.
3. Что такое адаптация коровьего молока. По каким направлениям она проводится?
4. Классификация смесей, применяемых для искусственного вскармливания.
5. Сравнительная характеристика некоторых адаптированных смесей.
6. Лечебные смеси. Показания к применению.
7. Правила назначения и проведения искусственного вскармливания.
8. Потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах, калориях при искусственном вскармливании.
9. Недостатки искусственного вскармливания.
10. Ошибки при проведении искусственного вскармливания.

11. Стерилизация посуды, используемой для искусственного вскармливания.
12. Вскармливание недоношенных детей. Смеси для недоношенных.
13. Требования, предъявляемые к пище детей старше года (объем, консистенция, способы кулинарной обработки, вкусовые качества и внешний вид и т. д.).
14. Распределение суточного калоража пищи.
15. Потребности детей в основных пищевых ингредиентах.
16. Набор продуктов, используемых в питании детей старше года.
17. Организация питания в детских дошкольных учреждениях и школах.

3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:

1. Искусственное вскармливание – это питание ребенка 1-го года жизни:
 - 1) детскими молочными смесями – заменителями женского молока (ЗЖМ)
 - 2) ЗЖМ и женским молоком (менее 1/3 суточного объема)
 - 3) ЗЖМ и женским молоком (менее 1/5 суточного объема)
2. Среднее число кормлений за сутки ребенка первых 3-х месяцев жизни на искусственном вскармливании:
 - 1) 3-4
 - 2) 5-6
 - 3) 6-7
 - 4) 8-10
3. Должна ли мать при выборе смеси для ребенка предварительно проконсультироваться с врачом?
 - 1) нет
 - 2) да
4. Основными подходами к созданию заменителей женского молока служат следующие направления адаптации коровьего молока:
 - 1) снижение общего содержания белка
 - 2) повышение общего содержания белка
 - 3) добавление сывороточных белков
 - 4) добавление цистина, таурина, триптофана
 - 5) повышение уровня углеводов
 - 6) снижение уровня углеводов
 - 7) введение карнитина
 - 8) обогащение витаминами, минеральными солями, микроэлементами
 - 9) оптимизация содержания кальция, калия, натрия, фосфора
 - 10) увеличение бифидогенных факторов, нуклеотидов, антиоксидантов
5. «Стартовыми смесями» являются:
 - 1) «Хипп 1»
 - 2) «Энфамил 1»
 - 3) «Хумана 1»
 - 4) «Сэмпер-Бэби 1»
 - 5) «Нутрилак 0-6»
 - 6) «Хипп 2»
 - 7) «Фрисолак 1»
 - 8) «Энфамил 0-12»
 - 9) «Нутрилон 1»
 - 10) «Nan 1»
6. В «последующих смесях» в отличие от «стартовых смесей»:
 - 1) содержание белков и энергии ниже
 - 2) содержание белков и энергии выше
 - 3) содержится только лактоза
 - 4) содержатся лактоза, сахароза, крахмал
 - 5) содержание железа выше
 - 6) содержание железа ниже

7. При выборе смеси следует:
- 1) учитывать возраст ребенка и степень адаптированности смеси
 - 2) по возможности удержаться от «универсальных смесей»
 - 3) смесь надо вводить постепенно
 - 4) не применять одновременно несколько смесей
 - 5) соблюдать правила и сроки хранения смесей
 - 6) все перечисленное верно
 - 7) строго придерживаться инструкции по приготовлению смеси
 - 8) по показаниям использовать лечебные смеси
 - 9) учитывать индивидуальную переносимость смеси
8. Специальные адаптированные смеси для недоношенных детей обозначаются приставкой:
- 1) пре-
 - 2) про-
 - 3) пор-
9. Свойствами пребиотиков обладают смеси:
- 1) «Нестожен 1 и 2»
 - 2) «Семпер Бифидус»
 - 3) «Nan кисломолочный 1 и 2»
 - 4) «Семпер Лемолак»
 - 5) «Нутрилак кисломолочный»
 - 6) «Нутрилон комфорт»
 - 7) «Фрисолак 1 и 2»
10. Показанием к назначению смесей с загустителями, содержащими камедь бобов рожкового дерева, являются:
- 1) диарея
 - 2) упорные срыгивания и рвоты
 - 3) функциональные запоры
 - 4) аллергия
 - 5) кишечные колики
11. Детям, страдающим синдромом мальабсорбции, показано назначение следующей группы смесей:
- 1) «Энфамил соя», «Нутрилак соя»
 - 2) «Пораген»
 - 3) «Nan ГА», «Хумана ГА»
 - 4) «Афенилак», «Лофенолак»
12. Смеси для детей, страдающих синдромом мальабсорбции, обогащены:
- 1) ДЦТ
 - 2) лактозой
 - 3) соей
 - 4) СЦТ
13. Смеси для детей с фенилкетонурией назначает:
- 1) врач-генетик
 - 2) педиатр
 - 3) гастроэнтеролог
 - 4) пульмонолог
14. При вторичной лактазной недостаточности могут употребляться следующие смеси:
- 1) «Нутрилак низколактозный»
 - 2) «Nan безлактозный»
 - 3) «Нутрилон низколактозный»
 - 4) «Нутрилак безлактозный»
 - 5) «Мамекс безлактозный»
15. При подборе смеси для детей, страдающих аллергией к белку коровьего молока, не учитывают:
- 1) возраст ребенка

- 2) поражение дыхательной системы
- 3) аллергологический анамнез
- 4) тяжесть кожных симптомов
- 5) период заболевания
- 6) поражения желудочно-кишечного тракта
- 7) индивидуальную переносимость
- 8) нутритивный статус ребенка

16. Если у мамы нет грудного молока, а у ребенка имеется риск развития аллергии, то целесообразно рекомендовать смесь(смеси):

- 1) «Фрисопеп»
- 2) «Nan ГА», «Хипп ГА», «Хумана ГА»
- 3) «Алфаре»
- 4) «Нутрамиген»
- 5) «Nan кисломолочный»
- 6) «Нутрилак соя», «Фрисосой»

17. Если у ребенка отмечаются признаки атопического дерматита, «бродильной» диареи и стеатореи, то необходимо рекомендовать гидролизаты:

- 1) низколактозные
- 2) безлактозные
- 3) содержащие ДЦТ
- 4) содержащие ДЦТ+СЦТ
- 5) «Фрисопеп»
- 6) «Нутрамиген»
- 7) «Алфаре», «Нутрилон Пепти СЦТ»
- 8) «Nan ГА», «Хипп ГА», «Хумана ГА»

18. У детей, находящихся на искусственном вскармливании, по сравнению с детьми, получающими грудное молоко:

- 1) чаще развиваются инфекционные заболевания
- 2) реже развиваются инфекционные заболевания
- 3) реже возникают диспептические расстройства
- 4) чаще возникают диспептические расстройства
- 5) чаще развиваются железодефицитные состояния
- 6) реже развиваются железодефицитные состояния
- 7) чаще развиваются аллергические реакции
- 8) реже развиваются аллергические реакции

Ответы: 1-1)3); 2-3); 3-2); 4-1),3),4),5),7),8),9),10); 5-1),2),3),4),5),7),9),10); 6-2),4),5); 7-6); 8-1); 9-1),2),4),6),7); 10-2),3); 11-1); 12-4); 13-1); 14-1),3); 15-2); 16-2); 17-2),4),7); 18-1)4),5),7).

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.9: Особенности методики обследования детей. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожной клетчатки, лимфоузлов, костно-мышечной системы. Семиотика нарушений.

Цель: изучить особенности методики объективного обследования детей. Изучить методику обследования кожи, подкожной клетчатки, лимфоузлов, костно-мышечной системы. Изучить семиотику и синдромы поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатических узлов и костно-мышечной системы у детей.

Задачи: закрепить знания и умения студентов по методике объективного осмотра. Обучить студентов выявлению симптомов и синдромов поражений кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатических узлов у детей. Сформировать навыки оценки осанки у детей.

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка и подростка; первичные и вторичные морфологические элементы сыпи; основные симптомы и синдромы поражения кожи и ее придатков; основные симптомы и синдромы поражения подкожной клетчатки.

Обучающийся должен уметь: распознать основные признаки поражения кожи и подкожной клетчатки; выделить основной синдром поражения кожи и подкожной клетчатки.

Обучающийся должен владеть: навыками клинического обследования кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей; навыками определения признаков заболеваний кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей в основные синдромы поражения, навыками оценки результатов обследования кожи и подкожно-жировой клетчатки у детей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Анатомо-физиологические особенности кож у детей.
2. Анатомо-физиологические особенности подкожной клетчатки у детей.
3. Анатомо-физиологические особенности лимфоузлов у детей.
4. Семиотика поражений кожи при осмотре (бледность, гиперемия, желтушность, цианоз, нарушения пигментации и целостности кожи).
5. Клинические признаки и степени пеленочного (памперсного) дерматита у детей.
6. Семиотика изменений кожи при пальпации (нарушения влажности, эластичности и температуры).
7. Морфологические элементы кожи (характеристика сыпи) у детей.
8. Патологические изменения кожи (дисплазии, дистрофии, инфекции, микозы) у детей.
9. Патологические изменения кожи (изменения кожи при инфекционных заболеваниях).
10. Патологические изменения кожи (семиотика аллергических поражений кожи).
11. Изменения придатков кожи и видимых слизистых оболочек.
12. Изменения подкожной жировой клетчатки (недостаточное отложение жира, избыточное отложение жира, липоматоз, липодистрофия, уплотнения, отеки).
13. Методика оценки осанки у детей.

2. Практическая подготовка.

1. Провести осмотр и закрепить навыки обследования кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы. Отметить особенности осмотра данных систем у детей. Дать характеристику состояния кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и

костно-мышечной системы у курируемого пациента (эластичность, влажность, температура кожи). Оценить тургор мягких тканей. Оценить осанку, выявить нарушения осанки у ребенка.

2. Закрепить навыки обследования детей, научиться определять симптомы и синдромы поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфоузлов и костно-мышечной системы.

Навык: распознавание признаков поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей.

Условия: мама 4-месячной девочки жалуется на проявление у ребенка упорных опрелостей, несмотря на достаточный уход, высыпания на коже щек, ягодиц, зуд кожных покровов. Кожа на щеках ярко гиперемирована, имеются единичные папулезные элементы; в кожных шейных, подмышечных, паховых складках – распространенные опрелости с участками мацерации. Кожа туловища сухая, бледная. На волосистой части головы в области темени – плотные желтоватые чешуйки. Язык «географический».

Задание: Какой патологией обусловлены высыпания на коже? Как называется симптом, характеризующий изменения волосистой части головы?

Сделать заключение и записать в рабочей тетради.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач:*

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму:*

Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1. Мальчик 3 месяцев перенес ОРЗ. В течение 10 дней мать не купала ребенка. Утром, пеленая, заметила появление у ребенка сыпи на коже живота, конечностей в виде пузырьков с серозным и гнойным содержимым. Через 2 дня на месте некоторых пузырьков образовались серовато-желтые корочки. Со снижением какой функции кожи связано появление сыпи?

Ответ: защитной.

Задача 2. Ребенок от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией во второй половине, первых срочных родов. Масса при рождении – 3500 г, длина тела – 51 см. При осмотре ребенка на 3-й день жизни отмечена желтушность кожных покровов и склер. Чем обусловлено развитие желтухи? К какому дню жизни она должна исчезнуть?

Ответ: появление физиологической желтухи связано с повышенным разрушением эритроцитов и незрелостью ферментных систем печени. Физиологическая желтуха исчезает к 7-10 дню жизни.

2) *Задачи для самостоятельного разбора на занятии:*

Задача 1. Врач на приеме у девочки 1 года 10 мес отметил желтушное окрашивание кожи преимущественно на лице, ладонях, стопах. Известно, что она ежедневно выпивала 150 мл морковного сока. Чем обусловлено желтушное окрашивание кожи? На какой симптом еще должен обратить внимание врач?

Задача 2. Мальчик 3 лет, заболел остро. Заболевание началось с подъема температуры тела до 39°C. Мать дала ребенку половину таблетки анальгина. Через 2 часа на коже живота, груди, конечностей появилась сыпь, напоминающая ожог крапивой, выступающая над уровнем кожи, сопровождающаяся сильным зудом, округлой формы, размером до 20 мм. Чем обусловлено появление сыпи?

Задача 3. Мальчик 8 месяцев поступил в соматическое отделение больницы. С 3-месячного возраста у ребенка отмечаются малые прибавки массы тела, за последние 2 месяца прибавил 600 г. Периодически срыгивает, имеет неустойчивый стул, аппетит снижен. От 1-й беременности, протекавшей благоприятно. Родился в срок 38-39 нед с массой тела 2900 г, длиной тела – 48 см. Находился на естественном вскармливании до 2 мес. В 3 мес был переведен на искусственное вскармливание. Сейчас получает манную кашу и цельное коровье молоко 200 мл 3 раза в день. Масса тела – 4200 г, длина тела – 60 см. Мальчик вялый, двигательная активность снижена. Подкожный жировой слой резко истончен на груди, спине и на конечностях, отсутствует на животе. Тургор тканей снижен. Определите дефицит массы тела. .

Задача 4. Девочка 5 дней, от 1-й беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении – 3100 г, длина тела – 51 см. Оценка по шкале Апгар – 8-

9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. При осмотре на 5-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, активна, масса тела – 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожный покров розовый, на крыльях носа, переносице имеются беловато-желтые мелкие узелки, на коже груди и живота – крупнопластинчатое шелушение. Как называются описанные кожные элементы сыпи? Является ли шелушение патологическим?

3. Задания для групповой работы

Работа студентов с больными детьми. Задания:

1. Собрать анамнез жизни и заболевания; провести исследование кожи, подкожно-жировой клетчатки у ребенка; сделать заключение по осмотру
2. Определить количество молочных зубов у ребенка и сопоставить с должствующим количеством с использованием эмпирической формулы молочных зубов. Сделать заключение. Результаты записать в рабочей тетради.
3. Составить и оформить в рабочей тетради таблицу «Семиотика сыпей у детей инфекционного происхождения».

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**:

1. Эмбриогенез кожи и ее придатков.
2. Возрастные морфологические и функциональные особенности кожи и ее придатков.
3. Возрастные морфологические и функциональные особенности подкожной жировой клетчатки у детей.
4. Особенности анамнеза у детей с заболеваниями кожи.
5. Методика объективного обследования кожи.
6. Методика объективного обследования подкожной жировой клетчатки у детей.
7. Дополнительные методы исследования кожи и подкожной жировой клетчатки.
8. Семиотика поражений кожи при осмотре (бледность, гиперемия, желтушность, цианоз, нарушения пигментации и целостности кожи).
9. Клинические признаки и степени пеленочного (памперсного) дерматита у детей?.
10. Семиотика изменений кожи при пальпации (нарушения влажности, эластичности и температуры).
11. Морфологические элементы кожи.
12. Патологические изменения кожи (дисплазии, дистрофии, инфекции, микозы) у детей.
13. Патологические изменения кожи (изменения кожи при инфекционных заболеваниях).
14. Изменения придатков кожи и видимых слизистых оболочек.
15. Изменения подкожной жировой клетчатки (недостаточное отложение жира, избыточное отложение жира, липоматоз, липодистрофия, уплотнения, отеки).

3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:

1. Яркая гиперемия всей кожи не наблюдается:
 - 1) у новорожденных первых дней жизни
 - 2) при психическом и физическом напряжении
 - 3) при повышении числа эритроцитов
 - 4) при снижении числа эритроцитов
 - 5) при заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой
2. Общий цианоз не отмечается при:
 - 1) асфиксии новорожденного
 - 2) внутричерепных кровоизлияниях
 - 3) эритроцитозе
 - 4) обширных ателектазах легких
 - 5) декомпенсации сердечной деятельности

- б) острых расстройств дыхания
3. Зеленоватый оттенок желтуха имеет:
- 1) в начале заболеваний при накоплении билирубина в коже
 - 2) при гемолитической анемии
 - 3) при механических желтухах
4. Местное повышение температуры кожи бывает:
- 1) при спазме сосудов
 - 2) при воспалении суставов
 - 3) при поражении центральной нервной системы
 - 4) при поражении периферической нервной системы
5. Инфильтративно-первичный морфологический элемент кожи:
- 1) корка
 - 2) волдырь
 - 3) чешуйка
 - 4) пузырек
 - 5) папула
6. Розеолой называют:
- 1) воспалительный элемент размером от 1 до 5 мм
 - 2) воспалительный элемент размером от 5 до 20 мм
 - 3) воспалительный элемент размером свыше 20 мм
 - 4) точечное кровоизлияние
 - 5) округлой формы кровоизлияние
7. Крупнопятнистой сыпью называют:
- 1) эритему
 - 2) многочисленные розеолы
 - 3) многочисленные экхимозы
 - 4) пятна размером 20 мм
 - 5) многочисленные волдыри
8. Для волдыря не характерно:
- 1) не оставляет после себя никакого следа
 - 2) возвышается над уровнем кожи
 - 3) имеет округлую или овальную форму
 - 4) размер от нескольких миллиметров до 10-20 см и больше
 - 5) подвергается некрозу
 - 6) часто сопровождается зудом
9. Пятнисто-папулезная сыпь, возникающая на неизменном фоне кожи с этапным распределением сверху вниз в течение трех дней с переходом в пигментацию характерна для:
- 1) кори
 - 2) краснухи
 - 3) скарлатины
 - 4) энтеровирусной инфекции
 - 5) ветряной оспы
 - 6) менингококковой инфекции
10. Под склеремой понимают:
- 1) ограниченное уплотнение подкожного жирового слоя
 - 2) уплотнение, захватывающее всю подкожную жировую клетчатку
 - 3) исчезновение подкожного жирового слоя
 - 4) отечность подкожного жирового слоя
 - 5) избыточное образование подкожного жирового слоя
- Ответы: 1-4; 2-3; 3-3; 4-2; 5-5; 6-1; 7-4; 8-5; 9-1; 10-2

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни.

Тема 2.1: Рахит. Рахитоподобные заболевания. Гипервитаминоз «Д».

Цель занятия: изучить современными данные о об обмене кальция и фосфора, метаболизме и действии витамина Д, паратгормона, тиреокальцитонина и цитратов в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза в физиологических условиях. Рассмотреть патогенез рахита. Разобрать классификацию рахита. Изучить клинические и биохимические проявления рахита в зависимости от степени тяжести, периода болезни и течения. Определить критерии диагностики рахита. Отметить особенности течения рахита в настоящее время. Изучить методы профилактики и лечения рахита. Рассмотреть рахитоподобные заболевания: основные клинические проявления и принципы дифференциальной диагностики с рахитом.

Задачи: закрепить навыки обследования кожи, подкожной клетчатки и костно-мышечной системы у детей. Сформировать умение определять показания к проведению дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования при наличии признаков рахита у ребенка..

Обучить студентов установлению и формулированию клинического диагноза в соответствии с клиническими данными и классификацией. Подготовить студентов к самостоятельному назначению профилактики и терапии рахита у детей..

Обучающийся должен знать: анатомио-физиологические особенности кожй, подкожно-жировой клетчатки, лимфатического аппарата, костно-мышечной системы у детей, определение костного возраста ребенка, его значение в биологической зрелости; порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов; фосфорно-кальциевый обмен; особенности анамнеза у детей при заболеваниях данных систем; методы исследования мышечной и костно-суставной систем у детей, современными данные о об обмене кальция и фосфора, метаболизме и действии витамина Д, паратгормона, тиреокальцитонина и цитратов в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза в физиологических условиях., патогенез рахита, классификацию рахита, клинические и биохимические проявления рахита в зависимости от степени тяжести, периода болезни и течения, критерии диагностики рахита, особенности течения рахита в настоящее время, методы профилактики и лечения рахита, рахитоподобные заболевания: основные клинические проявления и принципы дифференциальной диагностики с рахитом.

Обучающийся должен уметь: проводить осмотр с оценкой состояния и самочувствия ребенка, оценивать состояние и самочувствие ребенка, выявлять патологические симптомы и синдромы со стороны органов и систем организма ребенка с учетом анатомио-физиологических и возрастно-половых особенностей детей. Определять клинические, лабораторные и инструментальные признаки

рахита, диагностировать рахит, проводить дифференциальный диагноз с рахитоподобными заболеваниями.

Обучающийся должен владеть: навыками объективного осмотра ребенка с оценкой состояния и самочувствия, наличия патологические симптомов и синдромов, навыками оценки состояния и самочувствия ребенка. Навыками выявления рахитических симптомов. Развивать навыки самостоятельно назначать лабораторное и инструментальное обследование для постановки диагноза. Вырабатывать и закреплять навыки обоснования и формулирования клинического диагноза заболевания в соответствии со стандартами и классификацией. Вырабатывать и закреплять навыки профилактики, лечения и оценки эффективности врачебных рекомендаций..

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатического аппарата, костно-мышечной системы у детей
2. Особенности сбора анамнеза у детей при заболеваниях костно-мышечной системы.
3. методы исследования мышечной и костно-суставной систем у детей
4. Критерии биологического возраста у детей раннего возраста.
5. Определение костного возраста ребенка, его значение в биологической зрелости
6. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов у детей.
7. Формула для расчета молочных и постоянных зубов у детей.
8. Точки окостенения и сроки их появления.
9. Значимость оценки состояния родничков для детей раннего возраста.
10. Формирование физиологических изгибов позвоночника.
11. Патологические изгибы позвоночника.
12. Современными данные о об обмене кальция и фосфора, метаболизме и действии витамина Д, паратгормона, тиреокальцитонина и цитратов в поддержании фосфорно-кальциевого гомеостаза в физиологических условиях..
13. Патогенез рахита.
14. Классификация рахита.
15. Клинические и биохимические проявления рахита в зависимости от степени тяжести, периода болезни и течения.
16. критерии диагностики рахита.
17. Особенности течения рахита в настоящее время.
18. методы профилактики и лечения рахита.
19. Рахитоподобные заболевания: основные клинические проявления и принципы дифференциальной диагностики с рахитом.

2. Практическая подготовка

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача №1. Осмотрена девочка 9 мес., из многодетной семьи, живущей в плохих материально-бытовых условиях, родилась недоношенной с массой тела 2100 г, длиной 44 см, от 7-й беременности, протекавшей с анемией и многоводием, преждевременных родов на сроке 34 недели. Закричала после отсасывания слизи, оценка по Апгар 6/8 баллов. Выписана через 4 нед после лечения в отделении недоношенных по поводу пневмонии. Питание девочки неполноценное. Прикормы вводились с нарушением сроков, мясного прикорма не получает. Детскую поликлинику мать посещает нерегулярно, прививки - с нарушением графика. При вакцинации АКДС в процедурном кабинете девочка вскрикнула и посинела, отмечалось кратковременное апноэ, мышечная гипотония.

При объективном исследовании: масса тела 7000 г, длина 63 см; кожа бледная, единичные синяки на конечностях; зев чистый, зубов нет. Форма головы «квадратная», грудная клетка килевидная, выражены реберные «четки». Сидит неустойчиво, стоит с поддержкой. Пульс 128 уд/мин, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум функционального характера в точке Боткина.

Над легкими при перкуссии легочный звук, дыхание пуэрильное. Частота дыхания 32 в 1 мин. Живот мягкий, печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, пальпируется край селезенки. Стул 1 раз в день. Дизурических расстройств нет. Определяются симптомы Труссо, Люста, Хвостека.

Вопросы:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Оказать неотложную помощь.
3. Предложить план обследования и лечения.

Эталон ответа к задаче №1:

1. Диагноз: Рахит II степени тяжести, подострое течение. Спазмофилия (ларингоспазм). Дистрофия типа гипотрофии I степени, смешанной этиологии. Диагноз рахита устанавливается на основании типичных костных изменений: «квадратная голова», килевидная деформация грудной клетки, реберные «четки», слабости связочного аппарата суставов. Выраженность изменений костей скелета, гипотония мышц, отсутствие зубов, задержка психомоторного развития ребенка позволяют думать о II степени тяжести рахита и периоде разгара заболевания. Этому способствовали плохие бытовые условия, нерациональное вскармливание и отсутствие профилактики рахита у ребенка, родившегося недоношенным. Перечисленные факторы являются также причинами гипотрофии. Бледность кожных покровов и слизистых позволяет определить анемию. Причина кратковременного апноэ – спазмофилия.

2. Неотложная помощь при спазмофилии: восстановление дыхания, введение в/в глюконата кальция 10% -1,0 мл.

3. Для уточнения степени тяжести анемии и активности рахитического процесса показано определение содержания кальция, фосфора и щелочной фосфатазы, содержание железа в сыворотке крови, клинический анализ крови, исследование мочи по Сулковичу (проба на кальциурию), консультация невропатолога.

Лечение ребенка должно быть комплексным и включать рациональное, полноценное вскармливание с заменой каш на овощное пюре, введение мясного прикорма, создание условий для полноценного ухода, достаточное пребывание на свежем воздухе, ежедневные гигиенические ванны.

Медикаментозная терапия должна включать препараты кальция, поливитамины, витамин Д из расчета 2000 МЕ/сут (30 дней с последующим переходом на профилактическую дозу под контролем пробы Сулковича). Если такое лечение не может быть проведено в домашних условиях, необходимо госпитализировать ребенка по «бытовым» показаниям в клинику.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача №2. Девочка Оля М., родилась 25 октября. Ребенок от первых родов, протекавших без патологии, вес при рождении 3 кг. В настоящее время возраст 6 мес., вес 8,5 кг. Вскармливание осуществляется цельным молоком с 2 мес. В питании преобладают каши. Овощи девочка ест плохо. Самостоятельно не сидит. При осмотре наблюдаются выраженные лобные и теменные бугры, пальпируются «реберные четки», борозда Гarrisона. Мышечный тонус снижен. Печень на 1,5 см выступает из-под реберной дуги. Со стороны сердца и легких отклонений не выявлено. Витамин Д не получает.

Вопросы:

1. Поставить диагноз.
2. Указать факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания.
3. Назначить дополнительные исследования для уточнения диагноза.
4. Наметить план лечебных мероприятий.

Задача №3. Ребенку 3 года. Жалобы со слов родителей на сниженный аппетит, в суставах боль; периодически возникающие, внезапно тошноту, рвоту у ребенка. Отмечается ухудшение состояния при употреблении мясной пищи. Периодически у ребенка возникают ночные страхи. С рождения ребенок беспокойный. При обследовании ребенка: психическое развитие опережает возрастные нормы, ребенок имеет низкую массу тела, отмечается запах ацетона изо рта. На коже конечностей отмечается папулезная сыпь, зудящая, расчесы.

Вопросы:

1. Поставить предварительный диагноз.
2. Провести дифференциальную диагностику.

Задача №4. Миша В. родился с массой 3000г., длиной тела 52см. Сейчас ему 8 месяцев. С 3-х месяцев ребенок находится на искусственном вскармливании, кормится цельным коровьим молоком и манной кашей. В настоящее время его масса 11100г., длина тела 72см. Мальчик вялый, самостоятельно не сидит, в кроватке не встает.

Вопросы:

1. Как следует оценить состояние питания у данного больного?
2. Какие дополнительные диагностические исследования следует провести?
3. Какие организационные и лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту?
4. Составьте схему диспансерного наблюдения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Формирование физиологических изгибов позвоночника. Патологические изгибы позвоночника.
2. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов у детей. Формула для расчета молочных и постоянных зубов у детей.
3. Значимость оценки состояния родничков для детей раннего возраста.
4. Точки окостенения и сроки их появления.
5. Определение, этиология и патогенез рахита.
6. Функции витамина D. Функции паратгормона.
7. Классификация, клиника и диагностика рахита.
8. Дифференциальный диагноз с рахитоподобными заболеваниями.
9. Лечение и профилактика рахита.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля:**

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. Для рахита характерен:

- а) метаболический ацидоз
- б) дыхательный ацидоз
- в) алкалоз

2. В связывании и накоплении кальция участвует:

- а) лимонная кислота
- б) уксусная кислота
- в) янтарная кислота

3. Соотношение уровня кальция и фосфора в крови в норме равно:

- а) 2:1
- б) 1:2
- в) 3:1

4. 25-гидрохолекальциферол образуется в:

- а) почках
- б) печени
- в) кишечнике

5. 1,25-дигидрохолекальциферол образуется в:

- а) почках

- б) печени
 - в) кишечнике
6. Для начального периода рахита характерна следующая рентгенологическая картина:
- а) прерывистое уплотнение зон роста
 - б) нормальная оссификация костей
 - в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
 - г) незначительный остеопороз
7. Для разгара рахита характерна следующая рентгенологическая картина:
- а) прерывистое уплотнение зон роста
 - б) нормальная оссификация костей
 - в) расширение и размытость зон роста, блюдцеобразные эпифизы костей
 - г) незначительный остеопороз
8. В период разгара рахита наблюдается:
- а) мышечная гипертония
 - б) краниотабес
 - в) судорожный синдром

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

9. На фосфорно-кальциевый обмен в организме влияют:

- а) 1,25-дигидрохолекальциферол
- б) соматотропный гормон
- в) кальцитонин
- г) кортикостероиды
- д) паратгормон

10. Витамин Д содержится в:

- а) желтке
- б) печени трески
- в) овощах
- г) хлебе грубого помола
- д) мясе

11. Профилактика рахита включает следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D3 по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D3 по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D3 по 500-1000 МЕ ежедневно

12. Для начального периода рахита показаны следующие мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D3 по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D3 по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D3 по 500-1000 МЕ ежедневно

13. Для рахита периода разгара показаны следующие лечебные мероприятия:

- а) массаж, гимнастика
- б) цитратная смесь по 1 ч.л. 3 раза в день
- в) водный раствор витамина D3 по 500 МЕ через день
- г) водный раствор витамина D3 по 2-3 тыс. МЕ ежедневно
- д) водный раствор витамина D3 по 500-1000 МЕ ежедневно

14. Для начального периода рахита характерна:

- а) плаксивость
- б) потливость
- в) костные деформации
- г) снижение аппетита
- д) раздражительность
- е) повышенная судорожная готовность

Эталоны ответов к тесту:.

1 а. б.г ; 2.а; 3.а; 4.б; 5.а; 7.в; 8.б; 9.а,в,г,д; 10.а,б,д; 11.а,б,в; 2.а,б,д; 13.а,б,г; 14.а,б,г,д

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.2: Атопический дерматит. Хронические расстройства питания.

Распространенность, этиология, патогенез, классификация, клинические формы, диагностика, лечение атопического дерматита. Хронические расстройства питания. Организация режима питания

Цель занятия: Закрепление знаний и умений по диагностике атопического дерматита и хронических расстройств питания, профилактике этих заболеваний и назначению лечебных мероприятий.

Задачи: Ознакомить студентов с современными данными особенностях современного течения атопического дерматита и хронических расстройств питания у детей. Закрепить у студентов навыки по методике обследования детей, проведению дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования. Обучить студентов установлению клинического диагноза, симптоматической и патогенетической терапии больных на основании изучения этиологии, патогенеза, клинических

проявлений, результатов исследования клинико-лабораторных и биохимических показателей атопического дерматита и хронических расстройств питания у детей..

Обучающийся должен знать: причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при атопическом дерматите и хронических расстройствах питания; правила проведения клинического, лабораторного и инструментального обследования, классификацию данных заболеваний в соответствии с МКБ X, стандарты и протоколы лечения и профилактики

Обучающийся должен уметь: проводить осмотр с оценкой состояния и самочувствия ребенка, оценивать состояние и самочувствие ребенка, выявлять патологические симптомы и синдромы со стороны органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей. Определять клинические, лабораторные и инструментальные признаки атопического дерматита и хронических расстройств питания, определять показания к проведению дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования при наличии признаков заболевания. Устанавливать и формулировать клинический диагноз в соответствии с клиническими данными и классификацией. Самостоятельно назначать лечение ребенку с атопическим дерматитом и хроническими расстройствами питания, давать рекомендации по профилактике атопического дерматита и хронических расстройств питания.

Обучающийся должен владеть: навыками объективного осмотра ребенка с оценкой состояния и самочувствия, наличия патологических симптомов и синдромов, навыками оценки состояния и самочувствия ребенка. Навыками выявления симптомов атопического дерматита и хронических расстройств питания. Навыками самостоятельно назначать и интерпретировать лабораторное и инструментальное обследование для постановки диагноза. Вырабатывать и закреплять навыки обоснования и формулирования клинического диагноза заболевания в соответствии со стандартами и классификацией. Вырабатывать и закреплять навыки профилактики, лечения и оценки эффективности врачебных рекомендаций..

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Атопический дерматит. Распространенность. Этиология.
2. Патогенез атопического дерматита.
3. Классификация атопического дерматита.
4. Клинические формы атопического дерматита.
5. Атопический дерматит. Диагностика,
6. Лечение атопического дерматита.
7. Организация режима питания.
8. Лечебная косметика по уходу за кожей ребенка с атопическим дерматитом.
9. Определение хронических расстройств питания, основные виды.
10. Определение гипотрофии и паратрофии. Этиопатогенез.
11. Клинико-диагностические признаки гипотрофии и паратрофии у детей.
12. Классификация гипотрофии и паратрофии у детей.
13. Принципы лечения и профилактики хронических расстройств питания у детей.

2. Практическая подготовка

Выполнение практических заданий (решение ситуационных задач, тестовых заданий)

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. У мальчика 2,5 лет, после употребления в пищу ухи появился зуд и отек в области губ, жжение языка, необильная уртикарная сыпь на лице, боли в животе и расстройство стула. Из анамнеза известно, что впервые изменения на коже в виде покраснения на щеках, ягодицах, в естественных складках появились в 3 месяца после введения в пищу адаптированной молочной смеси, был переведен на гипоаллергенную смесь – высыпания на коже уменьшились, но совсем не прошли. После года кожные высыпания стали распространенными, занимали большую площадь поверхности кожи, беспокоит выраженный зуд. При соблюдении гипоаллергенной диеты кожа становилась

чистой. Мать больного страдает бронхиальной астмой. При осмотре: больной повышенного питания. Кожные покровы сухие, отмечается диффузное шелушение. Кожа на щеках, в подколенных ямках, на запястьях гиперемирована, инфильтрирована, с мокнутием и корками. Слизистая рта чистая, язык "географический". В легких дыхание пуэрильное. Живот мягкий, определяется урчание по ходу толстой кишки. Стул неустойчивый, жидкий, с примесью светлой слизи. **Общий анализ крови:** Нв - 112 г/л, Эр - $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 34%, э - 12%, л - 45%, м - 4%, СОЭ - 6 мм/час. **Специфический JgE:** титр антител к рыбе 1:280 (норма 1:30), к белку коровьего молока 1:920 (норма 1:80). **Радиоаллергосорбентный тест (РАСТ):** уровень общего IgE в сыворотке крови 910 МЕ/л (норма - до 100 МЕ/л).

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы механизмы развития аллергических реакций?
3. Назначьте лечение.
4. Чем характеризуется аллергическая реакция I типа (немедленного)?
5. Назовите принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока.

Эталон ответа к задаче № 1

1. Диагноз. Пищевая аллергия: острая крапивница, синдром оральной аллергии, аллергический энтерит. Атопический дерматит, распространенный, среднетяжелое течение, обострение.
2. Механизмы развития аллергических реакций:
 - Проникновение антигена во внутреннюю среду организма в результате нарушения целостности биологических мембран
 - Увеличение продукции общего и специфических JgE-антител
 - Фиксация образовавшихся JgE к специфическим рецепторам на мембранах тучных клеток и базофилов. При повторном поступлении АГ (аллерген) распознается фиксированными на тучной клетке (ТК) антителами, происходит активация тучной клетки с высвобождением предсуществующих медиаторов (медиаторов, которые там уже находились), в том числе гистамина, серотонина, кининов, которые обуславливают развитие ранней (или быстрой) фазы аллергического ответа. Некоторые из них (например, гистамин) вызывают внешние клинические проявления: сокращение гладких мышц, повышение сосудистой проницаемости, гиперсекреция слизи, стимуляция нервных окончаний. Другие видоизменяют состояние ткани, подготавливая ее к пролонгации процесса аллергической реакции. Некоторые медиаторы обладают противогистаминной активностью и способностью ингибировать действие лейкотриенов. Таким образом, предсуществующие в ТК медиаторы вызывают, во-первых, внешние проявления аллергической реакции, во-вторых, подготавливают ткань к пролонгации всего аллергического процесса, в-третьих, оказывают в какой-то степени сдерживающее влияние на дальнейшее продолжение аллергической реакции, что может привести к спонтанному завершению аллергического процесса.
 - Несколько позже в ходе активации ТК образуются новые медиаторы - простагландины, тромбоксан, лейкотриены, фактора активации тромбоцитов, которые участвуют в формировании поздней фазы аллергического ответа (они способствуют развитию хронического аллергического воспаления, усилению неспецифической гиперреактивности и поддержанию обострений).

3. Лечение:

- диетотерапия
- контроль за окружающей средой
- антигистаминные препараты 2 поколения (цетиризин по 5 кап x 2 раза в день) длительно – до 3 месяцев, мембранстабилизирующие (налкром 100 мг (1 капсула) x 3 раза в день за 30 мин до еды - предупреждает развитие аллергических реакций на уровне ЖКТ)
- препараты, улучшающие функцию органов пищеварения (панкреатин 0,25 г x 3 раза перед едой)
- наружная терапия - эмульсия Адвантан, лечебная косметика (локобейз липокрем, топикрем, экзотрема и т.д.).

4. Аллергическая реакция I типа (немедленного)? При реакции I типа сенсибилизация тканей связана с фиксацией комплексов антител-реагинов (IgE - главного компонента аллергической реакции немедленного типа) антигенов на поверхности ТК и выбросом ими биологическиактивных веществ (гистамина, серотонина) или синтезом последних другими клетками. Реагирование этого типа лежит в основе атопии. Б/а вещества обуславливают развитие ранней (или быстрой) фазы аллергического ответа. Некоторые из них (например, гистамин) вызывают внешние клинические проявления: сокращение гладких мышц, повышение сосудистой проницаемости, гиперсекреция слизи, стимуляция нервных окончаний (зуд).

5. Принципы питания детей 1-го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока. Принципы вскармливания детей 1 го года жизни с аллергией к белкам коровьего молока: аминокислотные смеси (Неокейт) до 6 недель, затем гидролизаты казеина или сывороточных белков (Пепти ТСЦ, Алфаре, Нутрамиген, Прегестемил) до 6 месяцев, затем молочные смеси, при ухудшении состояния - возврат к исходному типу питания.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. Ребёнку 8 мес. Поступил в стационар с жалобами на беспокойство, сильный зуд, неустойчивый стул и изменения со сторон кожи. Из анамнеза заболевания: мальчик болен в течение 3-х месяцев, когда после введения прикорма - 5% манной каши на коже щёк, подбородка появилась гиперемия, сопровождаемая сильным зудом. К врачу не обращались. Мать лечила ребёнка самостоятельно: купание в отварах череды, ромашки, но кожные проявления прогрессировали, и после обращения к участковому педиатру мальчик был направлен в стационар. Из анализа жизни: мальчик от 2-й беременности, 2-х срочных родов. Беременность протекала с токсикозом в 1-й и 2-й половине, угрозой прерывания. У матери ребёнка аллергия на коровье молоко, проявляющаяся изменением характера стула. Масса ребёнка при рождении 4 кг, рост 55 см, ок. головы 35 см. На естественном вскармливании до 5 мес. Со слов матери у мальчика периодически отмечались проявления гиперемии на коже щёк, подбородка после употребления красных яблок, малины, клубники. Объективно: Кожа щёк, подбородка, лба, голеней, разгибательной поверхности рук, ног гиперемирована в виде эритематозных отёчных пятен; имеются очаги мокнутия с серозно-гнойными корочками, а также пустулёзные элементы вокруг очагов. Выражен зуд в виде приступов.

Задания:

1. Поставить диагноз.
2. Какие методы диагностики можно использовать?
3. Назначить лечение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные аллергены коровьего молока. Иммунологические механизмы аллергии к белкам коровьего молока.
2. Клиническая картина и симптомы. Клинические проявления IgE-зависимой пищевой аллергии.
3. Клинические проявления не-IgE-зависимой пищевой аллергии
4. Диагностика АБКМ. Лабораторная диагностика пищевой аллергии.
5. Лечение детей с АБКМ. Показания к назначению аминокислотных смесей.
6. Атопический марш- естественный ход развития проявлений атопии. Характеристика, последовательность развития клинических симптомов атопической болезни.
7. Основные принципы предупреждения развития других форм атопической болезни. Виды непереносимости пищи.
8. Этиология пищевой аллергии. Наиболее распространенные пищевые аллергены и их антигенные свойства.

9. Патогенез пищевой аллергии .
10. Клинические проявления атопического дерматита.
11. Диагностика Атопический дерматит. Аллергоanamнез. Роль пищевого дневника в диагностике.
14. Элиминационные тесты (гипоаллергенная диета, безбелковая, безмолочная диета, диагностическое голодание).
- 3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля** (привести тестовые задания, ответы разместить после тестов)
1. Для острой фазы атопического дерматита характерны:
- А) зуд, эритематозные папулы и везикулы
 - Б) кожная эритема
 - В) значительные эксфолиации с эрозиями
 - Г) утолщенные бляшки
 - Д) выделение серозного экссудата
2. Для хронической фазы атопического дерматита характерно:
- А) утолщенные бляшки
 - Б) кожная эритема
 - В) лихенификация
 - Г) фиброзные папулы
3. К вспомогательным методам лечения атопического дерматита относят: а) энтеросорбцию
- Б) лечебный плазмаферез
 - В) фототерапию
 - Г) цитостатики
 - Д) антибиотики, витамины
 - Е) иммуномодуляторы, пробиотики
4. Мазь гидрокортизона при лечении атопического дерматита относят к:
- А) слабым глюкокортикоидам
 - Б) глюкокортикоидам средней силы
 - В) сильным глюкокортикоидам
 - Г) очень сильным глюкокортикоидам
5. Мазь адвантана при лечении атопического дерматита относят к:
- А) слабым глюкокортикоидам
 - Б) глюкокортикоидам средней силы
 - В) сильным глюкокортикоидам
 - Г) очень сильным глюкокортикоидам
6. Частота атопического дерматита в развитых странах составляет:
- А) 0,5%
 - Б) 1-3%
 - В) 4-8%
 - Г) 9-10%
 - Д) 10-15%
7. Аллергены, значение которых в развитии атопического дерматита научно доказано:
- А) молоко
 - Б) плесневые грибы
 - В) микоплазмы
 - Г) стафилококки
 - Д) пылевые клещи
8. Неаллергенными триггерами атопического дерматита являются:
- А) климат
 - Б) пылевые клещи
 - В) острая и кислая пища
 - Г) эмоциональный стресс

д) хронические заболевания

9. В патогенезе атопического дерматита имеет значение:

- а) образование ige -антител
- б) выработка интерлейкинов (il4 , il5 , il13)
- в) выделение гистамина

Г) выделение биологически активных веществ базофилами, эозинофилами

Д) инфицирование кожи стафилококками

10. Младенческий период атопического дерматита включает детей в возрасте:

- а) от 1 до 3-х мес.
- Б) от 4-х мес до 1 года
- В) от 1 года до 1,5 лет
- Г) до 2-х лет

12. К основным критериям атопического дерматита относят:

- А) зуд
- Б) экзему
- В) наличие у ближайших родственников бронхиальной астмы
- Г) хроническое или рецидивирующее течение заболевания.
- Д) типичные морфологические элементы и локализацию

13. Для оценки степени тяжести атопического дерматита используют:

- а) выраженность зуда
- Б) распространенность патологического процесса
- В) характер дермографизма
- Г) частоту обострений

14. Для лечения тяжелого атопического дерматита гипоаллергенные смеси: а) используют

Б) не используют

15. В питании детей с тяжелым атопическим дерматитом применяют смеси:

- А) нан гипоаллергенный
- Б) алфаре
- В) нутрилон пепти тсц
- Г) нутрамиген

16. Для профилактики атопического дерматита применяют:

- А) гипоаллергенные условия быта
- Б) борьба с пассивным курением
- В) раннее введение прикормов
- Г) исключение из питания продуктов коровьего молока
- Д) использование гипоаллергенных смесей

17. При остром воспалении без мокнутия у детей с атопическим дерматитом используют:

- а) водные болтушки
- Б) кремы в) липокремы
- Г) пасты
- Д) аэрозоли

18. При тяжелом течении атопического дерматита с мокнутием применение крема «элидел»:

- а) показано
- Б) не показано

19. В острой фазе атопического дерматита с мокнутием назначают:

- а) мазь «адвантан»
- Б) крем «элидел»
- В) мазь «ларинден с»
- Г) эмульсию «элоком»

20. Элоком при лечении атопического дерматита разрешен к применению с:

- а) 6 мес
- б) 1 года
- в) 2-х лет

22. Кормление детей с тяжелым атопическим дерматитом на искусственном вскармливании проводится:

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

23. Введение прикорма детям, угрожаемым по развитию атопического дерматита начинают с:

- а) 4 мес
- б) 5 мес
- в) 6 мес

Эталоны ответов по теме «Атопический дерматит. Пищевая аллергия»

1. а,б,в,д 13. а,б,г 2. а,в,г 14. б 3. а,б,в,г,д,е 15. б,в,г 4. а 16. а,б,г,д 5. в 17. б,в,г,д 6. д 18. б 7. а,б,г,д 19. г 8. а,в,г,д 20. а 9. а,б,в,г,д 21. а,б,в,г 10. г 22. в 11. а,б,г,д 23. в 12. а,б,г,д 24. б,в,д

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Препедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.3: Особенности кроветворения у детей. Дефицитные анемии.

Цель занятия: Закрепление знаний и умений по диагностике заболеваний гематологического профиля и составлению плана лечебно-профилактических мероприятий у детей с заболеваниями крови.

Задачи: Ознакомить студентов с особенностями внутри- и внеутробного кроветворения, нормативными показателями периферической крови в различные возрастные периоды. Научить методам обследования детей с заболеваниями крови. Обучить студентов распознаванию основных симптомов поражения органов кроветворения у детей, на основании этих данных выделять основные синдромальные комплексы. Обучить студентов установлению клинического диагноза железодефицитной анемии, дифференциальной диагностике железодефицитной анемии с анемиями иного генеза, симптоматической и патогенетической терапии больных на основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, результатов гематологических исследований.

Обучающийся должен знать: причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при анемиях; правила проведения клинического, лабораторного и инструментального обследования, классификацию заболеваний в соответствии с МКБ X. Стандарты и протоколы лечения.

Обучающийся должен уметь: проводить опрос, общий и локальный осмотр пациента с применением общих клинических методов диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), поставить предварительный и окончательный диагноз; наметить объем необходимых лабораторных, инструментальных исследований. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом тяжести и течения болезни; подобрать и назначить лекарственную терапию

Обучающийся должен владеть: алгоритмом постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Внутритропное кроветворение, основные стадии.
2. Внеутробное кроветворение.
3. Физико-химические свойства крови (общее количество, относительная плотность, вязкость, кислотно-щелочное равновесие).
4. Биохимические свойства крови (белки, липиды, глюкоза, электролиты, ферменты, холестерин, билирубин и др.)
5. Особенности состава периферической крови детей различного возраста.
6. Возрастные особенности эритроцитов у детей (размеры, осмотическая резистентность, длительность жизни, цветной показатель, ретикулоциты, нормобласты). Кривая Прайс-Джонса.
7. Возрастные особенности лейкоцитов у детей (их количество, лейкоцитарная формула, 1 и 2 перекресты).
8. Тромбоциты, их количество, длительность кровотечения, время свертывания крови.
9. Особенности свертывающей системы крови у детей. Коагулограмма.
10. Показание к проведению костномозговой пункции. Миелограмма.
11. Методика исследования системы крови и кроветворения у детей.
12. Особенности жалоб и данных анамнезов у детей с поражением системы крови.
13. Лабораторные и инструментальные методы исследования.
14. Классификация анемий.
15. Этиология, патогенез.
16. Развитие дефицита железа в организме (прелатентный, латентный дефицит железа, железодефицитная анемия).
17. Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железодефицитной анемии.
18. Общие принципы лечения железодефицитной анемии.
19. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий.
20. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.
21. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями крови.
22. Основные жалобы при поражении крови у детей.
23. Анемии, классификация, этиология, патогенез.
24. Метаболизм железа в организме. Развитие дефицита железа в организме (пренатальный, натальный дефицит железа, железодефицитная анемия).
25. Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железодефицитной анемии
26. Общие принципы лечения железодефицитной анемии. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.
27. Гемолитические анемии: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения. Наследственный микросфероцитоз.
28. Гемоглобинопатии: причины развития, географическая распространенность, клиника, диагностика, лечения.

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: определение возраста ребенка по нормальным показателям клинического анализа крови.

Определение патологии по клиническому анализу крови, коагулограмме, миелограмме, биохимическому анализу крови.

Курация детей с анемиями различной этиологии: диагностика, назначение комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии:

Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1. Наташа К., 10 месяцев, наблюдается в детской поликлинике с возраста 25 дней после выписки из отделения выхаживания недоношенных детей. Из анамнеза жизни известно, что девочка от 3 беременности, протекавшей с токсикозом 1 и 2 половины, угрозой прерывания в 26-27 недель, анемией 1 ст. с 32 недель. Матери 28 лет, страдает хроническим пиелонефритом (во время беременности обострение в 26 недель – стационарное лечение). Роды 2, преждевременные (в 35-36 недель), быстрые. 1 беременность закончилась медицинским абортom (за 5 месяцев до наступления настоящей беременности). Масса при рождении 2350 г, длина 43 см, окружность головы 31 см, окружность грудной клетки 29 см. Оценена по шкале Апгар 6-7 баллов. Однократно болела ОРВИ с явлениями бронхита. На естественном вскармливании до 1,5 месяцев, далее смесь «АГУ». В настоящее время мама девочки предъявляет жалобы на снижение аппетита, бледность. Объективно состояние девочки расценивается как средней степени тяжести. Пониженного питания. Кожа чистая, бледная, суховата. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Со стороны сердца выслушивается систолический шум функционального характера. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. *Данные дополнительных методов исследования:* Общий анализ крови – эритроциты $3,05 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л, ц.п. 0,6, лейкоциты $7,2 \times 10^9/л$, э – 4%, п – 3%, с – 37%, м – 10%, л – 46%, СОЭ 16 мм/ч, ретикулоциты 15%. Общий анализ мочи – цвет соломенно-желтый, прозрачная, удельный вес 1010, сахар, белок нет, лейкоциты 3-4 в п/зр. Биохимический анализ крови – белок 59 г/л, железо 5,6 ммоль/л

Задания:

1. Поставьте диагноз (указать основные диагностические критерии для каждой нозологической единицы).
2. Перечислите неблагоприятные факторы анамнеза жизни, которые могли способствовать формированию хронической патологии.
3. Перечислите дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза у данного ребенка.
4. Перечислите основные принципы лечения данного заболевания.
5. Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
6. Перечислите основные побочные действия препаратов железа.

Эталон ответа:

1. Железодефицитная анемия, тяжелая.

Железодефицитная анемия:

- анамнестические данные – имеются факторы, предрасполагающие к развитию дефицита железа
- клинические данные - анемический и сидеропенический синдромы
- общий анализ крови – гипохромная анемия
- биохимический анализ крови – снижение уровня сывороточного железа

Тяжелая: общий анализ крови – снижение эритроцитов до $3,05 \times 10^{12}/л$, гемоглобина до 62 г/л

2. Формированию данной патологии у ребенка могли способствовать следующие неблагоприятные факторы анамнеза жизни:

- токсикоз в течение всей беременности (большее значение для формирования анемии имеет токсикоз второй половины, при котором отмечается хроническая фетоплацентарная недостаточность, нарушающая процесс всасывания, в частности железа);

- анемия у матери с 32 недель беременности;
 - обострение хронического пиелонефрита во время беременности;
 - недоношенность
 - предшествующая беременность, закончившаяся медицинским абортom (за 5 месяцев до наступления настоящей беременности)
 - ранний перевод на искусственное вскармливание.
 - Для уточнения диагноза необходимо провести:
 - клинический анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов и ретикулоцитов;
 - морфологическое исследование эритроцитов;
 - биохимический анализ крови с определением железа, железосвязывающей способности сыворотки, уровня ферритина, белка и белковых фракций, билирубина и его фракций.
 - Принципы лечения железодефицитной анемии:
 - диетотерапия (использование в рационе продуктов, богатых железом)
 - предпочтение необходимо отдавать пероральному назначению препаратов железа
 - суточная доза элементарного железа составляет 5-6 мг/кг, разделенная на 3 приема
 - в первые дни лечения для установления переносимости препарата доза может быть уменьшена в 2 раза
 - длительность ферротерапии должна составить не менее 10-12 недель
 - препараты железа даются в промежутках между едой и запиваются свежими фруктовыми и овощными соками, нельзя запивать молоком
 - для усиления эффективности ферротерапии одновременно с препаратами железа можно назначить витамины Е и С
 - при непереносимости пероральных форм железа, наличии патологии кишечника с нарушенным всасыванием необходимо использовать парентеральные формы препаратов железа
3. Цветовой показатель отражает относительное содержание гемоглобина в эритроцитах, эмпирически вычисляется по формуле «тройки» - гемоглобин пациента (г/л) умножается на 3 и делится на первые три цифры эритроцитов (при этом запятая опускается).

Например: эритроциты $3,05 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л

$$ЦП = (62 \times 3) : 305 = 0,6$$

4. Побочные действия препаратов железа.

Побочные и нежелательные явления при пероральной ферротерапии в основном связаны с превышением рекомендуемых доз и чаще проявляются нетяжелыми диспепсическими нарушениями.

В целом же при использовании препаратов железа возможно развитие следующих неблагоприятных проявлений:

Побочные эффекты перорального и парентерального путей введения	Побочные эффекты парентерального пути введения
Диарея	Анафилактический шок
Кожный зуд	Абсцесс в месте введения при парентеральном
Гиперемия кожи	Лихорадка
Тошнота, рвота	Аритмии
Снижение аппетита	Гематурия
Аллергический дерматит	Гемосидероз
	Боли в поясничной области

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 2. Наташа К., 10 месяцев. Масса 9 кг. В общем анализе крови выявлена железодефицитная анемия тяжелой степени (эритроциты $3,05 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л). *Задания*

1. Перечислите принципы диетотерапии при железодефицитной анемии.

2. Назначьте лечение с использованием ферросодержащего препарата для перорального применения.

Задача 3. Наташа К., 10 месяцев. Масса 9 кг. В общем анализе крови выявлена железодефицитная анемия тяжелой степени (эритроциты $3,05 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 62 г/л). У девочки на фоне перорального приема препаратов железа развился выраженный диспепсический синдром, диарея. *Задания*

1. Назначьте лечение с использованием ферросодержащего препарата для парентерального применения.
2. Перечислите показания для проведения трансфузии эритроцитсодержащих препаратов при ЖДА.

Задача 4. Больная А., 12 лет, поступила в отделение с жалобами на носовые кровотечения. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 месяцев девочка стала часто болеть, заболевания сопровождались повышением температуры до фебрильных цифр, снизился аппетит, ребенок стал часто уставать. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Температура субфебрильная. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. На лице, передней поверхности грудной клетки, на слизистых оболочках полости рта многочисленные петехиальные элементы, отмечается незначительное кровотечение из десен. В носовых ходах геморрагические корочки. Периферические лимфатические узлы мелкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца учащены, на верхушке выслушивается нежный систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Моча обычной окраски. Общий анализ крови: гемоглобин – 72 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты – 0,2%, тромбоциты – единичные, лейкоциты – $1,3 \times 10^9/л$, п – 1%, с – 4%, л – 95%, СОЭ 35 мм/час. Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, бластные клетки – отсутствуют, гранулоцитарный росток 11%, эритроидный росток 8%, мегакарициты не найдены. Общий анализ мочи: цвет желтый, удельный вес 1018, белок следы, эпителий 2-4 в п/зр., цилиндры – нет, слизь – нет, бактерии – нет. *Задания*

1. О каком заболевании может идти речь у данной больной?
2. Какие исследования необходимо еще провести и какие изменения Вы ожидаете увидеть?
3. При каком заболевании может быть аналогичная гемограмма?
4. Профилактику каких неотложных состояний и каким образом необходимо проводить у данной больной?

Задача 5. Девочка М., 3,5 лет, поступила в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, бледность и желтушность кожи, лихорадку, темную окраску мочи. Из анамнеза заболевания известно, что ребенок болен около 2 недель, когда появились кашель, слизистые выделения из носа, температура $38,5^{\circ}C$. Получала аналгин, бисептол. 4-5 дней назад родители заметили нарастание слабости, ребенок стал сонлив, появилась темная моча. Участковым педиатром заподозрен инфекционный гепатит. Анамнез жизни без особенностей. При поступлении состояние очень тяжелое. Сознание спутанное. Резкая бледность кожных покровов, иктеричность склер. Со стороны сердца выслушивается систолический шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, селезенка – на 3 см, пальпация их слегка болезненна. Мочится хорошо. Моча цвета «темного пива». Стул был вчера, окрашенный. Общий анализ крови: гемоглобин 55 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}/л$, Ц.П. 0,98, ретикулоциты 11%, тромбоциты $230 \times 10^9/л$, лейкоциты $12,3 \times 10^9/л$, миелоциты 1%, п – 7%, с – 56%, э – 1%, л – 30%, м – 5%, СОЭ 45 мм/ч, выражен анизоцитоз, в некоторых полях зрения встречаются микроциты. Биохимический анализ крови: общий белок 70 г/л, мочевины 3,7 ммоль/л, креатинин 60 ммоль/л, билирубин: прямой 7 мкмоль/л, не прямой 67,2 мкмоль/л, свободный гемоглобин 0,1 мкмоль/л, калий 4,0 ммоль/л, АСТ 28 Ед/л, АЛТ 30 Ед/л. Общий анализ мочи: уробилин положительный, свободный гемоглобин отсутствует, белок – 0,33%, лейкоциты 1-2 в п/зр. Проба Кумбса с эритроцитами положительная

Задания

1. Сформулируйте предварительный диагноз и укажите основные диагностические критерии данного заболевания.
2. Какой вид гемолиза при данном заболевании?
3. Терапевтическая тактика.
4. Дифференциальный диагноз.

Задача 6. Мальчик Ю., 2,5 лет, поступил в отделение с жалобами на появившуюся желтушность кожных покровов. Из анамнеза известно, что мальчик родился от первой, нормально протекавшей беременности, срочных родов. При рождении отмечалась длительная выраженная желтушность кожных покровов, по поводу чего проводилось заменное переливание крови. Когда ребенку было 7 месяцев, родители заметили, что он немного пожелтел, но к врачу не обратились. Три дня назад у мальчика повысилась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, он пожелтел. В поликлинике был сделан анализ крови, в котором была выявлена анемия – гемоглобин 72 г/л. Из семейного анамнеза известно, что мать здорова, а у отца периодически желтеют склеры. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Мальчик вялый, сонливый. Кожа и слизистые оболочки бледные с иктеричным оттенком. Обращает на себя внимание деформация черепа: башенный череп, седловидная переносица, готическое небо. Периферические лимфатические мелкие, подвижные. Тоны сердца учащены, выслушивается систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка +4 см из-под края реберной дуги. Стул и моча интенсивно окрашены. Общий анализ крови: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.П. 1,1, ретикулоциты 16%, лейкоциты $10,2 \times 10^9/\text{л}$, п – 2%, с – 45%, э – 3%, л – 37%, м – 13%, СОЭ 24 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок 82 г/л, билирубин: прямой – нет, непрямой 140,4 мкмоль/л, свободный гемоглобин отсутствует 60% эритроцитов имеют сферическую форму.

Задания

1. О каком диагнозе идет речь?
2. Какой вид гемолиза при этом заболевании?
3. Какой метод лечения является оптимальным при этом заболевании? Показан ли он данному больному?
4. Перечислите осложнения при этом заболевании.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Вопросы для самоконтроля:

1. Внутритробное кроветворение, основные стадии.
2. Внеутробное кроветворение.
3. Физико-химические свойства крови (общее количество, относительная плотность, вязкость, кислотно-щелочное равновесие).
4. Биохимические свойства крови (белки, липиды, глюкоза, электролиты, ферменты, холестерин, билирубин и др.)
5. Возрастные особенности эритроцитов у детей (размеры, осмотическая резистентность, длительность жизни, цветной показатель, ретикулоциты, нормобласты). Кривая Прайс-Джонса.
6. Возрастные особенности лейкоцитов у детей (их количество, лейкоцитарная формула, 1 и 2 перекресты).
7. Тромбоциты, их количество, длительность кровотечения, время свертывания крови.
8. Особенности свертывающей системы крови у детей. Коагулограмма.
9. Показание к проведению костномозговой пункции. Миелограмма.
10. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями крови.
11. Основные жалобы при поражении крови у детей.
12. Анемии, классификация, этиология, патогенез.
13. Метаболизм железа в организме. Развитие дефицита железа в организме (пренатальный, натальный дефицит железа, железodefицитная анемия).
14. Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железodefицитной анемии
15. Общие принципы лечения железodefицитной анемии. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.
16. Гемолитические анемии: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения. Наследственный микросфероцитоз.

17. Гемоглобинопатии: причины развития, географическая распространенность, клиника, диагностика, лечения.

3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:

Укажите один правильный ответ:

1. Первые клетки крови во внутриутробном периоде появляются в возрасте:

- а) 3-4 недель
- б) 3-4 месяцев
- в) 6 месяцев

2. У больного с тромбоцитопенией:

- а) время кровотечения резко повышено, время свертывания изменено мало
- б) время свертывания резко повышено, время кровотечения изменено мало
- в) в одинаковой степени повышено и то, и другое
- г) и то, и другое – в пределах нормы

3. Укажите главное звено патогенеза первой стадии острой постгеморрагической анемии:

- а) повреждение сосуда
- б) уменьшение объема циркулирующей крови
- в) гипоксия гемического типа
- г) дефицит железа
- д) снижение содержания эритроцитов в крови

4. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:

- а) нормохромной
- б) гиперхромной
- в) гипохромной

5. Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется

- а) гипоплазией
- б) аплазией
- в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови

6. Уровень гемоглобина (г/л) сразу после рождения у ребенка составляет:

- а) 90-110
- б) 100-140
- в) 110-130
- г) 120-140
- д) 160-180
- е) 180-240

7. У детей старше 1 года количество лейкоцитов составляет ($\times 10^9/\text{л}$):

- а) 4-5
- б) 6-10
- в) 8 -12
- г) 10-12
- д) 16-30
- е) 12-15

8. Количество ретикулоцитов (‰) у детей, кроме периода новорожденности, составляет:

- а) 0-10
- б) 3-5

- в) 5-10
- г) 10-15
- д) 10-42
- е) 40-60

9. Время второго перекреста в лейкоцитарной формуле крови:

- а) 4-5 месяцев
- б) 2-3 года
- в) 4-5 лет
- г) 6-8 лет
- д) 10 лет

10. В миелограмме у здоровых детей количество бластных клеток составляет:

- а) менее 1%
- б) 1-5%
- в) 5-10%
- г) более 10%

Укажите все правильные ответы:

11. Гемоглобин транспортирует по крови:

- а) азот
- б) углекислый газ
- в) кислород
- г) аммиак

12. Для гемопозитической системы новорожденного характерно:

- а) функциональная лабильность
- б) функциональная устойчивость
- в) легкая ранимость
- г) возможность возврата к эмбриональному типу кроветворения
- д) склонность к процессам регенерации

13. Самый ранний период кроветворения носит название:

- а) экстрамедуллярного
- б) стадия ангиобласта
- в) печеночного
- г) внеэмбрионального
- д) медуллярного

14. Реакция оседания эритроцитов имеет следующие особенности у детей:

- а) у новорожденных ускорена
- б) у новорожденных замедлена
- в) имеет тенденцию к ускорению к 1 году
- г) с 2 лет значительно ускоряется
- д) одинакова по сравнению со взрослыми

15. Показанием для назначения препаратов железа являются:

- а) гемолитическая анемия
- б) анемия беременных
- в) пернициозная анемия

г) гипохромная анемия

д) талассемия

16. Всасывание препаратов железа нарушается при одновременном приеме с:

а) тетрациклином

б) теофиллином

в) антацидами

г) глюконатом кальция

д) левомицетином

17. При железодефицитной анемии выявляется снижение:

а) процента насыщения трансферрина

б) уровня сывороточного железа

в) уровня ферритина в сыворотке

г) концентрации гемоглобина в эритроците

д) железосвязывающей способности сыворотки крови

18. Принципами лечения железодефицитных анемий являются:

а) заместительная терапия препаратами крови

б) витаминотерапия витамином С

в) витаминотерапия витаминами группы В

г) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками

д) назначение препаратов железа

е) глюкокортикоидная терапия

19. При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляются:

а) шизоцитоз

б) анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу

в) сфероцитоз

г) пойкилоцитоз

д) мишеневидные эритроциты

20. Снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов у новорожденных обусловлено:

а) укорочением длительности жизни эритроцитов

б) синдромом гемоконцентрации

в) уменьшением продукции эритропоэтина

г) дефицитом печеночной глюкуронилтрансферазы

21. К особенностям свертывающей системы крови у новорожденных относятся:

а) снижена активность плазменных факторов

б) ускорение времени свертывания

в) низкая активность витамин-К-зависимых факторов

г) время свертывания такое же, как у взрослых

д) укорочено время кровотечения

е) низкая

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.4: Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей. Бронхиты у детей. Особенности острой пневмонии.

Цель: Изучить АФО, особенности сбора анамнеза и методику объективного обследования дыхательной системы у детей. Ознакомиться с дополнительными методами исследования дыхательной системы. Закрепить знания и умения по диагностике заболеваний органов дыхания у детей и приобрести умение составления плана лечебно-профилактических мероприятий.

Задачи: Рассмотреть АФО дыхательной системы у детей. Изучить особенности анамнеза. Обучить методике обследования детей по данной системе. Ознакомить с дополнительными методами исследования. Обучить студентов распознаванию основных симптомов поражения органов дыхания у детей, на основании этих данных выделять основные синдромокомплексы. Обучить студентов установлению клинического диагноза, дифференциальной диагностике, симптоматической и патогенетической терапии больных на основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, результатов инструментально-лабораторных исследований.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при заболеваниях дыхательной системы; правила проведения клинического, лабораторного и инструментального обследования, классификацию заболеваний в соответствии с МКБ X. Стандарты и протоколы лечения

Обучающийся должен уметь: Проводить опрос, общий и локальный осмотр пациента с применением общеклинических методов диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), поставить предварительный и окончательный диагноз; наметить объем необходимых лабораторных, инструментальных исследований. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом тяжести и течения болезни; подобрать и назначить лекарственную терапию

Обучающийся должен владеть: Алгоритмом постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Органогенез дыхательной системы.

2. Механизм первого вдоха новорожденного. Типы и частота дыхания в различные возрастные периоды. Механизм пуэрильного дыхания.
3. Анатомо-физиологические и функциональные особенности верхних дыхательных путей (нос и носоглоточное пространство, придаточные пазухи носа, глотка).
4. Анатомо-физиологические и функциональные особенности средних и нижних дыхательных путей (гортань, трахея, бронхи, легкие, плевра).
5. Особенности анамнеза у детей с бронхолегочной патологией.
6. Особенности объективного исследования детей при осмотре (цвет кожного покрова, осмотр лица, осмотр грудной клетки).
7. Особенности объективного исследования детей при пальпации (болезненность, голосовое дрожание, резистентность грудной клетки, состояние межреберных промежутков, симптом Филатова).
8. Особенности объективного исследования детей при перкуссии (общие правила и методика перкуссии, сравнительная перкуссия, топографическая перкуссия, ширина полей Кренига, экскурсия легких).
9. Особенности объективного исследования детей при аускультации (правила аускультации, виды нормального дыхания, бронхофония).
10. Функциональные методы исследования дыхательной системы (спирометрия, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия).
11. Инструментальные методы исследования дыхательной системы (спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, бронхолегочные методы, рентгенография легких).
12. Определение пневмонии. Частота распространения пневмоний в раннем возрасте. Этиология пневмонии.
13. Факторы риска развития пневмонии. Патогенез пневмонии.
14. Морфологические изменения при очаговой пневмонии.
15. Современная классификация пневмоний.
16. Клиническая картина и лечебная тактика в зависимости от вида возбудителя.
17. Критерии тяжести пневмонии.
18. Особенности клинической картины пневмонии у детей раннего возраста
19. Основные задачи лечения пневмонии.
20. Этиотропное лечение пневмонии.
21. Средства применения в комплексном лечении пневмонии.
22. Профилактика пневмоний у детей Прогноз болезни.
23. Бронхиты (острый, обструктивный, рецидивирующий) этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение.
24. Клинические проявления бронхитов.
25. Острый бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение.
26. Обструктивный бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
27. Рецидивирующий бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
28. Бронхиолит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
29. Дифференциальный диагноз острого простого и обструктивного бронхита у детей
30. Бронхиолит. Этиология и особенности патогенеза. Дифференциальный диагноз бронхиолита и пневмонии.

2. Практическая подготовка:

Выполнение практических заданий (клинические разборы) **Освоить практический навык:** Объективное обследование дыхательной системы у детей

2) Цель работы: обучить обследованию дыхательной системы у детей

3) Методика проведения работы:

Алгоритм освоения навыка

Для объективного исследования органов дыхания используют следующие методы: осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию.

Осмотр. Общий осмотр начинают с лица, затем осматривают грудную клетку. При осмотре лица обращают внимание на то, как дышит ребенок — ртом или носом, есть ли выделения из носа, какого они характера, наблюдается ли раздувание крыльев носа.

Важно отметить цвет лица, нет ли цианоза, если есть, то степень его выраженности, постоянный или времен-

ный, появляющийся при сосании, крике ребенка, физическом напряжении. Часто, особенно у маленьких детей, цианотическая окраска по является только в области носогубного треугольника — периоральный цианоз.

При осмотре грудной клетки отмечается симметричность движения лопаток с обеих сторон грудной клетки, обращают внимание на выбухание или втяжение межреберий, западение одной половины грудной клетки, участие вспомогательных мышц в акте дыхания. Важно охарактеризовать голос ребенка, его крик и кашель. У старших детей рекомендуется попросить ребенка сделать форсированный вдох или выдох и при этом обратить внимание на участие грудной клетки в акте дыхания.

Подсчет частоты дыхания производят незаметно для больного. У новорожденных и грудных детей подсчет частоты дыхания может быть проведен путем поднесения стетоскопа к носу ребенка (лучше во время сна). Подсчет частоты дыхания проводят в течение 1 минуты.

Пальпация. Путем пальпации получают представление о состоянии кожи в области грудной клетки (локальная потливость, гиперестезия, отечность).

Вначале определяют степень резистентности грудной клетки, затем ощупывают ребра, межреберные промежутки, исследуют феномен голосового дрожания.

Резистентность (упругость) грудной клетки определяют по ее сопротивлению к сдавлению в различных направлениях (сзади наперед и с боков). В норме грудная клетка при сдавлении упругая, податливая, особенно в боковых отделах. Голосовое дрожание определяют на симметричных участках по передней, боковой поверхностях грудной клетки, над верхушками легких, в межлопаточном пространстве и подлопаточных областях.

Для определения голосового дрожания руки кладут на грудь ребенка симметрично с обеих сторон. Ребенка просят произнести слова типа “раз — два — три”, “сорок три”, у маленьких детей голосовое дрожание оценивают во время плача ребенка. При этом улавливаются колебания грудной клетки, обусловленные вибрацией грудной клетки. В норме голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

Перкуссия. При перкуссии легких чрезвычайно важно обращать внимание на правильное положение ребенка, обеспечивающее симметричное положение грудной клетки. Детей, не умеющих держать голову, можно перкутировать, положив их на животик или взяв ребенка на левую руку. В этом случае ребенок лежит грудью на ладони левой руки врача, большой палец этой руки проводится в левую подмышечную впадину ребенка, указательный располагается на правой ключице, а остальные на боковой поверхности грудной клетки справа. Детей-малюток лучше всего перкутировать, посадив на стол, старших детей перкутируют в положении стоя. При перкуссии задней поверхности предлагают скрестить руки на груди и одновременно слегка нагнуться кпереди. При перкуссии боковых поверхностей грудной клетки руки надо отвести слегка в сторону.

У старших детей применяется посредственная перкуссия, у младших — непосредственная.

Посредственная перкуссия: средний палец левой руки, служащий в качестве плессиметра, должен плотно прилегать к исследуемой поверхности. ПеркуSSIONные удары производятся средним пальцем правой руки, который должен быть согнут в межфаланговых суставах и не должен соприкасаться с другими пальцами. Удары производятся по средней фаланге среднего пальца левой руки, перкуSSIONный удар должен быть, по возможности, коротким, выстукивание производят кистью с движением только в лучезапястном суставе. Детям, как правило, проводится негромкая перкуссия. Удары наносят по межреберьям, или ребрам. Направление должно идти от заведомо ясного звука к тупому.

Различают топографическую и сравнительную перкуссию.

Топографическая перкуссия включает определение нижней границы, подвижности легочного края, высоты стояния и ширину верхушек. Определение нижних границ легких начинают с нижней границы правого легкого. Палец становится параллельно искомой границе. Выстукивают сверху, спускаясь вниз по межреберьям по срединно-ключичной, передней, средней, задней подмышечным линиям, по лопаточной и околопозвоночной линиям. Затем определяют нижние границы левого легкого.

Нижние границы легких:

Линия тела	Справа	Слева
Среднеключичная	VI ребро	Образует выемку для сердца, отходит от грудины на высоте VI ребра и круто спускается книзу.
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя	VIII – IX ребро	VIII – IX ребро
Задняя	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Паравертебральная	На уровне остистого отростка XI грудного позвонка	

Верхняя граница легких, т.е. высота стояния верхушек, у детей дошкольного возраста, не определяется, так как верхушки легких у них не выходят за ключицу. Определение высоты стояния верхушек легких у старших детей начинают спереди. Палец-пlessиметр ставят в надключичную ямку, параллельно ключице, концевой фалангой касаясь наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Перкутируют по пальцу-пlessиметру, передвигая его вверх и медиально до появления укорочения звука. В норме этот участок находится на расстоянии 2-4 см от середины ключицы. Границу отмечают по стороне пальца-пlessиметра, обращенной к ясному звуку. Сзади перкуссии верхушек ведут от середины *spinascapulae* по направлению к остистому отростку 7 шейного позвонка. При первом появлении укорочения перкуторного звука перкуссии прекращают. В норме высота стояния верхушек сзади определяется на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Ширина верхушек легких (поля Кренига) определяется по скатам надплечий. Палец-пlessиметр устанавливается на середину плеча так, чтобы средняя фаланга пальца лежала на переднем крае трапециевидной мышцы в перпендикулярном ему направлению. Перкутируют сначала в сторону шеи до границы перехода ясного звука в тупой (внутренняя граница), затем от исходной точки на середине надплечья в латеральную сторону до появления тупого звука (наружная граница). Измерив расстояние между внутренней и наружной перкуторными границами, определяют ширину полей Кренига.

У старших детей определяют подвижность легочного края. Определив нижнюю границу при спокойном дыхании и очеркнув ее дермографом, просят ребенка глубоко вдохнуть и задержать дыхание на высоте вдоха, затем находят снова границу, то же самое делают на высоте сильного выдоха. Подвижность легочного края выражается в сантиметрах и составляет разницу между границами легких при максимальном вдохе и выдохе. Сравнительная перкуссия. Сравнивают анатомически одинаково расположенные участки легких с правой и с левой стороны. Спереди: над- и под ключицами; с боков: по передней, средней, задней подмышечным линиям; сзади: по лопаточным и паравертебральным линиям (выстукивают перекрестно). Палец-пlessиметр во всех участках легких, кроме межлопаточной области располагается по межреберьям. В межлопаточной области палец пlessиметр располагается параллельно позвоночнику.

При выстукивании легких можно уловить следующие звуки:

- ясный легочной звук;
- глухой звук с различными оттенками от приглушенного до абсолютно глухого (бедренного);
- тимпанический звук (более высокий, чем звук над здоровыми легкими), приближающийся к перкуторному тону брюшной полости над петлями кишечника.

При помощи перкуссии можно определить и состояние лимфатических узлов в области бифуркации трахеи, корня легкого, трахеобронхиальных узлов.

Симптом Кораньи: проводится непосредственная перкуссия по остистым отросткам, начиная с 7-8 грудных позвонков снизу вверх. В норме получается притупление перкуторного звука на втором грудном позвонке у маленьких детей, на четвертом грудном позвонке у старших детей. В этом случае симптом Кораньи считается отрицательным. В этом случае наличия притупления нижеуказанных позвонков симптом считается положительным.

Симптом Аркавина. Проводится перкуссия по передним подмышечным линиям снизу вверх по направлению к подмышечным впадинам. В норме укорочения не наблюдается (симптом отрицательный). В случае увеличения лимфоузлов корня легкого отмечается укорочение перкуторного звука и симптом считается положительным (следует помнить, что если палец пlessиметр будет наложен на край грудной мышцы, то получим притупление перкуторного звука, что может быть ошибочно расценено как положительный симптом Аркавина).

Симптом чаши Философова. Проводится громкая перкуссия в первом и втором межреберьях обеих сторон по направлению к груди (палец-пlessиметр располагается параллельно груди) В норме укорочение перкуторного звука отмечается на груди - симптом отрицательный В случае наличия притупления отступая от грудины – симптом положительный. Это симптом выявляется при увеличении лимфатических узлов расположенных в переднем средостении.

Аускультация. Выслушиваются симметричные участки: верхушка, передняя поверхность легких, боковые отделы, подмышечные впадины, задние отделы легких над лопатками, между лопатками, под лопатками, паравертебральные области. Выслушивать ребенка так же, как и перкутировать, удобнее в сидячем положении, у маленьких детей лучше с отведенными в стороны или согнутыми в локтях и пригнутыми к животу руками. Тяжелобольных можно выслушивать и в положении лежа, тем более что положение больного при аускультации не играет такой роли, как при перкуссии.

При выслушивании необходимо определить характер дыхания. Различают везикулярное, жесткое, бронхиальное, пуэрильное дыхание. У детей первого года жизни (до 6 месяцев) дыхательный шум кажется ослабленным. При выслушивании здорового ребенка после 6 месяцев до 3-5 лет обычно прослушивается дыхание типа усиленного везикулярного с удлиненным выдохом (пуэрильное дыхание). Как по механизму возникно-

вения, так и по звуковой характеристике пуэрильное дыхание приближается к жесткому или резкому дыханию. Возникновение пуэрильного дыхания у детей объясняется особенностями строения органов дыхания:

- более короткое расстояние от голосовой щели до места выслушивания из-за малых размеров грудной клетки, что способствует примеси ларингеального дыхания;
- узкий просвет бронхов;
- большая эластичность и тонкая стенка грудной стенки, увеличивающие ее вибрацию;
- значительное развитие интерстициальной ткани, уменьшающей воздушность легочной ткани.

Для отличия пуэрильного дыхания, свойственного здоровым детям, от жесткого дыхания, возникающего при заболеваниях бронхолегочного аппарата, следует обращать внимание на его распространенность (жесткое дыхание, как правило, выслушивается на отдельных участках легких, пуэрильное — равномерное по всей поверхности) и сопутствующую ему другую симптоматику. Кроме того, необходимо отметить и звучность дыхания — различают: обычное, усиленное и ослабленное дыхание.

Аускультацией можно выявить бронхофонию (усиленное проведение звука, чаще всего связанного с уплотнением ткани).

Для выявления бронхофонии в качестве исходной точки используют правое межлопаточное пространство (проекция правого бронха), после выслушивания в этой точке стетоскоп быстро переносят в другие отделы легких. Выслушивание проводится во время произнесения ребенком слов “кис-кис”, “раз-два-три” или крика (у маленьких детей). Выслушивание звука такой же силы как в правом межлопаточном пространстве и других отделах легких позволяет говорить о положительном симптоме бронхофонии.

Симптом Домбровской. Выслушивают тоны сердца в области левого соска, а затем фонендоскоп переносится в правую аксиллярную область. В норме тоны здесь практически не слышны (симптом отрицательный) При уплотнении легочной ткани они сюда хорошо проводятся (симптом положительный).

Симптом Д'Эспина. Проводится аускультация над остистыми отростками, начиная с 7—8 грудных позвонков, снизу вверх во время шепота ребенка (слова “кис-кис”, “раз-два-три”). В норме наблюдается резкое усиление проведения звука в области первого-второго грудных позвонков (симптом отрицательный). В случае увеличения лимфатических узлов в области бифуркации трахеи проведение голоса наблюдается нижеуказанных позвонков (симптом положительный).

4) Результаты: записи в тетрадьПример формулировки заключения.

Ребенок 5 лет. Жалоб нет. Носовое дыхание свободное, выделений нет. Голос чистый, громкий. Кашля нет. Форма грудной клетки коническая, симметричная. Обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Дыхание глубокое, ритм правильный. Частота дыхания 20 в 1 мин. Грудная клетка умеренно ригидная, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии определяется ясный легочный звук над симметричными отделами легких. Границы легких: справа по среднеключичной линии 6 ребро, по передней подмышечной линии 7 ребро, по средней подмышечной линии 8 ребро, по задней подмышечной линии 9 ребро, по лопаточной линии 10 ребро, по паравертебральной линии на уровне остистого отростка 11 ребра. Слева: по передней подмышечной линии 7 ребро, по средней подмышечной линии 8 ребро, по задней подмышечной линии 9 ребро, по лопаточной линии 10 ребро, по паравертебральной линии на уровне остистого отростка 11 ребра. Подвижность нижнего края легких – 2,5 см. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Бронхофония не изменена. – Норма.

5) Выводы:

- На основании знаний анатомо-физиологических особенностей, правильно собранного анамнеза жизни и заболевания, проведенного объективного исследования, студенты смогут выявить основные симптомы поражения данной системы и назначить дополнительное обследование современной диагностики. На основании знаний анатомо-физиологических особенностей, собранного анамнеза, объективного обследования, данных семиотики поражения данной системы, студенты смогут определить синдромокомплекс поражения дыхательной системы. Зная методику обследования, студенты смогут назначить больному дополнительные методы исследования, провести функциональные пробы для дифференциальной диагностики различных синдромов поражения дыхательной системы.

3. Ситуационные задачи для разбора на занятии

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

1) Алгоритм разбора задачи:

1. Прочитать задачу
2. Ответить на вопросы

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Ребенок 7 лет, заболел после переохлаждения остро, отмечался подъем температуры до 39,0°C, появился сухой болезненный кашель, головная боль. Ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорожденности - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребенок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было. При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с "мраморным" рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД -32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. *Общий анализ крови:* Нб - 115 г/л, Лейк - $18,6 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с -57%, э - 1%, л - 23%, м - 9%, СОЭ - 28 мм/час. *Рентгенография органов грудной клетки:* отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задание

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие предшествующие заболевания способствовали развитию данной формы заболевания?
3. Назначьте лечение.
4. Какие могут быть осложнения данного заболевания?
5. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?

1. Диагноз: Внебольничная сегментарная пневмония (VIII и IX сегментов правого легкого), неосложненная. На основании синдрома интоксикации (высокая температура, головная боль) дыхательной недостаточности (дыхание хрипящее. ЧД -32 в 1 минуту)

2. Переохлаждение

3. Госпитализация в стационар, антибактериальная терапия (амоксциллин+ клавулановая кислота) дезинтоксикационная терапия, кислородотерапия, симптоматическая терапия

4. Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Ребенок 7 лет, заболел остро после переохлаждения. Отмечался подъем температуры до 39,0°C, головная боль, сухой болезненный кашель.

Из анамнеза: ребенок от I беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всем протяжении, первых преждевременных родов. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ОРВИ повторялись до 4-5 раз в год. Перенес лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжелое, жалобы на головную боль, сухой болезненный кашель. Кожные покровы влажные, бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые оболочки чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание хрипящее. ЧД – 32 в 1 мин. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет, ЧСС 110 ударов в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Общий анализ крови: Нб - 105 г/л, эр – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $18,6 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 57%, э – 1%, л – 23%, м – 9%, СОЭ – 28 мм/час. Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность – 1018, белок – нет, эпителий – ед. плоск., лейкоц. - 1-2 в п/зр, эритроц. – отсутст. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, альбумины –60%, глобулины: α_1 – 4%, α_2 – 16%, β – 8%, γ – 12%, глюкоза – 4,5 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, СРБ – ++. Рентгенография органов грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого легкого.

Задание:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Назовите основные звенья патогенеза заболевания, развившегося у ребенка.
4. Какие возбудители вызывают острую пневмонию у детей данной возрастной группы?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Назначьте лечение
7. Какие могут быть осложнения заболевания?
8. Можно ли лечить ребенка в амбулаторных условиях?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике после выздоровления?
10. Каков прогноз?

Задача 2. Больной 5 лет, осмотрен врачом неотложной помощи по поводу гипертермии и болей в животе. Ребенок от I нормально протекавшей беременности, стремительных родов. В периоде новорожденности – токсическая эритема. С рождения находился на искусственном вскармливании. Страдает поливалентной пищевой аллергией. Из анамнеза известно, что мальчик заболел накануне, остро, когда на фоне полного здоровья вдруг повысилась температура до 39,4°C. Мама отметила резкое ухудшение общего состояния ребенка, появление болезненного непродуктивного кашля, сильный озноб. Ребенок стал жаловаться на появление боли в правом боку. Ночь провел беспокойно, температура держалась на высоких цифрах. Утром мама вызвала «неотложную помощь». При осмотре врач «неотложной помощи» обратил внимание на заторможенность мальчика, стонущее дыхание, бледность кожных покровов с выраженным румянцем, бледность ногтевых лож, одышку в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок лежал на правом боку с согнутыми ногами. Наблюдалось отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, ограничение подвижности нижнего края правого легкого. В легких отмечалось укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого легкого по задней поверхности. Там же – ослабление дыхания, хрипов нет. ЧД – 42 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, ЧСС – 110 в 1 мин. Ребенок был госпитализирован. Общий анализ крови: Нв - 134 г/л, эр - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоц - 23×10^9 /л, метамиелоциты - 2%, п/я - 8%, с/я - 64%, л - 24%, м - 2%, СОЭ - 22 мм/час. Общий анализ мочи: реакция – кислая, относительная плотность – 1012, белок – 0,066 г/л, эпителий – ед. плоский, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эритроциты измененные – 2-3 в п/зр, цилиндры гиалиновые – 1-2 в п/зр, зернистые – 1-2 в п/зр, слизь – немного.

Рентгенограмма грудной клетки: выявляется инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого легкого, повышение прозрачности легочных полей слева. Посев трахеального аспирата: высеив пневмококка.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. В какой возрастной группе наиболее часто встречается данный вид пневмонии и почему?
3. Перечислите основные звенья патогенеза данного заболевания.
4. Перечислите рентгенологические признаки, характерные для данной болезни.
5. В какие сроки от начала заболевания врач вправе ожидать появления характерных патологических шумов над легкими? О какой фазе развития болезни они свидетельствуют?
6. Назначьте лечение.
7. Чем обусловлена тяжесть заболевания?
8. Какие осложнения Вы можете ожидать?
9. В каком случае мы говорим о выздоровлении от данного заболевания?
10. Укажите сроки диспансерного наблюдения.

5. Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на **вопросы для самоконтроля**
 1. Органогенез дыхательной системы.
 2. Механизм первого вдоха новорожденного.
 3. Анатомо-физиологические и функциональные особенности верхних дыхательных путей (нос и носоглоточное пространство, придаточные пазухи носа, глотка).
 4. Анатомо-физиологические и функциональные особенности средних и нижних дыхательных путей (гортань, трахея, бронхи, легкие, плевра).
 5. Особенности анамнеза у детей с бронхолегочной патологией.
 6. Особенности объективного исследования детей при осмотре (цвет кожного покрова, осмотр лица, осмотр грудной клетки).
 7. Особенности объективного исследования детей при пальпации (болезненность, голосовое дрожание, резистентность грудной клетки, состояние межреберных промежутков, симптом Филатова).
 8. Особенности объективного исследования детей при перкуссии (общие правила и методика перкуссии, сравнительная перкуссия, топографическая перкуссия, ширина полей Кренига, экскурсия легких).
 9. Особенности объективного исследования детей при аускультации (правила аускультации, виды нормального дыхания, бронхофония).
 10. Функциональные методы исследования дыхательной системы (спирометрия, спирография,

пневмотахометрия, пикфлоуметрия).

11. Инструментальные методы исследования дыхательной системы (рентгено- и радиологические методы, эндоскопические методы, микробиологические методы, аллергологические исследования, определение газового состава крови).

12. Определение пневмонии..Этиология пневмонии.

13.Факторы риска развития пневмонии..Патогенез пневмонии.

14.Морфологические изменения при очаговой пневмонии.

15.Классификация пневмонии.

16.Особенности клиники пневмонии, в зависимости от этиологических факторов.

17.Критерии тяжести пневмонии.

18.Особенности клинической картины пневмонии у детей раннего возраста

19.Основные задачи лечения пневмонии.

20.Этиотропное лечение пневмонии.

21.Средства применения в комплексном лечении пневмонии.

22.Профилактика пневмоний у детей Прогноз болезни.

23. Патогенез формирования бронхитов.

24. Клинические проявления бронхитов.

25. Острый бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение.

26.Обструктивный бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение

27. Рецидивирующий бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение

28. Бронхиолит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение

29. Дифференциальный диагноз острого простого и обструктивного бронхита у детей

30. Бронхиолит. Этиология и особенности патогенеза. Дифференциальный диагноз бронхиолита и пневмонии.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. К факторам, способствующим развитию пневмонии у новорожденных детей, относятся: 1) пневмопатии *

2) недоношенность

3) токсикоз первой половины беременности

4) респираторная инфекция у матери за 2 недели до родов *

5) затянувшаяся желтуха

2. При острой пневмонии у детей старшего возраста наиболее часто встречается:

1) повышение температуры

2) увеличение селезенки

3) интоксикационный синдром

4) влажный кашель

5) абдоминальный синдром

3. Какой симптом является основанием для назначения антибиотикотерапии при острой респираторной вирусной инфекции?

1) повышение температуры позднее третьего дня заболевания *

2) повышение температуры в первые три дня заболевания

3) кашель

4) катаральные явления в носоглотке

5)

4. Для лечения стафилококковой пневмонии используют:

1) пенициллины

2) левомицетин

3) аминогликозиды *

4) цефалоспорины*

5) фторхинолоны

5. Какую из комбинаций антибиотиков Вы считаете нерациональной?

1) пенициллин + цефалотин

2) пенициллин + нетромицин

3) пенициллин + эритромицин *

4) ампициллин + оксациллин

5) пенициллин + тетрациклин*

6. Смещение средостения в сторону поражения может наблюдаться при:

1) гемотораксе

- 2) пневмотораксе
 - 3) гидропневмотораксе
 - 4) лобарной эмфиземе
 - 5) ателектазе легкого*
7. Какие из препаратов стимулируют образование сурфактанта:
- 1) мукалтин
 - 2) ацетилцистеин
 - 3) альвеофаг *
 - 4) амброксол*
8. На основании каких исследований можно поставить диагноз дыхательной недостаточности?
- 1) подсчета частоты дыхания *
 - 2) участия вспомогательной мускулатуры в акте дыхания *
 - 3) рентгенологического исследования грудной клетки
 - 4) УЗИ грудной клетки
 - 5) исследования газов артериальной крови (рO₂, рCO₂)*
9. Начальную терапию пневмонии, вызванной грамположительной флорой, следует проводить:
- 1) амоксициллином *
 - 2) гентамицином
 - 3) левомицетином
 - 4) тетрациклином
1. Анатомическими особенностями полости носа у детей раннего возраста не являются:
- 1) недоразвитие полостей
 - 2) нежность слизистой оболочки
 - 3) плотность хрящей
 - 4) узость носовых ходов
 - 5) несформированный нижний носовой ход
2. Формирование гайморовой пазухи заканчивается:
- 1) к рождению
 - 2) к году
 - 3) к 2 годам
 - 4) к 7 годам
 - 5) к 12 годам
3. Гортань у ребенка имеет следующие особенности:
- 1) воронкообразная форма, нежные и податливые хрящи
 - 2) интенсивный рост на первом году, в период полового созревания
 - 3) все перечисленное верно
 - 4) высокое расположение голосовой щели до 13 лет
 - 5) короткие истинные голосовые связки
4. Исключите из перечисленных отличий трахеи детей от трахеи взрослых неверный ответ:
- 1) относительно короткая
 - 2) слизистая оболочка нежна и богата кровеносными сосудами
 - 3) расположена высоко
 - 4) у детей в раннем возрасте имеет цилиндрическую форму
 - 5) состоит из 14-20 мягких хрящевых полуколец
5. Особенности бронхов у детей раннего возраста не являются:
- 1) слабое развитие мышечных и эластических волокон
 - 2) узкий просвет бронхов
 - 3) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек
 - 4) недоразвитие хрящевого каркаса
 - 5) плохое сопротивление спадению бронхов
6. Особенности легочной ткани у детей раннего возраста не являются:
- 1) обильное развитие кровеносных сосудов
 - 2) недоразвитие эластической ткани
 - 3) недостаточное развитие ацинуса
 - 4) узкие бронхиолы

- 5) хорошая воздушность легочной ткани
- 6) недостаточное количество альвеол
7. У ребенка в грудном возрасте наблюдается следующий тип дыхания:
- 1) диафрагмальный
 - 2) грудобрюшной
 - 3) грудной
 - 4) брюшной
8. Частота дыхания у детей в возрасте от 4 до 6 лет:
- 1) 20 – 25 в минуту
 - 2) 25 – 30 в минуту
 - 3) 40 – 60 в минуту
 - 4) 30 – 35 в минуту
9. Причинами возникновения пуэрильного дыхания не является:
- 1) короткое расстояние от голосовой щели до места выслушивания
 - 2) узкий просвет бронхов
 - 3) большая эластичность грудной клетки
 - 4) тонкая грудная клетка
 - 5) малое количество интерстициальной ткани
10. Увеличение МОД при проведении спирографии может отмечаться при следующих заболеваниях, кроме:
- 1) различные заболевания легких
 - 2) различные заболевания сердца
 - 3) повышение обменных процессов (тиреотоксикоз)
 - 4) угнетение дыхательного центра
11. Для рестриктивного (ограниченного) варианта нарушения вентиляции не характерно:
- 1) снижение ЖЕЛ в большей степени
 - 2) снижение ФЖЕЛ и МВЛ в большей степени
 - 3) нормальный индекс Тиффно
 - 4) снижение ФЖЕЛ и МВЛ в меньшей степени
12. Простой (используемый в домашних условиях) способ диагностики степени обструкции дыхательных путей:
- 1) спирометрия
 - 2) спирография
 - 3) пневмотахометрия
 - 4) пикфлоуметрия
- Ответы: 1-3; 2-4; 3-3; 4-4; 5-3; 6-5; 7-2; 8-1; 9-5; 10-4; 11-2; 12-4

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Кон-

1	2	3	4	5	6
	[Электронный ресурс]: учебник				сультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.5: Бронхиальная астма. Оказание неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы.

Цель: научиться диагностировать бронхиальную астму с учетом анамнестических, клинических и параклинических данных, проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями респираторного тракта, выбирать необходимый объем лечебных мероприятий.

Задачи: рассмотреть этиологию патогенез, характерные клинические симптомы, научиться устанавливать диагноз в соответствии с классификацией. Изучить базисную терапию и принципы профилактики.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения и патогенетические механизмы развития основных клинических симптомов и синдромов при заболеваниях дыхательной системы; правила проведения клинического, лабораторного и инструментального обследования, классификацию заболеваний в соответствии с МКБ X . Стандарты и протоколы лечения

Обучающийся должен уметь: Проводить опрос, общий и локальный осмотр пациента с применением общеклинических методов диагностики (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), поставить предварительный и окончательный диагноз; наметить объем необходимых лабораторных, инструментальных исследований. Назначать этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение больному с учетом тяжести и течения болезни; подобрать и назначить лекарственную терапию

Обучающийся должен владеть: Алгоритмом постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного, инструментального обследования пациентов; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Анатомо-физиологические и гистологические особенности дыхательной системы детей.
2. Показатели и интерпретация функции внешнего дыхания у детей в различные возрастные периоды. Синдром бронхиальной обструкции.
3. Бронхиальная астма у детей: определение, распространенность (эпидемиология), качество жизни больного, смертность, возрастная эволюция.
4. Предрасполагающие факторы в развитии бронхиальной астмы у детей. Гиперреактивность бронхов.
5. Внешние факторы, способствующие развитию бронхиальной астмы у детей (аллергены, воздушные поллютанты, неаллергические триггерные факторы). Их роль в возникновении приступа у детей.
6. Особенности этиологии (аллергические и неаллергические факторы и их роль в возникновении приступа у детей).
7. Особенности патогенеза бронхиальной астмы у детей.
8. Классификация бронхиальной астмы у детей.
9. Клиника основных форм бронхиальной астмы у детей.
10. Особенности клиники у детей раннего возраста.
11. Диагностика бронхиальной астмы у детей.
12. Пикфлоуметрический контроль.
13. Дифференциальная диагностика (обструктивный бронхит, муковисцидоз, наследственная и врожденная патология легких).

14. Критерии оценки тяжести приступа.
15. Терапия острого приступа в зависимости от степени тяжести.
16. Ингаляционная техника у детей.
17. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей.
18. Ступенчатый подход к лечению.
19. Первичная и вторичная профилактика бронхиальной астмы у детей.

2 Практическая подготовка

1) Цель работы: **освоить практический навык** - методику проведения пикфлоуметрии и оценки дневника суточного мониторинга пиковой скорости выдоха

3) Методика проведения работы:

Алгоритм освоения навыка

Пикфлоуметр – средство индивидуального пользования · Пикфлоуметр должен быть всегда чистым перед использованием. · Если возможно, проводите измерения стоя, держа пикфлоуметр горизонтально. Пальцы не должны касаться шкалы закрывать отверстия в торце. Перед каждым измерением следует поставить указатель на отметку ноль. · Перед измерением сделайте глубокий вдох. Мундштук пикфлоуметра следует плотно обхватить губами. Выдох должен быть максимально быстрым и резким. · При проведении пикфлоуметрии регистрируется лучший показатель из трех измерений. · Важна последовательная запись показаний пикфлоуметра (график пикфлоуметрии) · Заменять пикфлоуметр следует ежегодно. Как выбрать пикфлоуметр: Шкала пикфлоуметра должна соответствовать величине Вашей пиковой скорости выдоха и ее колебаниям. В целом пикфлоуметры делятся на взрослые и детские, при этом взрослые градуируются от 50-60 л/мин до 700-850 л/мин, а детские от 35 до 300-350 л/мин. У детей старшего возраста ситуация менее определенная, и подбор осуществляется индивидуально с помощью лечащего врача. В общем виде решение выглядит так: детям до 8-9 лет подходят детские модели, в 8-12 лет следует учитывать рост ребенка (при росте 140 см и выше следует выбрать пикфлоуметр для взрослых), и для более старшего возраста – взрослые модели.

Данные мониторинга ПСВ являются одним из основных показателей при составлении плана действий при астме. План действий составляется врачом индивидуально для каждого пациента. Исходя из симптомов и показателей ПСВ, выделяется несколько зон, и для каждой расписываются необходимые мероприятия. Наиболее популярна система трех зон по принципу светофора: к зеленой зоне относятся показатели ПСВ $> 80\%$ от должных величин, к желтой – ПСВ в пределах 60-80%, а к красной – ПСВ $< 60\%$. Каждой зоне соответствуют определенные рекомендации: в зеленой зоне – продолжать плановую терапию, в желтой зоне расписаны варианты усиления терапии и рекомендован досрочный визит к врачу, в красной зоне обозначены срочные меры по купированию обострения и необходимо срочное обращение за медицинской помощью

Самостоятельное вычисление зонирования производится по лучшему показателю пиковой скорости выдоха. Для этого лучшую характеристику необходимо умножить на 0,8. Любой параметр между лучшей и полученной характеристикой будет отнесен к зеленой зоне, свидетельствующей о том, что астма хорошо контролируется. Пациент активный, его сон не нарушен, проявлений болезни мало или они отсутствуют. ПСВ $\geq 80\%$. Суточный разброс показателей не больше 20%.

Нижняя граница желтой зоны равна лучшему результату, умноженному на 0,6. Сама же желтая зона сигнализирует о четком проявлении симптоматики болезни и будет располагаться между ранее подсчитанной нижней характеристикой зеленой зоны и новым результатом. При этом у больного появляется кашель, ночная одышка, тяжесть в грудной клетке. Пациент менее активен, сон его нарушен. Пиковая скорость выдоха 60-80%, а суточный разброс 20-30%. Необходимо проконсультироваться с лечащим врачом и при необходимости усилить лечение.

Любая характеристика меньше нижней границы желтой зоны будет отнесена к красной зоне, которая свидетельствует о периоде обострения. Уже будет наблюдаться одышка и кашель в покое, будут участвовать вспомогательные мышцы при дыхании. О спокойном сне не может быть и речи. Значение ПСВ меньше 60%, суточный разброс $> 30\%$.

Как рассчитывать суточный разброс значений ПСВ формула

ПСВ вечернее – ПСВ утреннее / 1/2 ПСВ вечернее + ПСВ утреннее x 100

Например: ПСВ вечернее = 600 л/мин, ПСВ утреннее = 400 л/мин.

Расчет: $(600-400) / 1/2(600+400) \times 100\% = 40\%$ суточный разброс.

Дневник пикфлоуметрии на 4 недели

Имя пациента:										Назначенные медикаменты:												Месяц:											
																						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12											
Дата	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
л/мин	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	☀	
800																																	
750																																	
700																																	
650																																	
600																																	
550																																	
500																																	
450																																	
400																																	
350																																	
300																																	
250																																	
200																																	
150																																	
100																																	
50																																	
Кашель																																	
Затруднения дыхания																																	
Мокрота																																	

☀ = утреннее измерение ☾ = вечернее измерение

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии

- 1) Алгоритм разбора задач
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму
- 1) Алгоритм разбора задачи:
 3. Прочитать задачу
 4. Ответить на вопросы

- 1) Алгоритм разбора задач
- 2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача №1. Девочка 10 лет после выезда в лес обратилась к врачу с жалобами на заложенность носа, приступообразный сухой кашель, приступы удушья.

В анамнезе до года атопический дерматит, в 3 года крапивница. У мамы бронхиальная астма, папа страдает рецидивирующей крапивницей. Девочка в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель, приступы удушья.

Анализ крови: НВ 110г/л Эр $4,3 \times 10^{12}$; Лейк $6,6 \times 10^9$; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8

Цитологический анализ со слизистой носа: эпителик.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 10 в п/зр, с/яд – 5-7 в п/зр.

Задание: 1. О каком заболевании можно подумать? 2. Укажите наиболее вероятный вид сенсibilизации организма в данном случае. 3. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания? 4. Какие необходимы дополнительные методы обследования для уточнения диагноза? 5. Какие показатели подтверждают заболевание? 6. Какой вид терапии необходимо проводить?

Эталон задачи №1

1. Бронхиальная астма, атопическая. Аллергический риноконъюнктивит сезонный
2. Сенсibilизация к пыльце деревьев (береза, ольха, лещина, ива, дуб, каштан, тополь, ясень, вяз и т.п.)
3. Наличие в анамнезе атопического дерматита, наследственный фактор - наличие у родителей аллергических заболеваний.
4. Дополнительные обследования :кожные тесты с аллергенами, определение уровня IgE (общего и специфических), СПГ, ПФМ, R-грамма грудной клетки, консультация аллерголога, лор.
5. Сезонность проявления заболевания, наличие эозинофилии в клиническом анализе крови и цитологического анализа со слизистой носа.
6. Специфическая иммунотерапия

Задача № 2. Больная С., 11 лет. Поступила в аллергологическое отделение с жалобами на приступы удушья, кашель, свистящие хрипы, чувство сдавления в груди. Анамнез заболевания: Заболела остро, после поездки на дачу. Появился кашель, лекарственные средства не принимали, затем состояние ухудшилось, на «скорой помощи» была доставлена в больницу. Анамнез жизни: Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность протекала нормально. Роды путем кесарева сечения. Асфиксия 1ст. Росла и развивалась соответственно возрасту. В течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу бронхиальной астмы. Получала базисную терапию – Серетид, закончила прием препарата около 3-х месяцев назад. В период приема ИКС отмечались незначительные одышки по вечерам 1-2 раза в неделю, которые проходили самостоятельно или после однократной ингаляции сальбутамола (со слов мамы). Приступы стали отмечаться через 1,5 месяца после окончания приема базисного препарата. Приступы удушья 4-5 раз в неделю, включая ночные. Для купирования приступов применяла дитек, сальбутамола, эуфиллин. К врачу не обращалась. Объективный осмотр: Общее состояние ребенка нарушено значительно, одновременно отмечается беспокойство и чувство страха, речь затруднена. Положение вынужденное. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, ушных раковин, кончиков пальцев. ЧДД 40 в минуту. Отмечается участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Результаты физикального обследования: в легких выслушиваются сухие хрипы, как на выдохе, так и на вдохе, время выдоха в два раза превышает время вдоха. Тоны сердца приглушены тахикардия, ЧСС более 120, АД 130/90 мм.рт.ст. Анализ крови: НВ 110г/л Эр $4,3 \times 10^{12}$; Лейк $6,6 \times 10^9$; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8

Задание: 1. Определите степень тяжести бронхиальной астмы. 2. Определите тяжесть обострения заболевания. 3. Тактика неотложной терапии. 4. Что повлекло утяжелению течения бронхиальной астмы? 5. Какие препараты можно порекомендовать для базисной терапии?

Задача № 3. У мальчика 10 лет, отмечается заложенность носа, приступообразный сухой кашель, приступы удушья, после походов в лес. В анамнезе до года атопический дерматит. У мамы бронхиальная астма, папа страдает рецидивирующей крапивницей. Ребенок в течение последних 3 лет с апреля по июнь отмечает обильное слизистое отделяемое из носа и приступообразный кашель, приступы удушья. Анализ крови: НВ 110г/л Эр $4,3 \times 10^{12}$; Лейк $6,6 \times 10^9$; СОЭ 6 мм/час; Э15 П2 С35 Л50 М8. Цитологический анализ со слизистой носа: эпителик.кл. – 2-4 в п/зр, эоз – 10 в п/зр, с/яд – 5-7 в п/зр. Задание: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Укажите наиболее вероятный вид сенсибилизации организма в данном случае. 3. Какие факторы способствовали развитию данного заболевания? 4. Какие необходимы дополнительные методы обследования для уточнения диагноза? 5. Какие показатели подтверждают заболевание? 6. Какой вид терапии необходимо проводить?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Назовите анатомо-физиологические особенности, способствующие формированию хронических заболеваний бронхолегочной системы у детей.
2. Назовите анатомо-физиологические особенности, способствующие формированию бронхиальной обструкции у детей.
3. Дайте определение бронхиальной обструкции.
4. Патогенез формирования бронхиальной обструкции у детей. Назовите особенности патогенеза бронхиальной обструкции у детей в зависимости от возраста?
5. Какова роль инфекции в развитии бронхиальной обструкции у детей?
6. Какие заболевания сопровождаются синдромом бронхиальной обструкции у детей?
7. Бронхиальная астма у детей: определение.
8. Бронхиальная астма у детей: распространенность (эпидемиология).
9. Качество жизни ребенка, больного БА?
10. Смертность и возрастная эволюция БА у детей?
11. Что такое «гиперреактивность бронхов»? Какие факторы влияют на формирование гиперреактивности бронхов у детей?

12. Внешние факторы, способствующие развитию бронхиальной астмы у детей (аллергены, воздушные поллютанты, неаллергические триггерные факторы). Их роль в возникновении приступа у детей.
13. Аллергическое воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме у детей. Какие особенности патогенеза бронхиальной астмы у детей?
14. Классификация бронхиальной астмы у детей.
15. Как клинически проявляется бронхиальная астма у детей?
16. Какие особенности клиники БА у детей раннего возраста?
17. Как правильно провести и как оценить эффективность ингаляционной терапии при приступе бронхиальной астмы?
18. Какие препараты используются при приступе бронхиальной астмы у детей в качестве бронхолитической терапии? Дозирование и способ применения.
19. Базисная противовоспалительная терапия при бронхиальной астме у детей.
20. Показания для назначения топических ингаляционных глюкокортикостероидов. Дозирование, способ применения, продолжительность терапии.
21. Показания для госпитализации детей с приступом бронхиальной астмы.
22. Составьте алгоритм терапии приступа бронхиальной астмы у детей в зависимости от степени тяжести.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля** (привести тестовые задания с ответами)

1. При упорном бронхообструктивном синдроме, не поддающемся лечению, необходимо исключить:

- 1) порок развития бронхов; *
- 2) стойкий воспалительный очаг;
- 3) привычную аспирацию пищи; *
- 4) пассивное курение;
- 5) пневмонию.

2. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

- 1) бронхоконстрикцией; *
- 2) гиперсекрецией слизи; *
- 3) гипосекрецией слизи;
- 4) отеком стенки бронхов. *

3. Стадиями аллергической реакции являются:

- 1) иммунологическая; *
- 2) патохимическая;
- 3) патофизиологическая; *
- 4) химическая;
- 5) физиологическая.

4. Лечение бронхиальной обструкции при муковисцидозе включает:

- 1) кинезотерапию; *
- 2) бронходилаторы; *
- 3) муколитики; *
- 4) антагонисты H₂ – блокаторов гистамина.

5. Хронический бронхит представляет собой заболевание:

- 1) с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты;
- 2) с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет;
- 3) с хроническим или рецидивирующим откашливанием мокроты в течение 2 лет по 3 месяца в году.*

6. Для диагноза бронхиальной астмы характерны все перечисленные признаки, за исключением:

- 1) приступа бронхоспазма с экспираторной одышкой;
- 2) повышения хлоридов пота; *
- 3) гиперпродукция вязкой прозрачной мокроты;

- 4) рассеянных сухих свистящих хрипов.
7. Из перечисленных исследований при бронхиальной астме в периоде ремиссии показано:
- 1) бронхоскопия;
 - 2) бронхография;
 - 3) постановка кожных аллергических проб;*
 - 4) ингаляционные тесты с ацетилхолином
8. Что является специфическим рентгенологическим признаком бронхиальной астмы в отличие от других заболеваний легких:
- 1) деформация по перибронхиальному типу;
 - 2) повышенная прозрачность легочных полей (эмфизема); *
 - 3) уплощение диафрагмы;
 - 4) увеличение поперечника легочной артерии на уровне промежуточного бронха;
 - 5) все перечисленные признаки;
 - 6) признаки отсутствуют.
9. Продолжительность действия сальбутамола составляет:
- 1) 3-5 часов; *
 - 2) 6-8 часов;
 - 3) 8-12 часов.
10. Предрасполагающие факторы аллергических заболеваний у детей:
- 1) аллергические заболевания у родственников;*
 - 2) низкий уровень Ig E;
 - 3) высокий уровень Ig E; *
 - 4) раннее искусственное вскармливание. *
11. Изменения каких показателей функции внешнего дыхания характерны для бронхиальной астмы?
- 1) ЖЕЛ;
 - 2) ОФВ1; *
 - 3) ПСВ 75;
 - 4) ПСВ 50;
 - 5) ПСВ 25;
12. Какой тип одышки характерен при обструктивных заболеваниях легких?
- 1) Экспираторный*
 - 2) инспираторный
 - 3) смешанный
 - 4) ничего из вышеперечисленного
13. Какой тип одышки характерен для диссеминированных процессов легких?
- 1) Экспираторный
 - 2) инспираторный
 - 3) смешанный
 - 4) ничего из вышеперечисленного*

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).

1	2	3	4	5	6
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.6: Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы. Врожденные пороки сердца. Миокардиты. Кардиомиопатии

Цель: изучить анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Ознакомиться с особенностями анамнеза и методикой обследования детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Составить представление о врожденных пороках сердца. Научиться составлять группу риска детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и врожденными пороками сердца, определять объем их обследования, проводить диагностику и дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, выбрать необходимый объем лечебных мероприятий.

Задачи: рассмотреть анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Изучить факторы риска развития ВПС, миокардитов и кардиомиопатий у детей. Выделить основные звенья патогенеза этих заболеваний. Изучить клинические симптомы врожденных пороков сердца, миокардитов и кардиомиопатий у детей. Обучить методике обследования детей по данной системе. Ознакомить студентов с дополнительными методами исследования сердечно-сосудистой системы у детей. Обучить студентов трактовать выявленные симптомы и синдромы, результаты лабораторного и инструментального исследований. Научиться устанавливать диагноз, составлять план лабораторного, инструментального исследования и лечения.

Обучающийся должен знать: анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма ребенка, органогенез сердечно-сосудистой системы, факторы риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы, кровообращение у плода и новорожденного, анатомо-физиологические особенности сердца и сосудов, особенности анамнеза, особенности методики исследования сердечно-сосудистой системы у детей; дополнительные методы исследования, классификацию в соответствии с МКБ X, стандарты и протоколы лечения.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составить план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса, физикального осмотра сердечно-сосудистой системы, данных лабораторного и инструментального исследования для выявления врожденного порока сердца, миокардита и/или кардиомиопатии, демонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Органогенез сердечно-сосудистой системы.
2. Критические периоды и факторы риска развития врожденных пороков сердца.
3. Кровообращение плода и новорожденного.
4. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей (артериальное давление, частота пульса в зависимости от возраста ребенка), эмпирические формулы для подсчета должноствующих параметров функционирования сердечно-сосудистой системы.
5. Особенности осмотра, перкуссии и аускультации сердечно-сосудистой системы у детей.
6. Функциональные пробы ССС.
7. Инструментальные методы исследования сердечно-сосудистой системы (электрокардиография, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография).
8. Врожденные пороки сердца. Классификация и клинические проявления. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
9. Миокардиты у детей. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и лечение.
10. Кардиомиопатии у детей. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика и лечение.

2. Практическая подготовка

- 1) **Освоить практический навык:** Пальпация области сердца с определением сердечного, верхушечного толчка, систолического и диастолического дрожания.
- 2) **Цель работы:** обучить технике пальпации области сердца с определением сердечного, верхушечного толчка, систолического и диастолического дрожания.
- 3) **Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):** Пальпацией области сердца определяют сердечный и верхушечный толчки, систолическое и диастолическое дрожание (симптом «кошачьего мурлыканья»).

Методика пальпации.

1. Больной находится в положении лежа или сидя (зависит от состояния пациента).
2. Врач сидит справа от пациента.
3. Ладонь правой руки всей поверхностью укладывают на левую половину груди в области сердца основанием кисти в сторону грудины, пальцами – вдоль межреберных промежутков к передней подмышечной линии: так вначале определяется сердечный толчок (в норме не определяется).
4. Затем для установления верхушечного толчка конечные фаланги пальцев этой же руки перемещают по межреберному промежутку снаружи кнутри в сторону грудины до определения максимального толчка. Уточнение локализации верхушечного толчка, а также его данных проводят кончиками II – III пальца.

Дают все характеристики верхушечного толчка: локализацию, площадь, силу.

До 2 лет верхушечный толчок локализуется в четвертом межреберье кнаружи от *l. medioclavicularis sinistra*, от 2 до 7 лет – в пятом межреберье кнаружи от *l. medioclavicularis sinistra*, старше 7 лет – в пятом межреберье по *l. medioclavicularis sinistra* или кнаружи от нее. Площадь верхушечного толчка в норме составляет 1,5 – 2 см². Он разлитой, если пальпируется более чем в 2 межреберьях.

5. Феномен систолического или диастолического дрожания («кошачьего мурлыканья») определяется при наложении ладони на область сердца. Систолическое дрожание совпадает с толчком, а диастолическое – определяется в интервале между сокращениями. Встречается при пороках сердца.

4) **Результаты:** записи в тетрадах.

5) **Выводы:** – сердечно-сосудистая система имеет существенные возрастные анатомо-физиологические особенности, знание которых необходимо для выявления отклонений от нормы основных параметров, своевременной ранней диагностики заболеваний. – Умение проводить функциональные пробы, интерпретировать результаты необходимых инструментальных методов исследования поможет выявить риск возникновения заболеваний у детей, их ранние признаки.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1. При обследовании ребенка 1,5 лет врач подсчитал ЧСС, которая составила 115 в минуту. АД – 90/60 мм.рт.ст.

1. Соответствуют ли пульс и давление возрастной норме?

2. Какими должны быть гемодинамические показатели у здорового ребенка 5 лет? Соответствует для данного возраста. ЧСС в 5 лет должна быть 100 в минуту, АД – 100/65 мм.рт.ст.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1. При проведении пробы Шалкова ребенку 10 лет были получены следующие результаты: ЧСС в покое – 78 в минуту, АД – 100/70 мм.рт.ст.. После нагрузки (20 приседаний за 30 с) ЧСС – 90 в минуту, АД – 115/70 мм.рт.ст. Через 3 минуты ЧСС – 80 в минуту, АД – 115/70 мм.рт.ст.

1. Оцените результаты проведенной пробы Шалкова.

2. Что выявляет проба Шалкова?

4. Задания для групповой работы: собрать анамнез и провести объективное обследование сердечно-сосудистой системы ребенка (по выбору преподавателя), выделить факторы риска по развитию заболевания сердечно-сосудистой системы, описать патологические симптомы и синдромы, оценить данные лабораторного и инструментального исследования по данным истории болезни, обосновать клинический диагноз, провести анализ проводимого лечения. Результаты записать в рабочую тетрадь.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля:**

1. Органогенез сердечно-сосудистой системы.
2. Кровообращение у плода, кровообращение у новорожденного.
3. Анатомо-физиологические особенности сердца у детей.
4. Особенности магистральных сосудов.
5. Морфофункциональные особенности сердечно-сосудистой системы у подростков.
6. Особенности анамнеза у детей с сердечно-сосудистой патологией.
7. Особенности объективного исследования детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями при осмотре (общий вид, положение в постели, цвет кожного покрова, наличие периферических отеков, форма груди, видимая пульсация сердца и сосудов).
8. Особенности объективного исследования детей при пальпации (сердечный и верхушечный толчки, систолическое и диастолическое дрожание, характеристика пульса).
9. Особенности объективного исследования детей при перкуссии (границы относительной сердечной тупости, определение ширины сосудистого пучка).
10. Особенности объективного исследования детей при аускультации (правила аускультации, ЧСС, оценка тонов и шумов сердца, последовательность аускультации сердца).
11. Артериальное давление (методика измерения, формулы для расчета, центильные таблицы нормальных величин).
12. Функциональные пробы ССС.
13. Инструментальные методы исследования ССС (электрокардиография, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, электрокардиография).
14. Инструментальные методы исследования ССС (фонокардиография, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография).
15. Инвазивные методы исследования ССС (биохимические методы, иммунологические методы, морфологические методы).
16. Врожденные пороки сердца. Классификация и клинические проявления. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.

17. Определение миокардитов. Эпидемиология, этиология, классификация

18. Патогенез миокардитов у детей

19. Диагностика миокардитов. Дифференциальный диагноз

20. Лечебные мероприятия. Реабилитация

3) Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**:

1. Что не относится к особенностям фетального кровообращения:

- 1) pO_2 в крови пуповины такое же как у матери
- 2) легкие не участвуют в оксигенации крови
- 3) функцию газообмена выполняет плацента
- 4) усиленный кровоток
- 5) наличие фетального Hb

2. Анатомическое закрытие ОАП происходит:

- 1) в 2-5-м мес.
- 2) в 3-7-м мес.
- 3) в 4-8-м мес.
- 4) в 6-12-м мес.

3. Для особенностей сердца новорожденного справедливы следующие утверждения, кроме:

- 1) оно относительно больше, его масса – 25 г.
- 2) имеет округлую форму
- 3) составляет 0,5% по отношению к массе тела
- 4) расположено горизонтально
- 5) находится над высоко расположенной диафрагмой

б) левый и правый желудочки примерно одинаковы

4. Практически завершается дифференцировка сердца, которое по своим структурным показателям (кроме размеров) приближается к сердцу взрослого:

- 1) к 4-7 годам
- 2) к 8-10 годам
- 3) к 10-14 годам
- 4) к 16-18 годам

5. Исключите из перечня особенностей магистральных сосудов после окончания периода новорожденности неверный ответ:

- 1) хорошо развита капиллярная сеть
- 2) рост артерий и вен неравномерен и не соответствует росту сердца
- 3) артерии относительно узкие и слабее развиты, чем вены
- 4) развиваются эластические и мышечные элементы
- 5) развиваются соединительнотканые элементы

6. У ребенка в возрасте 1 года средняя ЧСС составляет:

- 1) 100 в минуту
- 2) 120 в минуту
- 3) 140 в минуту
- 4) 160 в минуту

7. Для дыхательной аритмии справедливы следующие утверждения, кроме:

- 1) наблюдаются у большинства детей после 2 лет
- 2) увеличение ЧСС при вдохе, уменьшение ее при выдохе
- 3) усиливается к 15-17 годам (юношеская аритмия)
- 4) уменьшение ЧСС при вдохе, увеличение ее при выдохе

8. У здоровых подростков сердце, определяемое только при рентгенологическом исследовании, проявляющемся сглаживанием левого контура сердечной тени, называется:

- 1) митральное
- 2) капельное
- 3) гипертрофическое
- 4) округлое

9. Площадь верхушечного толчка при пальпации в норме составляет:

- 1) 1,5-2,0 см²
- 2) 2,0-2,5 см²
- 3) 2,5-3,0 см²
- 4) 3,0-4,0 см²

10. У новорожденного ребенка левая граница относительной тупости сердца находится:

- 1) по срединно-ключичной линии
- 2) по передней подмышечной линии
- 3) снаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см
- 4) внутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см

11. Что не относится к особенностям аускультативной картины сердца у здоровых детей:

- 1) большая звучность тонов
- 2) I тон лучше слышен на верхушке сердца
- 3) II тон лучше слышен на основании сердца
- 4) физиологическая тахикардия
- 5) II тон лучше слышен на магистральных сосудах
- 6) физиологическая брадикардия

12. Среднее САД (мм.рт.ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:

- 1) $90+2 \times n$ (n – возраст в годах)
- 2) $50+n$
- 3) $70+2 \times n$
- 4) $60+ n$

Ответы: 1-1; 2-1; 3-3; 4-3; 5-3; 6-2; 7-4; 8-1; 9-1; 10-3; 11-6; 12-1

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.7: Диффузные заболевания соединительной ткани. Острая ревматическая лихорадка. Ревматоидный артрит. Системные васкулиты.

Цель занятия: Способствовать формированию умений по диагностике и лечению диффузных заболеваний соединительной ткани

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, особенности клинических проявлений заболеваний соединительной ткани у детей. Изучить современные принципы лечения заболеваний соединительной ткани у детей. Обучить составлению плана ведения больных с заболеваниями соединительной ткани у детей

Обучающийся должен знать: методику обследования больного с диффузными заболеваниями соединительной ткани. Основные виды диффузных заболеваний соединительной ткани, их клиника и диагностика у детей. Современные взгляды на этиопатогенез диффузных заболеваний соединительной ткани, принципы лечения больных диффузными заболеваниями соединительной ткани. Этиологию, клинические проявления, классификацию, данные лабораторных и дополнительных методов исследования при острой ревматической лихорадке. Этиологию, клинические проявления, классификацию, данные лабораторных и дополнительных методов исследования при ревматоидном артрите. Этиологию, клинические проявления, классификацию, данные лабораторных и дополнительных методов исследования при системных васкулитах.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), оценить результаты лабораторных и дополнительных методов обследования, формулировать предварительный и окончательный диагноз, составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса, физикального осмотра сердечно-сосудистой системы, данных лабораторного и инструментального исследования для выявления врожденного порока сердца, миокардита и/или кардиомиопатии, продемонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Современные теории патогенеза и этиологии основных диффузных заболеваний соединительной ткани.
2. Клиника и течение системной склеродермии.
3. Клиника и диагностика дерматомиозита.
4. Клиника и диагностика системной красной волчанки.
5. Ревматоидный артрит. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы терапии ревматоидного артрита.
6. Принципы терапии больных диффузными заболеваниями соединительной ткани.
7. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиологическая роль β -гемолитического стрептококка группы А в возникновении ревматизма.
8. Классификация ревматизма.
9. Характерные изменения показателей крови при минимальной, умеренной и максимальной степени активности ревматизма.
10. Характеристика острого, подострого, непрерывно рецидивирующего, затяжного и латентного течения ревматического процесса. ЭКГ – ФКГ- картина, Ro - данные при первичном ревматизме. Дифференциальный диагноз Острая ревматическая лихорадка у детей.
11. Внесердечные проявления ревматизма у детей: клиника суставного синдрома, кожные проявления, полисерозит.
12. Лечение острой ревматической лихорадки у детей.
13. Недостаточность кровообращения. Клиника.
14. Этапный принцип лечения больных ревматизмом. Санаторное лечение, ЛФК, закаливание, физиотерапия, бициллинопрофилактика.
15. Диспансерное наблюдение больных ревматизмом.
16. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.
17. Принципы лечения ревматизма, прогноз, профилактика.
18. Системные васкулиты.

Практическая подготовка. *Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).*

1) **Освоить практический навык:** провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления ревматизма (другого заболевания из группы системных заболеваний соединительной ткани).

2) **Цель работы:** Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для системных заболеваний соединительной ткани.

3) **Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):** При осмотре больного выявлены следующие симптомы: лихорадка до 38 гр. по Цельсию, ревматический анамнез (болеет два года, в анамнезе ревматическая атака 12 мес. назад в осеннее время, проходил стационарное обследование и лечение, выписан с д-зом: острая ревматическая лихорадка без формирования порока сердца); полиартрит – поражение трех суставов (поражение левого голеностопного, левого коленного и правого коленного суставов в виде отека и увеличения суставов в объеме, боли, нарушение функции); кардит – приглушение тонов сердца в типичных точках аускультации, перкуторное расширение левой границы сердца на 1,0 см влево от среднеключичной линии, мягкий дующий шум над областью сердца в пятой точке при аускультации) – симптомы характерны для миокардита с формирующейся недостаточностью митрального клапана сердца; изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ); изменения в биохимическом анализе крови (С-реактивный белок положительный, повышение КФК, повышение АСТ). Данные симптомы входят в малые и большие критерии диагностики ревматизма.

3. Решить ситуационные задачи

2) **Пример задачи с разбором по алгоритму:**

1) *Алгоритм разбора задач*

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1. Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр - 4, 2×10^{12} /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33%, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин.

Задания:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного?
4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, что бы подтвердить диагноз
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Д-з: Системная красная волчанка, активная фаза, акт. II-III ст., эритематозная «бабочка», полиартрит, люпуснефрит, подострое течение.
Диагноз поставлен на основании:
А). Жалобы – на полиартралгию, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость;
Б). Анамнез заболевания – перенес ОРВИ с высокой лихорадкой, после чего на фоне субфебрилитета отдыхал в Крыму;
В). Объективных данных – эритема в виде «бабочки» на лице, припухлость и болезненность суставов, увеличение лимфоузлов;
Г). Лабораторные данные – в кл. Ан. Крови – тромбоциты и лейкопения, резко ускоренная СОЭ, в анализе мочи – эритроцитурия, в б\х анализе крови – диспротеинемия; гипер α_2 и γ -глобулинемия, увеличение серомукоида. По пробе Зимницкого – снижение диуреза, никтурия, гипостенурия. Клиренс по креатинину – нижняя граница нормы.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания. Диагностические критерии СКВ у данного ребенка – эритематозная бабочка, полиартрит, поражение почек, тромбоцитопения, лейкопения.
3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у больного? Люпуснефрит
4. Какие дополнительные обследования необходимы больному, что бы подтвердить диагноз? Ан. Крови на LE клетки, кровь на АНА (антиядерные антитела), гемостаз (АФС?)
5. Назовите принципы лечения данного заболевания. Основные принципы лечения: системное применение глюкокортикостероидов (преднизолон), базисная терапия (цитостатики, например, циклофосфамид, метотрексат; циклоспорин А; аминохинолиновые препараты – плаквенил), иммуноглобулины для в/в введения, антикоагулянты, антиагреганты, симптоматическая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 30. Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на поли-артралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывает с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело. При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено. Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа₁ - 5%, альфа₂ - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л. Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину - 80 мл/мин,

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Какие факторы в дебюте заболевания явились провоцирующими?
4. Как называются кожные изменения на лице и к каким критериям относятся эти изменения?

5. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания, и есть ли его признаки у больного?
6. Проведите анализ гемограммы данного больного.
7. Какие дополнительные обследования необходимы больному, чтобы подтвердить диагноз?
8. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Понятие о диффузных заболеваниях соединительной ткани, их клинические и лабораторные признаки.
2. Современный взгляд на ДБСТ как аутоиммунные заболевания, генетическая предрасположенность, провоцирующие факторы.
3. Системная красная волчанка, эпидемиология.
4. Клиника СКВ, ведущие клинические синдромы. Нейролюпус, люпус-нефрит – показатели тяжести волчаночного процесса.
5. Лабораторная диагностика СКВ, волчаночные клетки
6. Диагноз, дифференциальный диагноз, критерии диагностики
7. Лечение, показания к гормонотерапии, назначению цитостатиков
8. Новые методы в лечении СКВ (пульс-терапия метипредом, циклофосфаном, плазмаферез, гемосорбция), показания, результаты лечения.
9. Прогноз больных СКВ.
10. Дерматомиозит у детей, ведущие клинические симптомы, принципы лечения.
11. Ювенильная склеродермия, диагностика, лечение.
12. Современные понятия о этиопатогенезе системных васкулитов
13. Клинико-морфологическая классификация системных васкулитов
14. Особенности клинических проявлений артериита Такаясу
15. Основные клинические синдромы узелкового периартериита
16. Клинические проявления болезни Kawasaki
17. Клинические проявления гранулематоза Вегенера
18. Дифференциальная диагностика с ДБСТ
19. Дополнительные методы обследования больных с подозрением на системные васкулиты
20. Принципы терапии системных васкулитов. Прогноз. Диспансерное наблюдение

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. Больная десяти лет находилась на лечении в стационаре в апреле с диагнозом: системная красная волчанка подострого течения, активность II степени, дерматит, полисерозит, миокардит, латентный нефрит. Медикаментозный синдром иценко-кушинга. К моменту выписки активность процесса снижена. При выписке из стационара прежде всего необходимо рекомендовать:

1. Избегать инсоляции*
2. Возобновить посещение школьных занятий
3. Проводить вакцинации по индивидуальному графику
4. Санаторно-курортное лечение

2. Девочка девяти лет поступила в больницу с жалобами на скованность движений, боли в суставах рук и ног. При осмотре выявлены: диффузная плотность, блеск и неровная пигментация кожи, амичное лицо, тугоподвижность пальцев кисти, истончение концевых фаланг, умеренная одышка. У больной наиболее вероятно следующее заболевание:

1. Системная красная волчанка
2. Системная склеродермия*
3. Ювенильный ревматоидный артрит
4. Дерматомиозит
5. Ни одно из вышеперечисленного

3.-4. Девочка 12 лет заболела 2 мес назад. Периодически повышается температура. Жалуется на боли в суставах кистей, слабость, снижение массы тела, усиление выпадения волос. Осмотрена врачом, выявлены: полиадения, «синячковая» геморрагическая сыпь, капиллярит ладоней и подошв, сетчатое ливедо на коже конечностей, хейлит, небольшая отечность проксимальных межфаланговых суставов кистей. Пульс 92 в мин. АД 130/90 мм рт. Ст. В анализе крови лейкоцитов менее $4,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $100,0 \times 10^9/\text{л}$, формула без особенностей. В анализе мочи белок 1,65%, эритроциты 12-25 в п/зр. Наиболее вероятное заболевание у девочки:

1. ревматоидный артрит
2. Системная красная волчанка*
3. Тромбоцитопеническая пурпура
4. Лейкоз
5. Гломерулонефрит

4. При системной красной волчанке иммунологическим показателем активности патологического процесса служит:

1. Высокий уровень АТ к нативной ДНК*
2. Повышенные значения СРБ
3. Повышенные значения igm

5. Для подтверждения системности патологического процесса при ювенильной склеродермии в первую очередь необходимо сделать:

1. Рентгенографию суставов
2. Исследование крови на ЛЕ-клетки, АНФ
3. Рентгенографию пищевода с барием*
4. Исследование крови на ревматоидный фактор
5. Электромиографию

6. Для системной склеродермии характерно:

1. Плотность, блеск и неровная пигментация кожи
2. Атония пищевода при ЭГДС
3. Остеолиз концевых фаланг
4. Усиление легочного рисунка на рентгенограмме органов грудной клетки
5. Все перечисленное выше*

7. При рентгенологическом исследовании больных с ювенильной склеродермией могут быть выявлены следующие изменения, свидетельствующие о системности патологического процесса:

1. Остеолиз ногтевых фаланг
2. Кальциноз мягких тканей, преимущественно в области пальцев рук
3. Атония, расширение пищевода с сужением в нижней трети
4. Возможно все перечисленное*

8. Девочка 14-ти лет поступила в больницу с предположительным диагнозом: системная красная волчанка. Из анамнеза известно, что больная перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу, часто болеет ангинами, полгода назад появилось менархе. За два месяца

До поступления отдыхала с родителями на юге. Дебют системной красной волчанки скорее всего спровоцировало:

1. Большое число перенесенных детских инфекционных заболеваний
2. Рецидивирующая стрептококковая инфекция
3. Избыточная инсоляция*

9. Укажите наиболее типичные кожные изменения для системной красной волчанки:

1. Симметричные мелкопятнистые геморрагические элементы чаще на ногах, ягодицах, вокруг крупных суставов, иногда – с ангионевротическими отеками
2. Эритема ладоней и подошв, плотный отек кистей и стоп, шелушение пальцев на 2-3 неделе болезни
3. Фиксированная эритема - плоская или приподнимающаяся на скуловых дугах с тенденцией к распространению на назолабиальные складки*

4. Гелиотропная сыпь - красно-фиолетовая отечная эритема на верхних веках, красно-фиолетовая кератическая атрофическая эритема над разгибательными поверхностями суставов пальцев, крупных суставов.
10. Основной фактор неблагоприятного прогноза при скв:
1. Выраженный кожно-суставной синдром
 2. Серозит (плеврит, перикардит)
 3. Высокоактивный волчаночный нефрит*
 4. Поражение сердца
11. Показания к назначению цитостатических препаратов – циклофосфамида, азатиоприна, метотрексата, микофенолата мофетила, циклоспорина - больным с системной красной волчанкой:
1. Нефрит
 2. Тяжелое поражение ЦНС
 3. Рефрактерность к глюкокортикостероидам
 4. Все перечисленное*
- 12.-13. У мальчика четырех лет лиловая эритема на лице и над суставами конечностей. Лечился у дерматолога по поводу atopического дерматита. Через год, помимо изменений на коже, появились боли в мышцах рук и ног. Стал падать при ходьбе, не мог самостоятельно встать с кровати. Направлен в стационар. Наиболее вероятное заболевание:
1. Системная красная волчанка
 2. Системная склеродермия
 3. Дерматомиозит*
 4. Ювенильный полиартериит
13. Для подтверждения диагноза «дерматомиозит, активная фаза» следует сделать прежде всего:
1. Рентгенографию суставов конечностей
 2. Исследование крови на трансаминазы, креатинфосфокиназу, определение суточной креатинурии*
 3. Исследование крови на анф (антинуклеарный фактор)
 4. исследование на ревматоидный фактор
 5. все перечисленное
14. Лечение ювенильной склеродермии включает:
1. базисную терапию - глюкокортикостероиды, д-пеницилламин, метотрексат, циклофосфамид
 2. Коррекцию сосудистых расстройств
 3. Уход за кожей, местную терапию, лфк, массаж
 4. все перечисленное*
15. Девочка 12-ти лет заболела 4 года назад, когда появились хореические гиперкинезы. Диагностирован ревматизм. В возрасте 11 лет - менархе. Через четыре месяца стала жаловаться на слабость, недомогание. Появились боли в сердце и крупных суставах. Госпитализирована в стационар, где наблюдались геморрагические элементы на конечностях, полиартрит, кардит, полисерозит, гепатомегалия, психопатические реакции. В анализе крови нв 80 г/л, лейкоциты $3,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты $92,4 \times 10^9$ /л, соэ – 63 мм/час наиболее вероятный диагноз:
1. пурпура шенляйна-геноха
 2. Острая ревматическая лихорадка
 3. системная красная волчанка
 4. юра, суставно-висцеральная форма*
 5. тромбоцитопеническая пурпура
16. На консультацию к неврологу направлен мальчик семи лет с остро развившейся мышечной слабостью и нарушением походки. Врач обнаружил у ребенка признаки дистрофии, параорбитальный отек и гиперемию, гнусавый оттенок голоса, поперхивание, отек и плотность мышц плечевого пояса и бедер. Мальчик не мог поднять руки, сесть из положения лежа, выполнить приседание. Симптомы поражения центральной и периферической нервной системы не выявлены. Наиболее вероятное заболевание:
1. системная красная волчанка

2. Системная склеродермия
 3. гранулематоз вегенера*
 4. дерматомиозит
17. После пребывания на юге девочка 13-ти лет стала жаловаться на боли в суставах, подъемы температуры. При осмотре - эритема на лице, тахикардия, систолический шум на верхушке. В анализе крови анемия, увеличение соэ; в анализе мочи - протеинурия, гематурия. Наиболее вероятно следующее заболевание:
1. Системная склеродермия
 2. системная красная волчанка*
 3. дерматомиозит
 4. ювенильный ревматоидный артрит
 5. острая ревматическая лихорадка
- 18.-19. Больная 14 лет поступила в стационар с диагнозом тромбоцитопеническая пурпура. При обследовании выявлен гломерулонефрит. В анализе мочи протеинурия, гематурия. Возникло предположение о системной красной волчанке. Укажите лабораторные данные, подтверждающие этот диагноз:
1. обнаружение антител к днк*
 2. лейкоцитурия
 3. повышение с- реактивного белка
 4. Лейкоцитоз
19. Необходимая тактика лечения у данной больной включает:
1. Антибиотики
 2. переливание тромбоцитарной массы
 3. Кортикостероиды
 4. кортикостероиды и цитостатики*
 5. плазмаферез
20. У девочки 12 лет в течение 3 лет синдром рейно. Кардиоревматолог выявил блеск и уплотнение кожи рук и ног, деформацию мелких суставов кисти, их множественные контрактуры. Наиболее вероятен диагноз:
1. системная красная волчанка
 2. системная склеродермия*
 3. ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма
 4. ювенильный хронический артрит
- 21.-22. Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, боли и припухлость суставов, выпадение волос, красные пятна на коже щек, усиливающиеся после пребывания на солнце. При обследовании выявлено расширение границ, приглушение тонов сердца, тахикардия. В анализе крови лейкоциты – $3,2 \times 10^9/\text{л}$, соэ - 26 мм/час. Наиболее вероятен диагноз:
1. ювенильный ревматоидный артрит, суставно-висцеральная форма
 2. острая ревматическая лихорадка
 3. системная красная волчанка*
 4. ювенильный дерматомиозит
22. Укажите иммунологические показатели, подтверждающие этот диагноз:
1. высокий титр антистрептококковых антител
 2. ревматоидный фактор
 3. высокий титр антиядерных антител и антител к днк*
 4. высокий уровень иммуноглобулинов е
23. -24. у девочки 13-ти лет во время пребывания на юге появились отеки лица, стоп, голеней, асцит. В анализе крови: гипопропротеинемия, анф - 1:160, соэ - 50 мм/час. В анализе мочи: белок - 4,3 г/л, эритроциты – 40-60, лейкоциты – 3-5 в поле зрения. Наиболее вероятен диагноз:
1. Острый гломерулонефрит
 2. Острый пиелонефрит
 3. Волчаночный нефрит
 4. Амилоидоз почек*

5. Нефрит с минимальными изменениями (идиопатический нефротический синдром)
24. Выберите необходимые препараты для лечения данной больной:
1. антибиотики
 2. Колхицин
 3. Нестероидные противовоспалительные препараты
 4. Кортикостероиды
 5. Кортикостероиды и цитостатики*
25. Больной восьми лет выписывается из стационара с диагнозом: «ювенильный полиартериит. Древовидное ливедо, сухая гангрена двух концевых фаланг правой кисти в фазе отторжения. Медикаментозный синдром иценко-кушинга». К моменту выписки Получает преднизолон 25 мг в сутки, курантил. Из перечисленного ниже об отсутствии активности васкулита свидетельствует:
1. удовлетворительное самочувствие
 2. демаркация гангренозных участков, наличие ливедо
 3. нормальные показатели периферической крови, срб*
 4. медикаментозный синдром иценко-кушинга
- 26.-27. У девочки 14 лет на протяжении года отмечаются эпизоды лихорадки, головные боли и боли в руках после физической нагрузки, ухудшение зрения, снижение веса. Реакция манту – папула 10 мм (в 12 лет ревакцинация bсg). В последнюю неделю на Ногах появились узелковые красноватые образования, которые врач расценил как «узловатую эритему». Гипертрофия небных миндалин, сосудистые шумы. АД на левой руке 90/50, на правой – 110/60 мм рт ст. В анализе крови соэ 40-60 мм/час, гипохромная анемия укажите возможное заболевание:
1. неспецифический аортоартериит*
 2. системная красная волчанка
 3. Хронический тонзиллит
 4. тубинфицированность
 5. синдром вегетативной дистонии
27. Наиболее характерный клинический признак, позволяющий предположить неспецифический аортоартериит
1. эпизоды лихорадки
 2. Узловатая или геморрагическая сыпь
 3. асимметрия пульса и ад*
 4. сосудистые шумы
 5. недостаточность кровообращения
28. Методы диагностики неспецифического аортоартериита :
1. Измерение АД на руках и ногах
 2. Пальпация пульса сонных, лучевых и др. Артерий
 3. Аускультация проекции аорты и магистральных сосудов.
 4. УЗ доплерография сосудов
 5. Все перечисленное выше*
29. Предположение о синдроме кавасаки возникает, если:
1. Возраст заболевшего до 5 лет.
 2. Имеет место высокая лихорадка, не отвечающая на антибиотики
 3. Есть слизисто-кожный синдром
 4. Переднешейный лимфоузел увеличен до 1,5 см в диаметре
 5. Имеется все перечисленное*
30. Мальчик 1г. 1мес. Заболел остро: повысилась температура тела до 40с, кишечный синдром, рвота. На 2-е сутки госпитализирован. В больнице высоко лихорадил в течение 26 дней. Со второго дня присоединились конъюнктивит, полиморфная сыпь на лице, туловище, увеличение шейного лимфатического узла слева до 3 см, в дальнейшем - плотный отек кистей, гиперемия слизистых оболочек ротоглотки, сухость и трещины губ. На второй неделе началось пластинчатое шелушение кожи кистей. В анализе крови

Тромбоцитоз, ускорение соэ, лейкоцитоз. Антибиотикотерапия неэффективна. По совокупности симптомов наиболее вероятный диагноз у больного:

1. Скарлатина
2. Псевдотуберкулез
3. Синдром Кавасаки*
4. Аллерго-септический синдром.

31. Основной метод лечения ребенка с синдромом Кавасаки (при условии начала терапии до 10 дня после появления первых симптомов), позволяющий снизить риск поражения коронарных артерий:

1. Антибиотики
2. Иммуноглобулины для внутривенного введения
3. Глюкокортикоиды
4. Аспирин*

32. У ребенка пяти лет температура тела 38,0°C, жалобы на боли в мышцах, в пальцах кистей, за грудиной. При осмотре выявлено: линеолы, подкожные узелки, локальные отеки, цианоз II и IV пальцев левой кисти, расширение границ сердца, тахикардия. Наиболее вероятен диагноз:

1. системная красная волчанка
2. ювенильный дерматомиозит
3. системная склеродермия
4. пурпура Шенляйна-Геноха
5. узелковый полиартериит*

33. Назовите возможные осложнения при узелковом полиартериите:

1. некрозы кожи, языка, гангрена пальцев
2. Аневризмы коронарных сосудов*

34. У мальчика 5 лет выявлена артериальная гипертензия злокачественного течения. В анализе крови: лейкоциты - $22 \times 10^9/\text{л}$, соэ - 43 мм/час, сРБ ++, увеличение уровня иммуноглобулинов, ЦИК. В анализе мочи: белок - 1,65%, осадка нет. По данным УЗИ - расширение полости и увеличение толщины стенок левого желудочка, умеренное увеличение диаметра восходящей аорты, участок инфаркта в левой почке. Наиболее вероятный диагноз:

1. узелковый полиартериит*
2. Неспецифический аортоартериит
3. Волчаночный нефрит

35. У ребенка 4,5 лет лихорадка в течение недели, конъюнктивит, хейлит, полиморфная сыпь по всему телу, эритема пальцев рук и ног, отечность ладоней и стоп, увеличение шейной группы лимфоузлов. В анализе крови лейкоцитоз, тромбоцитоз, повышение соэ. Через две недели язык стал «малиновым», появилось шелушение ладоней и стоп. Наиболее вероятный диагноз:

1. инфекционный мононуклеоз
2. болезнь Кавасаки*
3. скарлатина

36.-37. через две недели после перенесенной фолликулярной ангины у ребенка восьми лет появились боли в голеностопных суставах, элементы пятнисто-папулезной геморрагической сыпи над ними. Спустя три дня - новая волна аналогичных высыпаний с локализацией на нижних и верхних конечностях, боли в животе. В анализе крови: нв - 115 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $11,2 \times 10^9/\text{л}$, соэ - 19 мм/час. Диагностирована пурпура Шенляйна-Геноха, смешанная форма. Для выработки лечебной тактики в первую очередь необходимо:

1. Определение количества тромбоцитов
2. Рентгенография голеностопных суставов
3. Определение времени свертывания крови
4. коагулограмма
5. Все вышеперечисленное*

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.8: Анатомо-физиологические особенности и функциональные нарушения органов пищеварения у детей.

Цель занятия: Изучить анатомо-физиологические особенности органов пищеварительного тракта (ЖКТ) у детей в различные возрастные периоды и их значение в развитии заболеваний пищеварительного тракта. Рассмотреть особенности методики обследования ЖКТ у детей. Овладеть системой знаний о функциональных нарушениях ЖКТ у детей, рассмотреть их особенности в зависимости от возраста ребенка.

Задачи: Изучить особенности семиотики поражения органов пищеварения у детей. Дать понятие о функциональных нарушениях органов ЖКТ у детей (функциональные расстройства желудка, дискинезии желчевыведительных путей, синдром раздраженного кишечника, дискинезии кишечника) и их отличия от органических заболеваний. Сформировать представление о предрасполагающих факторах и условиях трансформации функциональных изменений органов пищеварения в заболевания. На основе изучения этиологии, патогенеза, клиники, диагностики обучить студентов установлению и обоснованию клинического диагноза заболеваний ЖКТ. Сформировать у студентов умение составлять план обследования больному ребенку, проводить дифференциальный диагноз и назначать соответствующее лечение.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), оценить результаты лабораторных и дополнительных методов обследования, формулировать предварительный и окончательный диагноз, составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса, физикального осмотра пищеварительного тракта, данных лабораторного и инструментального исследования для выявления функциональных нарушений органов пищеварения у детей, демонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме

1. Эмбриогенез органов пищеварения, его нарушения.

2. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей.
3. Какие анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей предрасполагают к их поражению и развитию заболеваний?
4. Секреторная и моторная функции органов пищеварения у детей в зависимости от возраста.
5. Характер и частота стула у детей различного возраста.
6. Копрограмма и копрологические синдромы.
7. Диагностическое значение копрограммы при заболеваниях органов пищеварения.
8. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях органов пищеварения у детей.
9. Факторы риска развития заболеваний органов пищеварения у детей?
10. Какие особенности семиотики поражения органов пищеварительной системы у детей Вы знаете?
11. Основные жалобы и синдромы при поражении органов пищеварения у детей.
12. Причины нарушения аппетита у детей.
13. Диагностическое значение изменения вкуса.
14. Изжога и отрыжка у детей.
15. Тошнота и рвота при заболеваниях органов пищеварения.
16. Болевой симптом у детей при поражении органов пищеварения.
17. Семиотика изменений стула у детей (запоры, поносы).
18. Бактериальная флора кишечника, ее трансформация после рождения ребенка.
19. Понятие о дисбиозе кишечника.
20. Методы объективного обследования при поражении органов пищеварения у детей.
21. Особенности методики обследования детей с поражением пищеварительной системы.
22. Методы лабораторной диагностики заболеваний органов пищеварения у детей.
23. Какие функциональные методы исследования органов пищеварения применяются при обследовании больного ребенка?
24. Биохимические методы исследования крови при поражении пищеварительной системы.
25. Инструментальные методы исследования при заболеваниях ЖКТ у детей.
26. Ультразвуковой метод в исследовании поражений ЖКТ. Подготовка больного ребенка к исследованию.
27. Понятие о функциональном расстройстве желудка.
28. Дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря (ДЖВП). Этиология. Клиника. Классификация. Диагностика и лечение гипертонической и гипотонической дискинезии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
29. Синдром раздраженного кишечника, дискинезии кишечника.
30. Запоры. Причины запоров.
31. Диагностика и лечение запоров у детей.

2. Практическая подготовка.

Решить ситуационные задачи

Алгоритм разбора задач:

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Задача 1. Девочка 11 лет, больна 1 год. Жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак и ночью, часто возникают через 1,5 - 2 часа после еды, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Из анамнеза известно, что у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. При осмотре: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, симптом Менделя положительный в эпигастрии, болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненна. По другим органам без патологии. Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91; Эр - 4,2 × 10¹²/л; Лейк - 7,2 × 10⁹/л, п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час. Общий анализ

мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. Кл. - 1-3 в п/з; лейкоциты 2-3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, алат - 19 Ед/л, асат - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. -3 мкмоль/л. Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8 × 0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55 × 21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена. Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++)

Задание:

1. Выделите основные симптомы
2. Какие дополнительные методы можно провести для уточнения выявленных изменений

Эталоны ответов

1. Жалобы на боли в эпигастрии типичного характера, отрыжку кислым, из анамнеза у родственников отягощенный анамнез по патологии желудка и двенадцатиперстной кишки. При осмотре: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при пальпации мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, при пальпации болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона.

2. Эзофагогастродуоденоскопия: изменение слизистой, ее гиперемия. УЗИ органов брюшной полости: утолщение стенок желудка большое количество гетерогенного содержимого.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1. Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5 - 2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Из анамнеза жизни: Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев. Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.

Осмотр: Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Печень +1см от края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего". Задание: Назначьте дополнительные методы исследования. Какие изменения можно ожидать?

4. Задания для групповой работы: Клиническое обследование (курация) детей с патологией пищеварительной системы с описанием результатов (анализ жалоб, выявленные симптомы и синдромы, характерные для поражения органов пищеварения, анализ результатов лабораторного и инструментального обследования, дифференциальный диагноз с органическими заболеваниями органов пищеварения). Результаты записать в рабочей тетради, тетрадь сдать для проверки преподавателю с последующим обсуждением и вынесением оценки.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**
 1. Развитие органов пищеварения в эмбриональном периоде. Факторы риска по развитию аномалий развития органов пищеварения.
 2. Какие анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей, предрасполагают к её поражению и развитию заболеваний?
 3. Секреторная и моторная функции органов пищеварения у детей в зависимости от возраста.

4. Характер и частота стула у детей различного возраста.
5. Копрограмма и копрологические синдромы.
6. Диагностическое значение копрограммы при заболеваниях органов пищеварения.
7. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях пищеварительной системы у детей.
8. Факторы риска развития функциональных нарушений органов пищеварения у детей?
9. Какие особенности семиотики поражения органов пищеварительной системы у детей Вы знаете?
10. Основные жалобы и синдромы при поражении органов пищеварения у детей.
11. Причины нарушения аппетита у детей.
12. Диагностическое значение изменения вкуса у детей.
13. Изжоги и отрыжки у детей.
14. Тошнота и рвота при заболеваниях органов пищеварения.
15. Болевой симптом у детей при поражении органов пищеварения.
16. Семиотика изменений стула у детей (запоры, поносы).
17. Нормальная микрофлора ЖКТ у детей. Зависимость ее от вида вскармливания.
18. Методы объективного обследования при поражении органов пищеварения у детей.
19. В чем заключаются особенности объективного обследования детей с заболеваниями пищеварительной системы?
20. Методы лабораторной диагностики заболеваний ЖКТ у детей.
21. Какие функциональные методы исследования органов ЖКТ применяются при обследовании больного ребенка?
22. Оценка данных дуоденального зондирования у детей.
23. Методы исследования кишечного пищеварения и абсорбции.
24. Назовите биохимические методы исследования крови при поражении пищеварительной системы.
25. Инструментальные методы исследования при заболеваниях ЖКТ у детей.
26. Ультразвуковой метод в исследовании поражений ЖКТ. Подготовка больного ребенка к исследованию.
27. Функциональные нарушения органов пищеварительной системы в детском возрасте (ФРЖ, дискинезии желчевыведительных путей, синдром раздраженного кишечника, дискинезии кишечника). Этиология, клинические проявления, дифференциальный диагноз с заболеваниями ЖКТ, коррекция.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При хроническом гастрите боли в животе, как правило бывают
 1. Ночные
 2. Поздние
 3. Ранние
2. При хроническом гастродуодените боли в животе, как правило бывают
 1. Ранние
 2. Ночные
 3. Поздние
 4. Поздние и ночные
 5. Ранние и поздние
 6. Ранние и ночные
3. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли в животе, как правило бывают
 1. Ранние
 2. Ранние и поздние
 3. Ранние и ночные
 4. Поздние и ночные
4. Гастрит, ассоциированный с *helicobacter pylori*, относится к
 1. Аутоиммунному (тип а)
 2. К бактериально обусловленному (тип в)

3. К смешанному (тип а и в)
 4. К химико-токсически индуцированному (тип с)
 5. К лимфоцитарному
5. Высокий риск развития патологии пищевода при
1. Недостаточности эзофагокардиального отдела
 2. Спастическом запоре
 3. Гепатите
 4. Дисфункции билиарного тракта
 5. Панкреатите
6. Для эзофагита характерно
1. Боли за грудиной
 2. Метеоризм
 3. Жидкий стул
 4. Запоры
 5. Тошнота
7. Причиной срыгивания у грудных детей является
1. Незрелость эзофаго-кардиального отдела пищевода
 2. Высокий тонус желудка в пилорическом отделе
 3. Высокое внутрибрюшное давление
 4. Непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
 5. Все перечисленное
8. Наличие изжоги свидетельствует о
1. Забросе желудочного содержимого в пищевод
 2. Повышении кислотности желудочного содержимого
 3. Диафрагмальной грыже
 4. Язвенной болезни желудка
 5. Гастродуодените
9. Для халазии характерен следующий симптом
1. Боли в правом подреберье
 2. Запоры
 3. Боли натошак в эпигастрии
 4. Рецидивирующая рвота
 5. Метеоризм
10. Для выявления халазии необходимо провести
1. Холецистографию
 2. Копрологическое исследование
 3. Рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
 4. Ирригоскопию
 5. Колоноскопию
11. Ахалазия сопровождается
1. Рвотой непереваренной пищей
 2. Рвотой с примесью желчи
 3. Срыгивание через 1 час после еды
 4. Рвотой переваренной пищей
 5. Изжогой
12. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
1. Гастроэзофагорефлюксной болезни;
 2. Панкреатита
 3. Язвенной болезни
 4. Гастрита
 5. Желчнокаменной болезнью
13. При срыгивании и рвотах не возникает
1. Фарингит

2. Аспирационная пневмония
 3. Трахеобронхит
 4. Стоматит
 5. Все вышеперечисленное
14. Для гиперацидности не характерны
1. Понос
 2. Тошачковая боль в гастродуоденальной зоне
 3. Запор
 4. Обложенность языка
 5. Изжога

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента».
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.9: Заболевания органов пищеварительной системы у детей

Цель занятия: Изучить этиологию патогенез, характерные клинические симптомы заболеваний органов пищеварительной системы у детей. Научиться устанавливать диагноз заболеваний органов пищеварительной системы у детей (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический колит).

Задачи: Изучить особенности заболеваний органов пищеварительной системы у детей (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический колит). На основе изучения этиологии, патогенеза, клиники, диагностики обучить студентов установлению и обоснованию клинического диагноза заболеваний органов пищеварительной системы у детей (хронический гастрит, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический колит). Сформировать у студентов умение назначать обследование больному ребенку, проводить дифференциальный диагноз и назначать соответствующее лечение.

Обучающийся должен знать: Клинику, диагностику, классификацию хронического гастрита и гастродуоденита. Дифференциальный диагноз хронического гастродуоденита с панкреатитом, холециститом, энтероколитом. Лечение хронического гастрита и хронического гастродуоденита в стационаре: режим, диета, медикаментозная терапия, диспансерное наблюдение. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Осложнение язвенной

болезни. Дифференциальный диагноз ЯБЖ и ЯБ ДПК с дискинезией желчевыводящих путей, холециститом, хроническим панкреатитом. Режим, диета, лечение, диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), оценить результаты лабораторных и дополнительных методов обследования, формулировать предварительный и окончательный диагноз, составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса, физикального осмотра пищеварительного тракта, данных лабораторного и инструментального исследования для выявления функциональных нарушений органов пищеварения у детей, демонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике.

Обучающийся должен уметь:

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Дисбактериоз кишечника. Определение. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
2. Хронический гастрит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Хронический гастродуоденит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Хронический колит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) **Освоить практический навык:** провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления заболевания органов пищеварения

2) **Цель работы:** Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для заболеваний пищеварительной системы.

3) **Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):**

1. Провести курацию больного ребенка (подростка)
 2. Собрать и оценить жалобы
 3. Собрать и оценить анамнез жизни и заболевания.
 4. Выявить симптомы поражения пищеварительной системы.
 5. Сформулировать предварительный диагноз.
 6. Составить план обследования.
 7. Составьте план лечения.
1. Выявлены следующие жалобы: снижение аппетита, чувство быстрого насыщения, отрыжка воздухом с примесью съеденной пищи, чувство «тяжести и переполнения» в верхней части живота.
 2. При сборе анамнеза у подростка М. 12 лет он признался, что жалобы длются более 3 месяцев, связывает их с началом курения табака. Также выявлены дефекты пищевого поведения: несоблюдение режима питания, большие перерывы между приемами пищи, перекусы пищей из категории «фаст фуд», частое использование газированной воды.

3. При осмотре обнаружены следующие симптомы: признаки пониженного питания, бледность кожи, обложенность языка белым налетом, неприятный запах изо рта, метеоризм, болезненность при пальпации в эпигастральной области, положительный симптом Менделя.
4. Хронический гастрит.
5. ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на яйца глистов, функциональное исследование желудочного сока (желудочно-дуоденальное зондирование), ФЭГДС, хелпил тест, азротест.
6. Механически, термически и химически щадящая диета, соблюдение 5-разового режима питания с соблюдением объемов порций, ограничение физической нагрузки, венригальное положение после еды, отказ от курения, при повышенной желудочной секреции: антисекреторные препараты (блокаторы H-2 гистаминорецепторов), H⁺ K⁺ АТФ-азы курсом на 2-4 недели, при обнаружении H.pylori назначение соответствующей схемы терапии.

Результаты записать в рабочей тетради. Проверить совместно с преподавателем.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Девочка 13 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, слабость, быструю утомляемость. Боли беспокоят в течение 3 лет, возникают чаще натощак, иногда ночью, локализуются в верхней половине живота, исчезают после приема пищи. В течение последних 2-х недель интенсивность болей уменьшилась, появились слабость, сонливость, головокружение, быстрая утомляемость, черный стул. Девочка от I физиологической беременности, срочных родов. Находилась на естественном вскармливании до 2-х месяцев. Раннее развитие по возрасту. Прививки по календарю. Аллергоанамнез не отягощен. Генеалогический анамнез: мать 36 лет, страдает гастритом, отец 38 лет – язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, бабушка (по линии матери) – язвенной болезнью желудка. При осмотре: рост 151 см, масса тела 40 кг. Ребенок вялый. Кожные покровы слизистые оболочки ротовой полости, конъюнктивы бледные, выраженная мраморность кожных покровов, ладони и стопы холодные на ощупь. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС 116 уд/мин. АД 85/50 мм.рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастрии и пилорoduоденальной области. Отмечается болезненность в точках Де-Жардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, пальпация безболезненная. Стул дегтеобразный. Общий анализ крови: HGB – 72 г/л, RBC – 2,81012/л, MCV – 77 fl, MCH – 25 pg, MCHC – 24 g/l, RDW – 13,5% , PLT - 390109/л, MPV – 8,4 fl, PDW – 12%, PCT – 0,3%, WBC – 8,7□109/л, /я – 6%; с/я – 50%; э – 2%; л – 34%; м – 8%; СОЭ – 11 мм/час. Общий анализ мочи: количество=90 лм, COLOR Yellow, CLA Clear ,p.H. – 6,0, У.В. = 1024, PRO – NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, GLU – NEG, WBC – 2-3 в п/зр, RBC – нет, эпителий плоский – 0-1 в п/зр., слизь -. Время кровотечения по Дюку – 60 сек.; время свертывания по Сухареву: начало – 1 мин., конец – 2 мин 30 сек. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л; альбумины – 55%; глобулины: α 1– 6%, α 2– 10%, β – 13%, γ – 16%; АсАТ – 34 Ед/л; АлАТ – 29 Ед/л; ЩФ – 150 Ед/л (норма 70-142); общий билирубин 16 мкмоль/л, прямой билирубин – 3 мкмоль/л, железо сывороточное – 7 мкмоль/л. Кал на скрытую кровь: реакция Грегерсона положительная (+++). Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая оболочка пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. В теле желудка слизистая оболочка гнездно гиперемирована, отечная, в антральном отделе множественные плоские выбухания. Привратник неправильной формы, зияет. Луковица средних размеров, пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки и конвергенции складок. Слизистая оболочка луковицы с выраженным отеком и гиперемией. На передней стенке линейный рубец звездчатой формы ярко-розового цвета. По задней стенке округлый дефект диаметром до 1,7 см, с ровными краями и глубоким дном, заполненным зеленоватым детритом. В дне язвы определяются эрозированные сосуды со сгустком крови. После удаления сгустка крови открылось кровотечение, которое было остановлено наложением клипс на сосуды. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. Внутрпеченочные сосуды и протоки не расширены. Желчный пузырь округлой формы, просвет чистый, стенки 2 мм (норма до 2). Поджелудочная железа: головка 28 мм (норма 22), тело 18 мм (норма 14), хвост 27 мм (норма 20), паренхима повышенной эхогенности.

Задание:

1. Поставьте основной диагноз и обоснуйте его.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Какие наиболее частые осложнения данного заболевания в детском возрасте?
4. Какие дополнительные методы исследования требуются больному?
5. Оцените состояние ребенка при поступлении.
6. Оцените результаты общего анализа крови. Требуется ли дополнительное гематологическое обследование?
7. Назначьте и обоснуйте лечение.
8. Расскажите о методах остановки кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта.
9. Какая сопутствующая патология имеется у ребенка?
10. Обоснуйте причины появления данной сопутствующей патологии.
11. Какова тактика диспансерного наблюдения?

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. Мальчик, 10 лет, в течение последнего года боли в эпигастрии, появляющиеся утром до завтрака, через 1-2 часа после еды, ночные, а также иногда сразу после еды. Боли купируются приёмом пищи, маалоксом, но-шпой. Диспепсические жалобы: на отрыжку после еды, тошноту, урчание в животе при голоде. Настоящее обострение в течение недели после стрессового фактора в школе. Семейный анамнез: у матери ребёнка хронический гастрит, у бабушки по линии отца язвенная болезнь 12-перстной кишки, бабушка по линии матери умер от рака желудка. При осмотре: рост 150 см, масса 35 кг, кожные покровы бледно-розовые, чистые. Сердце – тоны ясные, звучные, акцент II тона на лёгочной артерии, ЧСС – 72 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, симптом Менделя положительный в эпигастрии, болезненность при пальпации в эпигастрии и пилородуоденальной области, печень у края рёберной дуги, пальпация безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Общий анализ крови: HGB – 130 г/л, RBC – $4,4 \times 10^{12}$ /л, MCV – 80 fl, MCH – 27 pg, MCHC – 31 g/l, RDW – 11,5% , PLT - 270×10^9 /л, MPV – 8,3 fl, PDW – 12%, PCT – 0,36%, WBC – $5,6 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 56 %, эоз. 2%, лимфоциты 33%, моноциты 6%, СОЭ 7 мм/час. Общий анализ мочи: количество=60 лм, COLOR Yellow, CLA Clear ,p.H. – 5,5, У.В. = 1019, PRO – NEG, BNL - NEG, YRO - NORM, KET – NEG, GLU – NEG, WBC –1-2-3 в п/зр, RBC – нет, эпителий плоский –0-1 в п/зр., слизь +. Биохимический анализ крови: Общий белок 67 г/л, Билирубин общий 17 мкмоль/л, прямой 2 мкмоль/л, ЩФ 300 ед (норма до 600 ед), АлАт 21 ед/л, АсАт -24 ед/л, амилаза 100 ед/л (норма до 120), тимоловая проба 3 Ед (норма до 5). Эзофагогастродуоденоскопия: Слизистая оболочка пищевода бледно-розовая. В желудке умеренное количество мутной слизи, в теле и антральном отделе множественные разнокалиберные выбухания, очаговая гиперемия. Привратник округлой формы, зияет. Луковица средних размеров пустая, деформирована за счет отека слизистой оболочки. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована, отечна. По передней стенке средней трети определяется щелевидная язва с ровными краями и неглубоким дном, заполненным фибрином. Размеры дефекта 0,3x0,6 см. По задней стенке на том же уровне – щелевидная язва с ровными краями и глубоким дном с наложениями детрита, размером 0,4x0,6 см на задней стенке. Взята биопсия слизистой антрального отдела. Результаты биопсии: Выявлена 2 степень обсеменённости слизистой оболочки антрального отдела *Helicobacter pylori*. Быстрый уреазный тест: положительный (2 мин).

Задание:

1. Предварительный диагноз и его обоснование
2. Перечислите необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Оцените результаты проведённых исследований
4. Перечислите основные звенья этиопатогенеза заболевания
5. Назначьте больному диету, назовите её основные принципы.
6. Современные принципы лечения данного заболевания?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*
- 2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Хронический гастрит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Хронический гастродуоденит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Хронический колит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. При хроническом гастрите боли в животе, как правило бывают
 4. Ночные
 5. Поздние
 6. Ранние
2. При хроническом гастродуодените боли в животе, как правило бывают
 7. Ранние
 8. Ночные
 9. Поздние
 10. Поздние и ночные
 11. Ранние и поздние
 12. Ранние и ночные
3. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли в животе, как правило бывают
 5. Ранние
 6. Ранние и поздние
 7. Ранние и ночные
 8. Поздние и ночные
4. Гастрит, ассоциированный с *helicobacter pylori*, относится к
 6. Аутоиммунному (тип а)
 7. К бактериально обусловленному (тип в)
 8. К смешанному (тип а и в)
 9. К химико-токсически индуцированному (тип с)
 10. К лимфоцитарному
5. Высокий риск развития патологии пищевода при
 6. Недостаточности эзофагокардиального отдела
 7. Спастическом запоре
 8. Гепатите
 9. Дисфункции билиарного тракта
 10. Панкреатите
6. Для эзофагита характерно
 6. Боли за грудиной
 7. Метеоризм
 8. Жидкий стул
 9. Запоры
 10. Тошнота
7. Причиной срыгивания у грудных детей является
 6. Незрелость эзофаго-кардиального отдела пищевода
 7. Высокий тонус желудка в пилорическом отделе
 8. Высокое внутрибрюшное давление
 9. Непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
 10. Все перечисленное
8. Наличие изжоги свидетельствует о
 6. Забросе желудочного содержимого в пищевод
 7. Повышении кислотности желудочного содержимого

8. Диафрагмальной грыже
 9. Язвенной болезни желудка
 10. Гастродуодените
9. Для халазии характерен следующий симптом
6. Боли в правом подреберье
 7. Запоры
 8. Боли натошак в эпигастрии
 9. Рецидивирующая рвота
 10. Метеоризм
10. Для выявления халазии необходимо провести
6. Холецистографию
 7. Копрологическое исследование
 8. Рентгеноскопию желудка с водно-сифонной пробой
 9. Ирригоскопию
 10. Колоноскопию
11. Ахалазия сопровождается
6. Рвотой непереваренной пищей
 7. Рвотой с примесью желчи
 8. Срыгивание через 1 час после еды
 9. Рвотой переваренной пищей
 10. Изжогой
12. Осложнения со стороны респираторного тракта могут быть вызваны наличием
6. Гастроэзофагорефлюксной болезни;
 7. Панкреатита
 8. Язвенной болезни
 9. Гастрита
 10. Желчнокаменной болезнью
13. При срыгивании и рвотах не возникает
6. Фарингит
 7. Аспирационная пневмония
 8. Трахеобронхит
 9. Стоматит
 10. Все вышеперечисленное
14. Для гиперацидности не характерны
6. Понос
 7. Тошачковая боль в гастродуоденальной зоне
 8. Запор
 9. Обложенность языка
 10. Изжога
15. Для хеликобактериоза не характерно наличие
1. Гиперплазии слизистой оболочки пилорической зоны
 2. Эрозивно-язвенного процесса
 3. Гиперацидности
 4. Полипоза
 5. Дуоденогастрального рефлюкса
16. Качественный метод диагностики хеликобактериоза
1. При обнаружении микроба в слюне методом пцр
 2. При положительном уреазном тесте с биоптатом
 3. При выделении чистой культуры пилорического хеликобактера из биоптата
 4. При клинико-эндоскопическом исследовании

5. При копрологическом исследовании
17. При хеликобактериозе не эффективен
 1. Де-нол
 2. Фуразолидон
 3. Препараты висмута
 4. Спазмолитик
 5. Макролид
18. Наиболее информативным исследованием при гастрите является
 1. Эндоскопия с биопсией
 2. Рентгеноконтрастное исследование
 3. Узи
 4. Иридодиагностика
 5. Копрограмма
19. Для дискинезии 12-перстной кишки не характерно
 1. Дуоденогастральный рефлюкс
 2. Тошнота
 3. Боли в гипогастрии
 4. Боля в эпигастрии во время еды и сразу после еды
 5. Диспепсия
20. Дуоденогастральные рефлюксы способствуют развитию
 1. Дивертикула желудка
 2. Перегиба желудка
 3. Гэрб
 4. Антрального гастрита
 5. Срк
21. Для выявления дуоденогастрального рефлюкса наименее информативны
 1. Примесь желчи в рвотных массах
 2. Обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
 3. Данные узи желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
 4. Гиперацидность
 5. Антральный гастрит
22. Для диагностики дуоденита наименее информативны данные
 1. Эндоскопии с биопсией
 2. Рентгеноскопии
 3. Узи желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
 4. Копрограммы
 5. Биохимического анализа крови
23. Недостоверным эндоскопическим признаком обострения дуоденита является
 1. Отечность
 2. Гиперсекреция слизи
 3. Картина "булыжной мостовой"
 4. Феномен "манной крупы"
 5. Гиперемия слизистой
24. С течением дуоденита связана патология
 1. Хронический тонзиллит
 2. Колиты
 3. Пиелонефрит
 4. Синдром билиарной дисфункции
 5. Эзофагит
25. Наиболее достоверным клиническим признаком язвенной болезни является

1. Сезонность болей
2. Тошноты и боли в эпигастрии
3. Рецидивирующая рвота
4. Кровотечение из выявленной язвы
5. Изжога

26. При подозрении на язвенную болезнь 12-перстной кишки не следует проводить

1. Исследование кала на скрытую кровь
2. Гастродуоденоскопию
3. Дуоденальное зондирование
4. Рентгеноконтрастное исследование
5. Клинический анализ крови

27. Наиболее частым осложнением язвенной болезни у детей является

1. Кровотечение
2. Перфорация
3. Пенетрация в поджелудочную железу
4. Малигнизация
5. Непроходимость

28. Не оказывает репаративного действия

1. Солкосерил
2. Ранитидин
3. Де-нол
4. Альмагель
5. Вентер

Ответы:

1	11	20
2	12	21
3	13	22
4	14	23
5	15	24
6	16	25
7	17	26
8	18	27
9	19	28
10		

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Кон-

1	2	3	4	5	6
	[Электронный ресурс]: учебник				сультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.10: Анатомо-физиологические особенности органов мочевого выделения. Острый и хронический пиелонефрит. Инфекция мочевыводительных путей.

Цель занятия: Способствовать формированию умений по диагностике и современным методам лечения заболеваний почек у детей.

Задачи: Изучить особенности семиотики поражения органов мочевыводительной системы у детей. Изучить особенности методики обследования органов мочеобразовательной и мочевыводительной системы у детей различных возрастных групп. Познакомить студентов с особенностями клинической картины, методики диагностики и лечения заболеваний почек у детей.

Обучающийся должен знать: Эмбриогенез органов мочевого выделения и мочеобразования для понимания аномалий развития и положения почек у детей. Анатомо-физиологические особенности мочевыводительной системы у детей различного возраста. Предрасполагающие факторы в развитии заболеваний почек у детей, особенности этиологии и патогенеза пиелонефрита и инфекции мочевыводительных путей у детей, этиологию, патогенез, основные клинические проявления пиелонефрита и инфекции мочевыводительных путей у детей, диагностику пиелонефрита и инфекции мочевыводительных путей у детей, современные методы лечения.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), оценить результаты лабораторных и дополнительных методов обследования, формулировать предварительный и окончательный диагноз, составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса, физикального осмотра пищеварительного тракта, данных лабораторного и инструментального исследования для выявления функциональных нарушений органов пищеварения у детей, демонстрировать навыки применения этих методов в педиатрической практике.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Эмбриогенез органов мочевого выделения и мочеобразования для понимания аномалий развития и положения почек у детей.
2. Анатомо-физиологические особенности мочевыводительной системы у детей различного возраста.
3. Количество и состав мочи у детей различного возраста.
4. Методика исследования органов мочеобразования и мочеотделения.
 5. Особенности семиотики поражения органов мочевыводительной системы у детей.
6. Семиотика микроскопических изменений мочевого осадка
 7. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях мочевыводительной системы.
 8. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями мочевыводительной системы.

9. Понятие о рефлюксе.
10. Понятия об энурезе.
11. Экстраренальные проявления поражения мочевыделительной системы у детей.
12. Функциональные и инструментальные методы исследования почек.
13. ИМВП.
 14. Пиелонефрит. Этиология, ведущая роль микробного агента в возникновении пиелонефрита. Наиболее частые возбудители пиелонефрита у детей. Пути проникновения микроорганизмов в почку.
15. Патогенез пиелонефрита.
16. Классификация пиелонефрита у детей.
 17. Клинические проявления острого пиелонефрита в активной стадии, периодах обратного развития и клинико-лабораторной ремиссии.
 18. Клинические проявления хронического пиелонефрита в активной стадии, периодах частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии.
 19. Рецидивирующее и латентное течение хронического пиелонефрита.
 20. Сдвиги гемограмм в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
 21. Изменения биохимических показателей функции почек в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
 22. Характерные изменения на экскреторных урограммах при хроническом пиелонефрите.
 23. Дифференциальный диагноз острого и хронического пиелонефрита с циститом, инфекцией мочевыводящих путей, интерстициальный нефрит, гломерулонефритом.
 24. Антибактериальная терапия при остром и хроническом пиелонефрите. Значение определения чувствительности возбудителя пиелонефрита к антибактериальным препаратам.
25. Особенности клинической картины пиелонефрита у детей раннего возраста.
26. Лечение пиелонефрита у детей.
 27. Санаторно-курортное лечение больных пиелонефритом.
 28. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим пиелонефритом.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

- 1) **Освоить практический навык:** провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления пиелонефрита
- 2) **Цель работы:** Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для заболеваний пищеварительной системы.
- 3) **Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):**

Провести курацию больного ребенка (подростка)

 1. Собрать и оценить жалобы
 2. Выявить симптомы пиелонефрита.
 3. Сформулировать предварительный диагноз.
 4. Составить план обследования.
 5. Составьте план лечения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Бледность кожных покровов, лихорадка до 38 гр по Цельсию, положительный симптом Пастернацкого.
2. Слабость, утомляемость, плохой аппетит, боли в животе и в пояснице.
3. Острый пиелонефрит.
4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, креатинин сыворотки.
5. Режим постельный до нормализации температуры, диета, антибактериальная терапия.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача № 1. Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль,

отечность лица, голеней и стоп, появление мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев гиперемирован, миндалины 2-3 степени, разрыхлены, без наложений. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в мин, АД 130/85 мм. Рт. Ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета. ОАК: Нб – 125 г/л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, э – 5%, л – 24%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/час. ОАМ: количество – 70,0 мл, цвет – красный, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, относительная плотность – 1028, эпителий – 1-2 в п/з, эритроциты – измененные, покрывают все поле зрения, лейкоциты – 2-3 в п/з, цилиндры – зернистые 3-4 в п/з, белок – 0,99%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, α_1 -глобулины – 3%, α_2 -глобулины – 17%, β -глобулины – 12%, γ -глобулины – 15%, мочевины – 17,2 ммоль/л, креатинин – 1,87 ммоль/л, калий – 5,21 ммоль/л, натрий – 141,1 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л. Биохимический анализ мочи: белок – 600 мг/сут (норма – до 200), фосфор – 21 ммоль/сут (норма – до 19-32), кальций – 3,6 ммоль/сут (норма – 1,5-4), креатинин – 2,5 ммоль/сут (норма – 2,5-15), аммиак – 28 ммоль/сут (норма – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 44 мг/сут (норма – до-17).

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование..
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
4. Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания?

Эталон ответа.

1) Синдром поражения клубочков почек (гломерулонефрит: поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней и стоп, появление мочи в виде «мясных помоев»; с 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ; заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины; объективно - отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп, АД 130/85 мм. Рт. Ст. (повышено), суточный диурез 300-400 мл (снижен), моча красного цвета; в ОАМ - количество – 70,0 мл (снижено), относительная плотность – 1028 (повышена), цвет – красный (выраженная гематурия), прозрачность – неполная, реакция – щелочная, эритроциты – измененные, покрывают все поле зрения, белок – 0,99% (повышен), цилиндры – зернистые 3-4 в п/з; в ОАК - Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/час (повышены); в биохимическом анализе крови - α_2 -глобулины – 17% (повышены), мочевины – 17,2 ммоль/л (повышена), креатинин – 1,87 ммоль/л (незначительно повышен), калий – 5,21 ммоль/л (повышен), холестерин – 6,0 ммоль/л (повышен); в биохимическом анализе мочи - белок – 600 мг/сут (умеренно выраженная протеинурия), аммиак – 28 ммоль/сут (снижен), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (снижена), оксалаты – 44 мг/сут (гипероксалурия)).

2) Синдром поражения верхних дыхательных путей (тонзиллит) - с 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом; 2 недели назад начиналась ангина; объективно - зев гиперемирован, миндалины 2-3 степени, разрыхлены, без наложений; в ОАК - Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/час (повышены).

2. План лабораторно-инструментального обследования:

- 1) Анализ мочи по Нечипоренко;
- 2) Анализ мочи по Аддис-Каковскому;
- 3) Проба Зимницкого;

- 4) Проба Реберга (клубочковая фильтрация);
- 5) Биохимический анализ крови на СРБ, сиаловые кислоты, анти-О-стрептолизин;
- 6) УЗИ почек.

3. Для уточнения функционального состояния почек следует использовать: пробу Зимницкого, пробу Реберга.

4. Уточнить этиологию заболевания позволят:

- 1) Иммунологический тест – определение в крови анти-О-стрептолизина; мазок из зева на флору.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 2. Ребенок 8 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 3-4 раза в год; отмечается лекарственная аллергия на пенициллин (крапивница). Болен с 6 лет. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ: появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД 150/90 мм. Рт. Ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии состояние улучшилось, анализы мочи и крови нормализовались. Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии. При осмотре: отеки в области век, поясницы и передней брюшной стенки, голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 150/100 мм. Рт. Ст. Диурез – 250,0 мл/сут. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. ОАК: Нв – 96 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, Ц.п. – 0,9, Лейк – $6,5 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 66%, э – 1%, б – 1%, л – 19%, м – 5%, СОЭ – 40 мм/час. ОАМ: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1003, эритроциты – все поле зрения, лейкоциты – 3-5 в п/з, белок – 1,6%. Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 50,1%, α_1 -глобулины – 3,7%, α_2 -глобулины – 12%, β -глобулины – 9,9%, γ -глобулины – 24,3%, мочевины – 10,4 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, холестерин – 12,37 ммоль/л. Биохимический анализ мочи: белок – 2800 мг/сут (норма – до 200), фосфор – 21 ммоль/сут (норма – до 19-32), аммиак – 22 ммоль/сут (норма – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 204 мг/сут (норма – до-17).

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование
2. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения функции почек?

Задача № 3. Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области и учащенного мочеиспускания. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500г, длина тела 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ – часто. Аллергоanamnez не отягощен. Настоящему заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней больная продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. ОАК: Нв – 140 г/л, Эр – $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк – $20,0 \times 10^9/л$, п/я – 10%, с/я – 60%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 46 мм/час. ОАМ: реакция – нейтральная, эритроциты – 1 в п/з, лейкоциты – сплошь все поле зрения, белок – нет, соли – оксалаты, бактерии – много. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, СРБ (++++), серомукоид – 0,3, мочевины – 4,3 ммоль/л. УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – 107×42×13 мм, правая – 94×37×13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки. Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100000 микробных тел/мл.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование
2. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие АФО системы мочеобразования и мочевыделения у детей, предрасполагающие к её поражению и развитию заболеваний.
2. Особенности семиотики поражения органов мочевыделительной системы у детей.
3. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями мочевыделительной системы.
4. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях мочевыделительной системы.
5. Понятие о рефлюксе.
6. Экстраренальные признаки при заболевании почек у детей.
7. Отличие почечных отеков от сердечных.
8. Ведущая роль микробного агента в возникновении пиелонефрита. Наиболее частые возбудители пиелонефрита у детей. Пути проникновения микроорганизмов в почку.
9. Роль очагов хронической инфекции и сенсibilизации организма (кариозные зубы, хронический тонзиллит, отит, синусит, аденоидит) в развитии пиелонефрита.
10. Особенности мочевого синдрома при пиелонефрите.
11. Классификация острого и хронического пиелонефрита.
12. Клинические проявления острого пиелонефрита в активной стадии, периодах обратного развития и клинико-лабораторной ремиссии.
13. Клинические проявления хронического пиелонефрита в активной стадии, периодах частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии.
14. Рецидивирующее и латентное течение хронического пиелонефрита.
15. Сдвиги гемограмм в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
16. Изменения биохимических показателей функции почек в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
17. Характерные изменения на экскреторных урограммах при хроническом пиелонефрите.
18. Дифференциальный диагноз острого и хронического пиелонефрита с циститом, инфекцией мочевыводящих путей, интерстициальный нефрит, гломерулонефритом.
19. Антибактериальная терапия при остром и хроническом пиелонефрите. Значение определения чувствительности возбудителя пиелонефрита к антибактериальным препаратам.
20. Санаторно-курортное лечение больных пиелонефритом.
21. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим пиелонефритом.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Острый пиелонефрит у детей проявляется:
 1. поллакиурией
 2. Болезненностью при мочеиспускании
 3. болями в животе*
2. При остром пиелонефрите у детей первых лет жизни наблюдаются:
 1. лихорадка
 2. Диспептические расстройства
 3. эксикоз

4. все перечисленное*
3. При острой мочевой инфекции у детей первых месяцев жизни часто наблюдаются:
 1. макрогематурия
 2. артериальная гипертензия
 3. диспептические явления*
 4. все перечисленное
- 4.-5. У девочки 7 лет при диспансеризации выявлена лейкоцитурия (20-25 лейкоцитов в поле зрения). При УЗИ отмечено расширение чашечно-лоханочной системы левой почки.полгода назад она перенесла острый пиелонефрит, у матери ребенка - удвоение левой

Почки. Наиболее вероятным является:

 1. хронический пиелонефрит*
 2. хронический цистит
 3. дизметаболическая нефропатия
5. Ребенку целесообразно провести исследование:
 1. посев мочи
 2. цистографию
 3. экскреторную урографию
 4. Все перечисленное*
- 6.-7. Девочка 13 лет в течение последних двух лет периодически жалуется на боли в животе, головную боль. Отстает в физическом развитии, кожные покровы бледные.общий анализ мочи: реакция щелочная, удельный вес 1016, лейкоциты 40-50 в п/зрения.назовите наиболее вероятный диагноз:
 1. хронический гастродуоденит
 2. хронический пиелонефрит*
 3. хронический гломерулонефрит
 4. рецидивирующий вульвовагинит
7. Данному ребенку целесообразно провести обследование:
 1. УЗИ органов брюшной полости
 2. ЭГДС
 3. УЗИ органов мочевыводящей системы*
 4. нефробиопсию
 5. цитологическое исследование мазка с вульвы
- 8.- 9. Девочке 4 года. После перенесенной орви появились поллакиурия, болезненность при мочеиспускании. В анализе мочи лейкоциты 25-30 в п/зр. Врач направил ребенка на обследование с предварительным диагнозом:
 1. острый цистит*
 2. острый пиелонефрит
 3. дизметаболическая нефропатия
 4. нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.
9. В диагностических целях этому ребенку в первую очередь целесообразно назначить:
 1. цистоскопию
 2. посев мочи*
 3. измерение ритма и объема мочеиспусканий
 4. биохимическое исследование мочи
- 10.- 11.Родителей беспокоят эпизоды болей в животе у 4-летней дочери. При обследованииребенка обнаружены лейкоцитурия; при цистографии – правосторонний пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Ревизия сделанных ранее анализов мочи указывает на транзиторную лейкоцитурию. Наиболее вероятно заболевание:
 1. хронический цистит
 2. хронический пиелонефрит*
 3. глистная инвазия
 4. рецидивирующий вульвит

11. Первоочередным в данном случае является:
1. Посев мочи*
 2. цистоскопия
 3. исследование кала на яйца глистов
 4. осмотр гинеколога, взятие мазка с вульвы
- 12.- 13. У девочки 5 лет ухудшилось самочувствие, температура тела 38,50с. В течение 3-х дней боли в животе. В анализе крови: лейкоциты -13,0x10⁹/л, п/я-3%, с/я-62%, л-28%, э-2%, м-5%, соэ-32 мм/час. В моче обнаружены: белок – 0,066г/л, лейкоциты – 45-50 п/зр, эритроциты 5-7 в п/зр, оксалаты, ураты, бактерии. Наиболее вероятный диагноз:
1. дизметаболическая нефропатия
 2. острый цистит
 3. острый пиелонефрит
 4. острый гломерулонефрит
13. предполагаемое заболевание характеризуют следующие изменения в анализах мочи:
1. протеинурия
 2. гематурия
 3. лейкоцитурия*
 4. салурия
- 14.-15. У девочки 2-х лет на фоне орви появились боли в животе, была однократная рвота. кожа чистая, в зеве умеренная гиперемия слизистых оболочек, температура тела. 37,50сдыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. симптом поколачивания положительный справа. В анализе крови: лейкоциты – 11,0x10⁹, сегментоядерные 55%, палочкоядерные 3%, лимфоциты 35%, моноциты 2%, соэ 25 мм/ч. в моче следы белка, лейкоциты 30-40 в п/зр. Можно предположить:
1. присоединение кишечной инфекции
 2. тяжелое течение орви
 3. острый пиелонефрит*
15. Ребенку целесообразно назначить все, кроме:
1. жаропонижающих*
 2. обильного питья
 3. диеты с ограничением экстрактивных веществ
 4. антибиотиков
16. В стационар поступила девочка двух лет. Три дня назад после переохлаждения у нее появились боли в животе, лихорадка, учащенное, болезненное мочеиспускание. В анализе мочи – лейкоциты покрывают все поле зрения, эритроциты 5-7 в п/зр, белок 0,033 г/л. В посеве мочи кишечная палочка 50000 м.т./мл. Наиболее вероятный диагноз:
1. острый гломерулонефрит
 2. острая мочевого инфекция*
 3. геморрагический цистит
17. Лабораторными диагностическими критериями пиелонефрита являются:
1. лейкоцитурия нейтрофильного характера
 2. бактериурия
 3. лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом
 4. все перечисленное*
18. Осмотрев ребенка 5 лет в связи с повышением температуры до 38,50с, врач высказал предположение об инфекции мочевыводящих путей. Заподозрить эту патологию позволяют
1. Повышение температуры тела
 2. Боли в животе
 3. Положительный симптом поколачивания в поясничной области
 4. Все перечисленное*
19. Подтвердить инфекцию мочевыводящих путей позволяют:

1. бактериурия более 10⁵ микробных тел в 1 мл мочи
2. лейкоцитурия
3. высокая соэ
4. Все перечисленное*

5. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

7.

8. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.11: Острый и хронический гломерулонефрит. Острая и хроническая почечная недостаточность. Дисметаболические нефропатии.

Цель занятия: Способствовать формированию умений по диагностике и лечению острого и хронического гломерулонефрита, дисметаболической нефропатии в детском возрасте.

Задачи: Обучить студентов установлению клинического диагноза острого и хронического гломерулонефрита, дисметаболической нефропатии у детей. Рассмотреть дифференциальную диагностику острого и хронического гломерулонефрита с другими заболеваниями мочевой системы. Изучить принципы терапии больных детей с острым и хроническим гломерулонефритом. Изучить этиологию, клинические проявления, диагностику и лечение дисметаболической нефропатии в детском возрасте. Сформировать понятие о хронической почечной недостаточности.

Обучающийся должен знать: Эмбриогенез органов мочевого выделения, анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей, предрасполагающие факторы в развитии заболеваний почек у детей. Этиология, патогенез, клинические варианты гломерулонефрита, их характеристика, лабораторная диагностика при остром гломерулонефрите и различных вариантах хронического гломерулонефрита. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита. Осложнения, лечение и прогноз, диспансерное наблюдение. Этиология, клинические проявления, диагностика и лечение дисметаболической нефропатии в детском возрасте. Понятие о хронической почечной недостаточности.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра органов мочевыведения, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология, патогенез, иммунологические и патологоанатомические изменения клинические варианты, их характеристика, лабораторная диагностика при остром гломерулонефрите.
2. Дифференциальная диагностика (хронический гломерулонефрит, пиелонефрит, врожденный и наследственный нефротический синдром).
3. Осложнения и лечение прогноз, диспансерное наблюдение.
4. Классификация, клиническая картина, диагноз хронического гломерулонефрита.
5. Особенности клинической картины (мембранозный гломерулонефрит, фокально-сегментарный гломерулонефрит, мембранозно-пролиферативный гломерулонефрит).
6. Дифференциальная диагностика хронического гломерулонефрита с острым гломерулонефритом, пиелонефритом, мочекаменной болезнью.
7. Лечение в зависимости от морфологического варианта гломерулонефрита.
8. Понятие о хронической почечной недостаточности.
9. Особенности клиники и изменений лабораторных показателей при нефритическом, нефротическом, изолированном мочевом и смешанном синдромах острого гломерулонефрита.
10. Хроническая почечная недостаточность при заболеваниях почек у детей.
11. Этиологию, клинические проявления, диагностику и лечение дисметаболической нефропатии в детском возрасте.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) **Освоить практический навык:** провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления пиелонефрита

2) **Цель работы:** Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для заболеваний пищеварительной системы.

3) **Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):**

Провести курацию больного ребенка (подростка)

1. Собрать и оценить жалобы
2. Выявить симптомы гломерулонефрита.
3. Сформулировать предварительный диагноз.
4. Составить план обследования.
5. Составьте план лечения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Вялость, головная боль, бледность кожных покровов, мало мочи, моча в виде «мясных помоев», боли в пояснице.
2. Тахикардия, приглушенность сердечных тонов, бледность кожных покровов, отеки век, олигоурия, никтурия по анализам мочи.
3. Острый гломерулонефрит.
4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, проба Зимницкого, креатинин сыворотки, проба Реберга
5. Режим постельный, диета с ограничением соли и жидкости,

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача № 1. Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль,

отечность лица, голеней и стоп, появление мочи в виде «мясных помоев». Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез неотягощен. Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев гиперемирован, миндалины 2-3 степени, разрыхлены, без наложений. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в мин, АД 130/85 мм. рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл, моча красного цвета. ОАК: Нб – 125 г/л, Эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, п/я – 5%, с/я – 60%, э – 5%, л – 24%, м – 6%, СОЭ – 20 мм/час. ОАМ: количество – 70,0 мл, цвет – красный, прозрачность – неполная, реакция – щелочная, относительная плотность – 1028, эпителий – 1-2 в п/з, эритроциты – измененные, покрывают все поле зрения, лейкоциты – 2-3 в п/з, цилиндры – зернистые 3-4 в п/з, белок – 0,99%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л, альбумины – 53%, α_1 -глобулины – 3%, α_2 -глобулины – 17%, β -глобулины – 12%, γ -глобулины – 15%, мочевины – 17,2 ммоль/л, креатинин – 1,87 ммоль/л, калий – 5,21 ммоль/л, натрий – 141,1 ммоль/л, холестерин – 6,0 ммоль/л.

Биохимический анализ мочи: белок – 600 мг/сут (норма – до 200), фосфор – 21 ммоль/сут (норма – до 19-32), кальций – 3,6 ммоль/сут (норма – 1,5-4), креатинин – 2,5 ммоль/сут (норма – 2,5-15), аммиак – 28 ммоль/сут (норма – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 44 мг/сут (норма – до-17).

Вопросы:

5. Ваш диагноз и его обоснование.
6. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
7. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
8. Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания?

Эталон ответа.

1) Синдром поражения клубочков почек (гломерулонефрит: поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней и стоп, появление мочи в виде «мясных помоев»; с 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ; заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины; объективно - отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп, АД 130/85 мм. рт. ст. (повышено), суточный диурез 300-400 мл (снижен), моча красного цвета; в ОАМ - количество – 70,0 мл (снижено), относительная плотность – 1028 (повышена), цвет – красный (выраженная гематурия), прозрачность – неполная, реакция – щелочная, эритроциты – измененные, покрывают все поле зрения, белок – 0,99% (повышен), цилиндры – зернистые 3-4 в п/з; в ОАК - Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/час (повышены); в биохимическом анализе крови - α_2 -глобулины – 17% (повышены), мочевины – 17,2 ммоль/л (повышена), креатинин – 1,87 ммоль/л (незначительно повышен), калий – 5,21 ммоль/л (повышен), холестерин – 6,0 ммоль/л (повышен); в биохимическом анализе мочи - белок – 600 мг/сут (умеренно выраженная протеинурия), аммиак – 28 ммоль/сут (снижен), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (снижена), оксалаты – 44 мг/сут (гипероксалурия)).

2) Синдром поражения верхних дыхательных путей (тонзиллит) - с 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом; 2 недели назад начиналась ангина; объективно - зев гиперемирован, миндалины 2-3 степени, разрыхлены, без наложений; в ОАК - Лейк – $12,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 20 мм/час (повышены).

2. План лабораторно-инструментального обследования:

- 7) анализ мочи по Нечипоренко;
- 8) анализ мочи по Аддис-Каковскому;
- 9) проба Зимницкого;

- 10) проба Реберга (клубочковая фильтрация);
- 11) биохимический анализ крови на СРБ, сиаловые кислоты, анти-О-стрептолизин;
- 12) УЗИ почек.

3. Для уточнения функционального состояния почек следует использовать: пробу Зимницкого, пробу Реберга.

4. Уточнить этиологию заболевания позволят:

- 2) иммунологический тест – определение в крови анти-О-стрептолизина; мазок из зева на флору.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 2. Ребенок 8 лет, поступил в больницу с жалобами на головную боль, отеки, изменение цвета мочи (цвет «мясных помоев»). Ребенок от первой беременности, протекавшей физиологически. Родился в срок, масса тела при рождении 3200 г, длина тела 50 см. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 3-4 раза в год; отмечается лекарственная аллергия на пенициллин (крапивница). Болен с 6 лет. Заболевание возникло через 2 недели после ОРВИ: появились отеки, олигурия, протеинурия, эритроцитурия, анемия, АД 150/90 мм. рт. ст. Лечился в стационаре по месту жительства. После проведенной терапии состояние улучшилось, анализы мочи и крови нормализовались. Настоящее обострение началось после перенесенной ОРВИ. Ребенок поступил в стационар в тяжелом состоянии. При осмотре: отеки в области век, поясницы и передней брюшной стенки, голени. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 28 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 92 уд/мин. АД – 150/100 мм. рт. ст. Диурез – 250,0 мл/сут. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень +3 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. ОАК: Нв – 96 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9, Лейк – $6,5 \times 10^9$ /л, п/я – 8%, с/я – 66%, э – 1%, б – 1%, л – 19%, м – 5%, СОЭ – 40 мм/час. ОАМ: цвет – бурый, реакция – щелочная, относительная плотность – 1003, эритроциты – все поле зрения, лейкоциты – 3-5 в п/з, белок – 1,6%. Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 50,1%, α_1 -глобулины – 3,7%, α_2 -глобулины – 12%, β -глобулины – 9,9%, γ -глобулины – 24,3%, мочевины – 10,4 ммоль/л, креатинин – 260 мкмоль/л, калий – 7,23 ммоль/л, натрий – 144 ммоль/л, холестерин – 12,37 ммоль/л. Биохимический анализ мочи: белок – 2800 мг/сут (норма – до 200), фосфор – 21 ммоль/сут (норма – до 19-32), аммиак – 22 ммоль/сут (норма – 30-65), титрационная кислотность – 40 ммоль/сут (норма – 48-62), оксалаты – 204 мг/сут (норма – до-17).

Клиренс по эндогенному креатинину: 28 мл/мин.

Вопросы:

3. Ваш диагноз и его обоснование
4. Дополнительные исследования, необходимые для уточнения функции почек?

Задача № 3. Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области и учащенного мочеиспускания. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсокозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500г, длина тела 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ – часто. Аллергоanamnez не отягощен. Настоящему заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней больная продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная. При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание. ОАК: Нв – 140 г/л, Эр – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $20,0 \times 10^9$ /л, п/я – 10%, с/я – 60%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 46 мм/час. ОАМ: реакция – нейтральная, эритроциты – 1 в п/з, лейкоциты – сплошь все поле зрения, белок – нет, соли – оксалаты, бактерии – много. Биохимический анализ крови: общий белок – 72 г/л, СРБ (++++), серомукоид – 0,3, мочевины – 4,3 ммоль/л. УЗИ почек: почки расположены правильно, левая – 107×42×13 мм, правая – 94×37×13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки. Посев мочи: высеяна кишечная палочка в количестве 100000 микробных тел/мл.

Вопросы:

3. Ваш диагноз и его обоснование
4. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Гломерулонефриты у детей. Классификация. Клинико-лабораторные синдромы.
2. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез.
3. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Клинико-лабораторные проявления. Диагностика.
4. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Лечение, неотложная помощь при артериальной гипертензии.
5. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозного хронического гломерулонефрита.
6. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозно-пролиферативного хронического гломерулонефрита.
7. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мезангиопролиферативного хронического гломерулонефрита.
8. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения фокально-сегментарного гломерулосклероза.
9. Нефротический синдром (липоидный нефроз).
10. Осложнения хронического гломерулонефрита у детей.
11. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (экстракапиллярный с полулуниями). Морфологические и клинические особенности, течение, диагностика, неотложная помощь и лечение.
12. Хронические гломерулонефриты у детей. Классификация, морфологические варианты (мембранозный, мембранозно-пролиферативный, мезангиопролиферативный, фокально-сегментарный гломерулосклероз). Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения. Нефротический синдром (липоидный нефроз). Осложнения хронического гломерулонефрита.
13. Острая почечная недостаточность у детей. Этиология. Патогенез.
14. Клиника и фазы развития ОПН у детей.
15. Лечение ОПН у детей. Показания к гемодиализу.
16. Хроническая почечная недостаточность (хроническая болезнь почек) в детском возрасте. Морфологические изменения и патогенез.
17. Парциальная стадии ХПН.
18. Тотальная стадии ХПН.
19. Терминальная стадии ХПН.
20. Клиническая симптоматика основных синдромов ХПН и их терапевтическая коррекция.
21. Хроническая почечная недостаточность. Морфологические изменения и патогенез. Парциальная, тотальная, терминальная стадии ХПН. Клиническая симптоматика основных синдромов ХПН и их терапевтическая коррекция
22. Санаторно-курортное лечение больных .
23. Диспансерное наблюдение детей.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. У мальчика восьми лет спустя две недели после перенесенной ангины появились жалобы на головную боль, отеки век, моча приобрела цвет «мясных помоев».наиболее вероятно заболевание:
 1. пурпура шенлейна-геноха
 2. Острый гломерулонефрит*
 3. острый цистит
 4. нефролитиаз
2. У девочки 10 лет (через три недели после травмы и введения противостолбнячной сыворотки) развился остонефритический синдром. За 8 недель болезни креатинин сыворотки увеличился в 2

раза. В нефробиоптате выявлена экстракапиллярная пролиферация с образованием фиброэпителиальных полулуний в 55% гломерул.

У девочки имеет место:

1. острый гломерулонефрит
2. быстро прогрессирующий гломерулонефрит*
3. волчаночный нефрит
4. наследственный нефрит

3. У девочки с 6-месячного возраста в анализах мочи выявляется транзиторная лейкоцитурия (до 8-10 в п/зр) сейчас ребенку 2 года. Диагностирована хроническая почечная недостаточность латентного течения. В анализе мочи следы белка, лейкоциты 25-30, эритроциты 3-4 в п/зр. На цистограммах отмечен заброс контрастного вещества в дистальный отдел мочеточника правой почки. В настоящее время ребенку показаны:

1. уросептики
2. физиотерапия
3. фитотерапия
4. эндоскопическая антирефлюксная коррекция*

4. Показанием к коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса (пмр) является все, кроме:

1. рефлюкс-нефропатии вне зависимости от степени рефлюкса
2. пмр ii- iii степени при неэффективности консервативной терапии*
3. пмр i степени у ребенка первого года жизни

5. Выберите признаки, характерные для хронической почечной недостаточности:

1. анемия
2. нарушения фосфорно-кальциевого обмена
3. метаболический ацидоз
4. все перечисленное*

6. У ребенка 4 лет в анализах мочи персистирующая гематурия. Заподозрен синдром альпорта. Целесообразно:

1. изучение родословной
2. аудиометрия
3. осмотр окулиста
4. Все перечисленное*

7. У мальчика 5 лет через неделю после орви развился нефротический синдром. Выберите наиболее вероятные морфологические изменения в почках у этого ребенка:

1. мезангиокапиллярный гломерулонефрит
2. минимальные изменения клубочков*
3. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит

8.-9. Через 3 недели после перенесенной стрептодермии у ребенка 7 лет появились отеки лица, голеней, АД 130/80 мм рт.ст, моча цвета мясных помоев. Установите предварительный диагноз:

1. острый постстрептококковый гломерулонефрит*
2. быстро прогрессирующий гломерулонефрит
3. интерстициальный нефрит
4. острый пиелонефрит

9. Правильная врачебная тактика в данном случае:

1. назначение антибиотиков и диуретиков на дому
2. проведение диагностической нефробиопсии
3. срочная госпитализация ребенка в нефрологический стационар*

10. Мальчик 3 лет заболел два дня назад. При осмотре отмечены диффузные отеки, умеренная тахикардия, АД 95/60 мм рт.ст. Соз-45 мм/ч. В общем анализе мочи белок 3,5г/л, лейкоциты 2-3 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения. Назовите наиболее вероятный диагноз:

1. А. Идиопатический нефротический синдром
2. В. Острый гломерулонефрит*
3. С. Болезнь тонких базальных мембран
4. Д. Волчаночный нефрит

11. Для острого гломерулонефрита характерны:
1. отеки, макрогематурия, артериальная гипертензия*
 2. дизурические расстройства.
 3. нефротический синдром, артериальная гипертензия
12. Большая подвижность почек у детей младшего возраста обусловлена:
1. более извитыми мочеточниками
 2. относительно большей массой почек
 3. дольчатым типом строения почек
 4. слабым развитием околопочечной клетчатки*
13. При плановом обследовании больного 10-ти лет с хроническим гломерулонефритом в осадке мочи лейкоцитов 3-4, эритроцитов 3-5 в поле зрения. Относительная плотность мочи 1007-1021, клубочковая фильтрация 80 мл/мин на стандартную поверхность тела. В данном случае отклонением от нормы является:
1. относительная плотность мочи
 2. Число эритроцитов в осадке мочи*
 3. Число лейкоцитов в мочевом осадке
 4. Объем клубочковой фильтрации
14. У 5-дневной девочки каждое мочеиспускание оставляет на пеленках красноватые пятна. Собранная моча оказалась мутной, при хранении в ней появлялся красновато-коричневый осадок, число эритроцитов не превышало 1-2 в поле зрения. Причина указанных особенностей мочи у новорожденной:
1. половой криз
 2. Мочекислый диатез (инфаркт)*
 3. Макрогематурия вследствие заболевания крови
 4. Нефролитиаз
 5. Опухоль почки
15. Ребенок 2-х месяцев мочится до 17 раз в сутки. Частота мочеиспускания в данном случае рассматривается как:
1. физиологическая норма*
 2. цистит
 3. уретрит
 4. мочекислый инфаркт
16. Во время утренника в детском саду у ребенка 2 лет 10 месяцев, активного, с хорошим самочувствием, однократно было непроизвольное мочеиспускание, что раньше не отмечалось. Указанное явление можно расценить как:
1. цистит
 2. пиелонефрит
 3. физиологическую особенность*
 4. отсутствие гигиенических навыков
17. При обследовании 10-летнего мальчика перед отправкой в пионерский лагерь сделан анализ мочи: удельный вес 1019, прозрачность полная, сахара и белка нет, в осадке: лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 4-5 в поле зрения, единичные эпителиальные клетки. Отклонение от нормы отражает:
1. наличие эпителиальных клеток в анализе мочи
 2. число лейкоцитов
 3. число эритроцитов*
 4. удельный вес мочи
 5. все перечисленное
18. Девочка 3-х лет обследована перед поступлением в детский сад. В анализах мочи этого ребенка не соответствует возрастной норме:
1. белок 0,066 г/л
 2. эритроциты 3-4 в поле зрения
 3. лейкоциты 10-12 в поле зрения

4. все перечисленное*

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.10: Неонатология. Анатомо-физиологические особенности новорожденного.

Цель занятия: Сформировать у обучающихся представление о неонатологии как важном разделе педиатрии. Ознакомить студентов с современными проблемами неонатологии, показателями демографической статистики, заболеваемости и смертности новорожденных. Выделить актуальные задачи неонатологии на современном этапе. Определить основные научные и медицинские термины неонатологии. Способствовать усвоению студентами знаний по основам неонатологии, принципам и правилам ухода и вскармливания в периоде новорожденности.

Задачи: Рассмотреть задачи неонатологии на современном этапе, изучить основные понятия и термины, используемые в неонатологии. Ознакомиться с организацией оказания медицинской помощи новорожденным детям, изучить схему диспансерного наблюдения. Ознакомить студентов с правилами ежедневного ухода за новорожденным. Рассмотреть основные вопросы грудного вскармливания (преимущества для матери и ребенка, состав и биологические свойства грудного молока, раннее прикладывание к груди, расчет питания в соответствии с потребностями новорожденного, способы оценки достаточности питания, лечение гипогалактии у матери).

Обучающийся должен знать: Цели и задачи неонатологии. Основные понятия и термины, используемые в неонатологии. Влияние факторов риска на здоровье плода и новорожденного. Влияние алкоголя, никотина, наркотиков на развитие плода и здоровье новорожденного. Факторы риска по невынашиванию беременности. Уход за новорожденным (ежедневный утренний туалет, обработка пупочной ранки, обработка носовых ходов и глаз, купание, пеленание). Преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка. Раннее прикладывание новорожденного к груди матери в родильном зале. Значение и методика проведения. Состав и биологические свойства молозива и грудного молока. Способы и формулы расчета необходимого количества питания для новорожденного. Причины развития гипогалактии. Профилактику и лечение гипогалактии.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового

ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра органов мочевыведения, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Основные цели и задачи неонатологии.
2. Основные понятия и термины, используемые в неонатологии.
3. Влияние факторов риска на здоровье плода и новорожденного.
4. Влияние алкоголя, никотина, наркотиков на развитие плода и здоровье новорожденного.
5. Факторы риска по невынашиванию беременности.
6. Уход за новорожденным (ежедневный утренний туалет, обработка пупочной ранки, обработка носовых ходов и глаз, купание, пеленание).
7. Преимущества грудного вскармливания для матери и ребенка.
8. Раннее прикладывание новорожденного к груди матери в родильном зале.
9. Значение и методика проведения.
10. Состав биологические свойства молозива и грудного молока.
11. Способы и формулы расчета необходимого количества питания для новорожденного.
12. Причины развития гипогалактии.
13. Профилактика и лечение гипогалактии.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) **Освоить практический навык:**

1. *Определить массу тела у новорожденного.* Цель: научиться определять массу тела у новорожденного

Алгоритм освоения навыка

Измерение массы тела новорожденного ребенка.

Оснащение:

- ✓ Электронные весы.
- ✓ Резиновые перчатки.
- ✓ Емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.
- ✓ Бумага, ручка.

Подготовка к процедуре:

- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать чашу весов дезраствором с помощью ветоши в одном направлении от широкой части чаши к узкой.
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- ✓ Постелить на чашу весов сложенную в несколько раз пеленку (следить, чтобы она не закрывала шкалу и не мешала движению штанги весов).
- ✓ Включить весы

Выполнение процедуры:

- ✓ Уложить ребенка на весы головой к широкой части
- ✓ Дождаться фиксации результата определения массы на табло электронных весов
- ✓ Запомнить результат взвешивания
- ✓ Снять ребенка с весов

Завершение процедуры:

- ✓ Убрать пеленку с весов.
- ✓ Протереть рабочую поверхность весов дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Результаты: Записать показатели массы тела ребенка, сравнить с предыдущим взвешиванием и с возрастной нормой

Выводы:

- Неонатология важный раздел педиатрии, не только область медицинской науки, но и название основной врачебной специальности в государственной системе охраны здоровья детей.
- Основная документация, заполняемая на новорожденного ребенка в поликлинике и стационаре - история развития ребенка и медицинская карта стационарного больного
- Антропометрические показатели (масса тела) характеризуют здоровье новорожденного и соответствие его гестационному возрасту

2. *Определить длину тела новорожденного.* Цель: научиться определять длину тела у новорожденного.

Алгоритм освоения навыка

Оснащение:

- ✓ Горизонтальный ростомер.
- ✓ Пеленка.
- ✓ Резиновые перчатки.
- ✓ Емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.
- ✓ Бумага, ручка.

Подготовка к процедуре:

- ✓ Установить горизонтальный ростомер на ровной устойчивой поверхности шкалой «к себе».
- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать рабочую поверхность ростомера дезраствором с помощью ветоши.
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- ✓ Постелить пеленку (она не должна закрывать шкалу и мешать движению подвижной планки).

Выполнение процедуры:

- ✓ Уложить ребенка на ростомер головой к неподвижной планке.
- ✓ Выпрямить ноги малыша легким нажатием на колени.
- ✓ Придвинуть к стопам, согнутым под прямым углом, подвижную планку ростомера.
- ✓ По шкале определить длину тела ребенка.
- ✓ Запомнить результат измерения
- ✓ Убрать ребенка с ростомера.

Завершение процедуры:

- ✓ Сообщить результат маме.
- ✓ Убрать пеленку с ростомера.
- ✓ Протереть рабочую поверхность ростомера дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Результаты: Записать показатели массы тела ребенка, сравнить с предыдущим взвешиванием и с возрастной нормой

Выводы: Антропометрические показатели (дина тела) характеризуют здоровье новорожденного и соответствие его гестационному возрасту

3. *Определить окружность головы.* Цель: научиться определять окружность головы у новорожденного.

Алгоритм освоения навыка

Оснащение:

- ✓ сантиметровая лента;
- ✓ 70% этиловый спирт, марлевая салфетка;
- ✓ ручка, бумага.

Подготовка к процедуре:

- ✓ Вымыть и осушить руки.
- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки.
- ✓ Уложить ребенка.

Выполнение процедуры:

- ✓ Наложить сантиметровую ленту на голову ребенка по ориентирам:
- ✓ Сзади – затылочный бугор;
- ✓ Спереди – надбровные дуги.
- ✓ Определить показатели окружности головы.

Примечание: следить, чтобы палец исследователя не находился между лентой и кожей головы ребенка.

Завершение процедуры:

- ✓ Сложить и убрать сантиметровую ленту.
- ✓ Сообщить результаты маме.

Результаты: записать показатели окружности головы в документы ребенка, сравнить с предыдущим измерением и с возрастной нормой

Выводы: антропометрические показатели (окружность головы) характеризуют здоровье новорожденного и соответствие его гестационному возрасту

4. *Определить окружность груди.* Цель: научиться определять окружность груди у новорожденного.

Алгоритм освоения навыка

Оснащение:

- ✓ сантиметровая лента;
- ✓ 70% этиловый спирт, марлевая салфетка;
- ✓ ручка, бумага.

Подготовка к процедуре:

- ✓ Вымыть и осушить руки.
- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать сантиметровую ленту с двух сторон спиртом с помощью салфетки
- ✓ Уложить ребенка.

Выполнение процедуры:

- ✓ Наложить сантиметровую ленту на грудную клетку ребенка по ориентирам:
- ✓ Сзади – нижние углы лопаток;
- ✓ Спереди – верхний край околососковых кружков.
- ✓ Определить показатели окружности грудной клетки.

Примечание: следить, чтобы палец исследователя не находился между лентой и кожей головы ребенка.

Завершение процедуры:

- ✓ Свернуть и убрать сантиметровую ленту
- ✓ Сообщить результаты маме

Результаты: записать показатели окружности грудной клетки в документы ребенка, сравнить с предыдущим измерением и с возрастной нормой

Выводы: антропометрические показатели (окружность груди) характеризуют здоровье новорожденного и соответствие его гестационному возрасту

5. *Провести утренний туалет новорожденному ребенку.* Цель: научиться проводить утренний туалет новорожденному.

Алгоритм освоения навыка

Оснащение:

- ✓ Кипяченая вода.
- ✓ Стерильное растительное масло.
- ✓ Стерильные ватные шарики и жгутики.
- ✓ Лоток для стерильного материала.

- ✓ Лоток для отработанного материала.
- ✓ Чистый набор для пеленания.
- ✓ Резиновые перчатки.
- ✓ Дезинфицирующий раствор, ветошь.
- ✓ Мешок для грязного белья.

Обязательное условие: при обработке носовых и слуховых ходов исключить использование твердых предметов.

Подготовка к процедуре.

- ✓ Вымыть и осушить руки.
- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- ✓ Постелить на пеленальный столик пеленку.
- ✓ Раздеть ребенка (при необходимости подмыть) и положить на пеленальный столик.
- ✓ Сбросить одежду в мешок для грязного белья.

Выполнение процедуры.

- ✓ Умыть ребенка промокательными движениями ватным тампоном, смоченным кипяченой водой.
- ✓ Обработать глаза ребенка от наружного угла глаза к внутреннему ватным тампоном, смоченным кипяченой водой (для каждого глаза использовать отдельный тампон).
- ✓ Отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала.
- ✓ Аналогично обработке просушить глаза сухим ватным тампонами.
- ✓ Отработанные тампоны поместить в лоток для отработанного материала.
- ✓ Вращательными движениями прочистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельный жгутик).
- ✓ Отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала.
- ✓ Вращательными движениями прочистить слуховые проходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельные жгутики).
- ✓ Отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала.
- ✓ Открыть рот ребенка, слегка нажав на подбородок, и осмотреть слизистую оболочку полости рта.
- ✓ Обработать естественные складки кожи ватным тампоном, смоченным в стерильном растительном масле. Обработать в строгой последовательности:
 - заушные;
 - шейные;
 - подмышечные;
 - локтевые;
 - лучезапястные;
 - подколенные;
 - голеностопные;
 - паховые;
 - ягодичные.
- ✓ Сбросить отработанный материал в лоток.

Завершение процедуры.

- ✓ Одеть ребенка и уложить в кроватку.
- ✓ Убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья.
- ✓ Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Результаты: очищение носовых ходов, наружных слуховых проходов и кожных покровов новорожденного

Выводы: гигиенический туалет новорожденного является необходимым элементом ежедневного ухода за новорожденным.

6. *Провести туалет носовых ходов у новорожденного.* Цель: научиться проводить туалет носовых ходов новорожденному.

Алгоритм выполнения

Оснащение:

- ✓ Стерильное растительное масло.
- ✓ Ватные жгутики.
- ✓ Лоток для стерильного материала.
- ✓ Лоток для отработанного материала.
- ✓ Резиновые перчатки.
- ✓ Дезинфицирующий раствор, ветошь.
- ✓ Мешок для грязного белья.

Подготовка к процедуре.

- ✓ Вымыть и осушить руки.
- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.
- ✓ Постелить на пеленальный столик пеленку.
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- ✓ Ребенка положить на пеленальный столик, снять шапочку..

Выполнение процедуры.

- ✓ Вращательными движениями прочистить носовые ходы тугими ватными жгутиками, смоченными в стерильном растительном масле (для каждого носового хода использовать отдельный жгутик).
- ✓ Отработанные жгутики поместить в лоток для отработанного материала.

Завершение процедуры.

- ✓ Убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья.
- ✓ Протереть рабочую поверхность пеленального столика дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки

Результаты: очищение носовых ходов новорожденного

Выводы: гигиенический туалет носовых ходов новорожденного является необходимым элементом ежедневного ухода за новорожденным.

7. *Обработать пупочную ранку у новорожденного.* Цель: научиться проводить обработку пупочной ранки.

Алгоритм выполнения

Оснащение:

- ✓ Стерильные ватные палочки
- ✓ Лоток для отработанного материала
- ✓ 3% раствор перекиси водорода
- ✓ 70% этиловый спирт
- ✓ 5% раствор перманганата калия
- ✓ Стерильная пипетка
- ✓ Набор для пеленания, приготовленный на пеленальном столике
- ✓ Резиновые перчатки
- ✓ Емкость с дезинфицирующим раствором
- ✓ Ветошь

Подготовка к процедуре:

- ✓ Подготовить необходимое оснащение
- ✓ Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки
- ✓ Постелить пеленку на пеленальный столик
- ✓ Уложить ребенка на пеленальном столе

Выполнение процедуры:

- ✓ Хорошо растянуть края пупочной ранки указательным и большим пальцами левой руки
- ✓ Капнуть из пипетки в ранку 1 – 2 капли 3% раствором перекиси водорода
- ✓ Удалить образовавшуюся в ранке «пену» стерильной ватной палочкой движением изнутри наружу (сбросить палочку в лоток)
- ✓ Сохраняя растянутыми края пупочной ранки, обработать ее стерильной ватной палочкой, смоченной 70% этиловым спиртом, движением изнутри наружу (сбросить палочку в лоток)
- ✓ Обработать кожу вокруг ранки этиловым спиртом с помощью ватной палочки движениями от центра к периферии (сбросить палочку в лоток).
- ✓ Обработать (по необходимости) пупочную ранку (не затрагивая кожу вокруг ранки) 5% раствором перманганата калия с помощью ватной палочки (сбросив палочку в лоток)

Завершение процедуры:

- ✓ Запеленать ребенка и положить в кроватку.
- ✓ Убрать пеленку с пеленального столика и поместить ее в мешок для грязного белья.
- ✓ Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Результаты: очищение пупочной ранки новорожденного

Выводы: гигиенический туалет пупочной ранки новорожденного является необходимым элементом ежедневного ухода за новорожденным.

8. *Провести пеленание новорожденного.* Цель: научиться проводить пеленание новорожденного.

Алгоритм выполнения

Оснащение:

- ✓ Фланелевая и тонкая х/б пеленка.
- ✓ Тонкая х/б и теплая распашонка.
- ✓ Тонкая и теплая шапочка.
- ✓ Подгузник или памперс.
- ✓ Полотенце.
- ✓ Пеленальный столик.
- ✓ Резиновые перчатки.
- ✓ Емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.

Подготовка к процедуре.

- ✓ Подготовить необходимое оснащение.
- ✓ Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором.
- ✓ Вымыть и осушить руки, надеть перчатки.
- ✓ Уложить на пеленальном столе пеленки послойно (снизу вверх: фланелевая пеленка → тонкая пеленка → подгузник или выложить памперс).
- ✓ Приготовить распашонки и шапочки, вывернув швы наружу.

Выполнение процедуры.

- ✓ Распеленать ребенка в кроватке (при необходимости подмыть и осушить полотенцем), положить на пеленальный столик.
- ✓ Надеть на ребенка тонкую распашонку разрезом назад, затем фланелевую разрезом вперед, так чтобы полы распашонки полностью закрывали спинку/грудку ребенка.
- ✓ Подвернуть нижние края распашонок наружу.
- ✓ Надеть подгузник. Для этого:
 - а. уложить ребенка на пеленки так, чтобы широкое основание подгузника приходилось на область поясницы;
 - б. провести нижний угол подгузника между ножками малыша;
 - в. обернуть боковые концы подгузника вокруг тела.
- ✓ Завернуть ребенка в тонкую пеленку «без ручек»:

- а. расположить ребенка на тонкой пеленке так, чтобы верхний ее край был на уровне «подмышек»;
- б. один край пеленки провести между ножек;
- в. другим – обернуть малыша;
- г. подвернуть нижний край пеленки, оставив пространство для свободного движения ножек и обернуть им туловище ребенка;
- д. зафиксировать пеленку, расположив «замочек пеленки» спереди.
 - ✓ Надеть шапочки на ребенка вначале тонкую, затем фланелевую.
 - ✓ Запеленать ребенка в теплую пеленку «с ручками»:
- а. расположив ребенка на фланелевой пеленке так, чтобы ее верхний край располагался на уровне козелка;
- б. одним краем пеленки зафиксировать плечо соответствующей стороны, среднюю часть туловища и подмышечную область другой стороны;
- в. другим концом пеленки накрыть и зафиксировать второе плечо;
- г. подвернуть нижний край пеленки так, чтобы оставалось свободное пространство для движения ножек ребенка;
- д. зафиксировать пеленку на уровне середины плеч (выше локтевых суставов), «замочек» расположить спереди.

Завершение процедуры.

- ✓ Уложить ребенка в кроватку на бок.
- ✓ Протереть рабочую поверхность пеленального стола дезраствором.
- ✓ Снять перчатки, вымыть и осушить руки.

Результаты: создание ребёнку комфорта, осуществление ухода и согревание новорожденного

Выводы: регулярная текущая смена белья у новорожденного является необходимым элементом ежедневного ухода и профилактикой заболеваний кожи

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Девочка Р., 5 дней, от первой беременности, протекавшей с легким токсикозом в 1-й половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Окружность груди 34 см, окружность головы 35 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через 2 часа после рождения. Активная, хорошо сосет грудь. Первые дни теряла в массе, масса тела на 4-е сутки составила 2950 г. Масса тела при текущем взвешивании 3000 г, физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые. Пуповинный остаток мумифицируется, кожа вокруг пупочного кольца не изменена, пупочная вена не пальпируется. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны отчетливые. Частота дыхания 40-42 в минуту. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета, 5 раз в сутки, с единичными неперевааренными комочками, прожилками слизи. *Общий анализ крови:* НЬ - 186 г/л, Эр - $5,6 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, Лейк - $6,4 \times 10^9$, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 45%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час. *Общий анализ мочи:* цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - много, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, цилиндры - нет, соли - кристаллы мочевой кислоты. *Биохимический анализ крови:* общий белок - 62,4 г/л, билирубин: непрямой - 51 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Оцените состояние ребенка.
2. Оцените антропометрические показатели данного ребенка.
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты общего анализа мочи.

5. Оцените результаты биохимического анализа крови.

6. Как следует кормить этого ребенка?

Алгоритм выполнения:

1. Состояние новорожденного ребенка удовлетворительное
2. Антропометрические показатели в среднем коридоре центильных таблиц. Физическое развитие мезосоматическое гармоничное.
3. Общий анализ крови в пределах возрастной нормы, отмечается первый перекрест лейкоцитарной формулы.
4. Общий анализ мочи соответствует периоду новорожденности. Отмечается физиологическая уратурия.
5. Биохимический анализ крови в пределах возрастных показателей для новорожденного ребенка.
6. Продолжать грудное вскармливание по требованию ребенка, включая одно ночное кормление.

2) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Девочка Д, 2 дней, находится в родильном доме.

Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность вторая (первая закончилась выкидышем в 14 -16 недель). На учете в женской консультации не наблюдалась. Женщина курит с 15 лет по 4 сигареты в день. Во время настоящей беременности при сроке 8-9 недель отмечалось ОРЗ. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказывалась. Роды I, преждевременные, на 32-33-й неделе. 1-й период -5 часов, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 7 часов 30 минут, околоплодные воды окрашены меконием. Оценка по шкале Ангар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 1850 г, длина тела 40 см, окружность головы - 28 см, грудной клетки - 27 см. При первичном осмотре неонатолога у ребенка с множественными стигмами дизэмбриогенеза состояние тяжелое за счет угнетения функций ЦНС, синдрома дыхательных расстройств, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотные при пальпации. На 2-й день жизни состояние очень тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Кожные покровы бледные. В легких дыхание ослаблено, частота дыхания 62-64 в минуту. Частота сердечных сокращений 180-200 в минуту. При аускультации над областью сердца выслушивается грубый систолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров. Отмечаются периферические отеки на ногах, в низу живота. *Общий анализ крови:* Hb - 124 г/л, Эр - $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $95,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,1 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 49%, э - 1%, л - 32%, м - 12%, СОЭ - 34 мм/час.

Задание

1. Оцените состояние ребенка.
2. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
4. Выделите факторы перинатального риска.
5. Консультации какого специалиста следует провести?
6. Назначьте дополнительное обследование.
7. Как должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике после выписки?
8. Что такое эмбрио- и фетопатии? Чем они характеризуются?

Задача 2. Новорожденный извлечен путем операции планового кесарева сечения в удовлетворительном состоянии с массой 3600г., длиной 52см, о.гол. 36см, о. гр. 35см.

1. Когда целесообразно осуществить первое кормление ребенка ?
2. Какое питание предпочтительнее в данном случае?
3. Назначьте режим питания данному ребенку?
4. Рассчитайте объем питания ребенку по формуле Финкельштейна, калорийным и объемным способом.

Задача 3. Новорожденному 10 дней. Масса 3600гр., длина 54см, о.гол.37см, о.гр.36 см. Самочувствие удовлетворительное. Вскармливание естественное. Пуповинный остаток отпал на 7 сутки, ранка чистая, эпителизируется. Кожные покровы розовые, чистые. Слизистые чистые. Стул до 6 раз

в сутки, желтый кашицеобразный, без патологических примесей. Ч.д. 40 в минуту. Ч.с.с. 120 уд. В минуту.

1. Назначьте режим питания данному ребенку?
2. Рассчитайте объем питания ребенку по формуле Финкельштейна, калорийным и объемным способом.
3. Дайте консультацию матери по уходу за пупочной ранкой, кожными покровами.
4. Расскажите, как правильно купать ребенка?
5. Как определить, хватает ли ребенку материнского молока?

Задания для групповой работы: Составить таблицу преимуществ грудного вскармливания для матери и ребенка; Составить памятку для кормящей матери по профилактике гипогалактии.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Предмет и задачи неонатологии.
2. Современные проблемы неонатологии, показатели медицинской и демографической статистики.
3. Заболеваемость и смертность новорожденных, статистические показатели, структура. Актуальные проблемы и задачи неонатологии.
4. Перинатальная смертность и ее роль в структуре младенческой смертности.
5. Характеристика периода новорожденности. Основные научные и медицинские термины, используемые в неонатологии.
6. Периоды развития плода и ребенка. Основные факторы риска развития плода. Понятие о гамеопатиях и бластопатиях. Эмбрио- и фетопатии.
7. Критерии живорождения.
8. Понятие о физиологической зрелости. Критерии определения физиологической зрелости новорожденного. Основные группы новорожденных детей в зависимости от срока гестации и степени физиологической зрелости.
9. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, рожденных в срок (доношенные дети).
10. Задачи неонатологии на современном этапе.
11. Влияние факторов риска (алкоголя, никотина, наркотиков) на развитие плода и здоровье новорожденного. Роль ЗОЖ в формировании здоровья ребенка.
12. Организация оказания медицинской помощи новорожденным детям в РФ.
13. Диспансерное наблюдение ребенка в периоде новорожденности.
14. Уход за новорожденным (ежедневный утренний туалет, обработка пупочной ранки, обработка носовых ходов и глаз, купание, пеленание).
15. Грудное вскармливание. Преимущества для матери и ребенка.
16. Состав и биологические свойства грудного молока.
17. Раннее прикладывание к груди в родовом зале. Значение.
18. Способы расчета питания в соответствии с потребностями новорожденного, Способы оценки достаточности питания.
19. Методика проведения контрольного взвешивания.
20. Оценка лактации кормящей матери.
21. Лечение гипогалактии.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:

- 1) 22- 37 недель
- 2) 28-37 недель
- 3) 36-40 недель
- 4) 37-42 недели *
- 5) более 42 недель

2. Сразу после рождения температура тела новорожденного:
 - 1) не изменяется
 - 2) понижается *
 - 3) повышается
3. Доношенный новорожденный в возрасте 10 дней в норме должен иметь:
 - 1) Мышечный гипертонус в сгибателях*
 - 2) Мышечную дистонию
 - 3) Гипотонию в руках и гипертонус в ногах
 - 4) Мышечный гипертонус в группе разгибателей
 - 5) Ни одно из вышеназванного
4. Прогноз новорожденного с задержкой внутриутробного развития более благоприятный при:
 - 1) гипотрофическом варианте *
 - 2) гипопластическом варианте
5. При обследовании новорожденного врач намерен проверить наличие рефлексов орального автоматизма. Какие из нижеперечисленных приемов следует использовать с этой целью?
 - 1) Поглаживание кожи вблизи угла рта*
 - 2) Надавливание на ладонь
 - 3) Вкладывание в рот соски
 - 4) Укладывание на живот
6. I степень гипотрофического варианта пренатальной гипотрофии у доношенного новорожденного характеризуется:
 - 1) массо-ростовым показателем 55-59,9 *
 - 2) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
 - 3) наличием пороков развития
 - 4) увеличением размеров паренхиматозных органов
7. Третья степень задержки внутриутробного развития у доношенного новорожденного характеризуется:
 - 1) массо-ростовым показателем меньше 50*
 - 2) уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях*
 - 3) наличием пороков развития

4) Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

б)

7) Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Тема 1.11: Неонатология. Адаптация. Транзиторные состояния.

Цель занятия: Рассмотреть процесс кардиореспираторной адаптации ребенка сразу после рождения. Изучить процесс адаптации в неонатальном периоде и физиологические переходные (транзиторные) состояния в неонатальном периоде.

Задачи: Сформировать у студентов представления о процессе адаптации новорожденного к внеутробной жизни. Дать общее понятие об адаптации новорожденного и рассмотреть особенности адаптации в первые минуты, часы и дни жизни новорожденного. Изучить транзиторные состояния в неонатальном периоде. Отметить важность качественной медицинской помощи и ухода в прогнозировании течения адаптации новорожденного.

Обучающийся должен знать: Анатомо-физиологические особенности новорожденных, Адаптации новорожденного. Виды адаптации. Понятие о переходных (пограничных) состояниях в неонатальном периоде. Синдром «только что родившегося ребенка». Кардио-респираторная адаптация новорожденного (плацентарная трансфузия, закрытие овального отверстия и боталлова протока, первый вдох, становление легочного дыхания). Метаболическая адаптация новорожденного. Транзиторные особенности обмена веществ. Транзиторная гипербилирубинемия. Транзиторные нарушения терморегуляции. Транзиторная потеря первоначальной массы тела. Транзиторные изменения кожи и подкожной клетчатки. Транзиторные особенности функции почек. Транзиторный катар кишечника. Базовая помощь новорожденным в родильном доме. Уход за новорожденным.

Обучающийся должен уметь: выделять факторы риска по данным анамнеза, проводить оценку состояния ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма здорового новорожденного ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др). Определить необходимый разовый и суточный объем питания для новорожденного по калорийному, объемному методам и по формулам. Назначить число и часы кормлений. Назначить профилактику гипогалактии. Сформулировать диагноз гипогалактии. Назначить лечение гипогалактии.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, методами определения основных антропометрических параметров у новорожденного (масса тела, длина тела, окружность головы, окружность груди), навыками проведения объективного осмотра новорожденного, умениями оценки состояния новорожденного, умениями использования результатов изучения анамнеза и физикального осмотра. Владеть методикой проведения контрольного кормления новорожденного ребенка, туалета глаз, проведения туалета носовых ходов, обработки пупочной ранки, проведения туалета кожных покровов, проведения гигиенической ванны новорожденному.

Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, рожденных в срок (доношенные дети).
2. АФО детей, рожденных позже срока (переношенные дети).
3. Адаптации новорожденного. Виды адаптации.
4. Понятие о переходных (пограничных) состояниях в неонатальном периоде.
5. Синдром «только что родившегося ребенка».
6. Кардио-респираторная адаптация новорожденного (плацентарная трансфузия, закрытие овального отверстия и боталлова протока, первый вдох, становление легочного дыхания).
7. Транзиторная гиперфункция желез внутренней секреции.
8. Гормональный (половой) криз.
9. Метаболическая адаптация новорожденного. Транзиторные особенности обмена веществ.
10. Транзиторная гипербилирубинемия.
11. Транзиторные нарушения терморегуляции.
12. Транзиторная потеря первоначальной массы тела.
13. Транзиторные изменения кожи и подкожной клетчатки.

14. Транзиторные особенности функции почек.
15. Транзиторный катар кишечника.
16. Базовая помощь новорожденным в родильном доме.
17. Уход за новорожденным.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) Освоить практический навык: провести объективный осмотр новорожденного ребенка и определить проявления переходного состояния.

2) Цель работы: Выработать умение определять симптомы, характерные для транзиторных состояний в период новорожденности

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

Провести осмотр новорожденного (либо учебную историю развития новорожденного) и определить симптомы транзиторного состояния

Алгоритм выполнения работы:

При оценке данных осмотра выявлены следующие симптомы: умеренное симметричное нагрубание грудных желез без признаков воспаления. Заключение: отмечается физиологическая мастопатия новорожденного.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

3. Задача 1. Новорожденный доношенный мальчик, возраст 3 дня, от второй физиологической беременности, первых срочных родов. В анамнезе мед. аборт. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу, к груди приложен сразу после рождения. Состояние за время наблюдения в последующие дни жизни удовлетворительное. Находится в палате совместного пребывания матери и ребенка. Свободный режим грудного вскармливания. У матери вырабатывается молоко. При очередном взвешивании масса тела 3150 г. Ребенок активный, сосет хорошо, не срыгивает. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный. Кожные покровы розовые, на коже лица и на крыльях носа имеются беловато-желтоватые мелкие узелки, на коже груди и живота - крупнопластинчатое шелушение. Частота дыхания 42 в 1 минуту. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, без хрипов. Частота сердечных сокращений 120 ударов в 1 минуту. Сердечные тоны отчетливые, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, умеренной плотности. Селезенка не пальпируется. Стул с неперева-ренными комочками, прожилками слизи.

Вопросы:

1. Какие пограничные состояния наблюдаются у данного ребенка?
2. За счет чего отмечалось падение веса в первые дни жизни?
3. Дайте рекомендации по вскармливанию.

Алгоритм ответов:

1. Отмечается физиологическая убыль массы тела, крупнопластинчатое физиологическое шелушение кожных покровов, младенческие угри (milia), переходный катар кишечника.
2. Это транзиторные состояния, не требующие лечения.
3. Продолжить грудное вскармливание по требованию ребенка.

Задача 2. Ребенок родился от здоровой матери, от 3-й беременности, первых родов, протекавших физиологически. Роды произошли в срок, ребенок родился без асфиксии, масса тела при рождении – 3000 г, длина тела – 49 см. Грудь взял сразу, сосал активно. После удаления первородной смазки возникла краснота кожи с легким цианотическим оттенком, на 2-й день краснота кожи стала более яркой, цианотический оттенок исчез. После рождения в теменно-затылочной области головы отмечалась отечность тканей в виде опухолевидного образования, к концу 2 суток это образование исчезло. На 3-й день жизни появилось крупнопластинчатое шелушение на животе и груди. На 4-й день на коже ребенка появились множественные папулезные элементы, окруженные венчиком гиперемии, больше на конечностях, ягодицах, груди. Ребенок выписан из роддома на 6-й день жизни. При

выписке отмечено, что краснота кожи исчезла, шелушение сохраняется, папулезная сыпь, продержавшись 2 дня, также исчезла.

1. Здоров ли ребенок?

2. Какие переходные состояния у данного ребенка?

Здоров. Физиологическая эритема, физиологическое шелушение кожи, родовая опухоль, токсическая эритема. Последняя свидетельствует о ранней реализации аллергически измененной реактивности.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Новорожденный мальчик, 6 дней. Выписан из родильного дома накануне. От второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Роды срочные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу третьих суток появилась иктеричность кожных покровов и слизистых. При посещении на дому участковый педиатр отметил, что у ребенка отмечается субиктеричность слизистой полости рта и склер, легкая желтушность кожных покровов на лице, на груди, на спине и на верхних конечностях. Состояние ребенка удовлетворительное. Ребенок хорошо сосет грудь, не срыгивает. Ч.д. 40 в минуту. Частота сердечных сокращений 140 уд. в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Крик громкий. Рефлексы новорожденного хорошо выражены. Печень и селезенка не увеличены. Стул переходный, 6-7 раз в сутки, золотисто-желтого цвета без патологических примесей. Общий анализ крови по данным выписки из родильного дома: НЬ - 141 г/л, Эр - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,99; Лейк - $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 43%, э - 1%, л - 48%, м - 7%, СОЭ - 1 мм/час. Биохимический анализ крови на 5-й день жизни: общий белок - 60 г/л, билирубин: непрямоy - 138 мкмоль/л, прямоy - нет. Группа крови у матери O (I) Rh (+). У ребенка не определялась.

Вопросы:

1. Как Вы объясните проявления желтухи у данного ребенка?
2. Требуется ли лечение желтухи?
3. Дайте рекомендации по вскармливанию ребенка.
4. Дайте рекомендации маме по стимуляции и сохранению лактации.

Задания для групповой работы:

I. Составление и оформление таблицы: «Анатомо-физиологические особенности новорожденного ребенка».

II. Просмотр учебного фильма «АФО и осмотр новорожденных». Расскажите, какие анатомо-физиологические особенности новорожденных отражены в фильме?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, рожденных в срок (доношенные дети).
2. АФО детей, рожденных позже срока (переношенные дети).
3. Адаптации новорожденного. Виды адаптации.
4. Понятие о переходных (пограничных) состояниях в неонатальном периоде.
5. Синдром «только что родившегося ребенка».
6. Кардио-респираторная адаптация новорожденного (плацентарная трансфузия, закрытие овального отверстия и боталлова протока, первый вдох, становление легочного дыхания).
7. Транзиторная гиперфункция желез внутренней секреции.
8. Гормональный (половой) криз.
9. Метаболическая адаптация новорожденного. Транзиторные особенности обмена веществ.
10. Транзиторная гипербилирубинемия.
11. Транзиторные нарушения терморегуляции.

12. Транзиторная потеря первоначальной массы тела.
13. Транзиторные изменения кожи и подкожной клетчатки.
14. Транзиторные особенности функции почек.
15. Транзиторный катар кишечника.
16. Базовая помощь новорожденным в родильном доме.
17. Уход за новорожденным.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. Период новорожденности:

- 1) 0-7 дней
- 2) 0-28 дней
- 3) 0-14 дней
- 4) 0-12 мес

2. Ребенок считается доношенным, если родился при сроке беременности:

- 1) менее 37 нед
- 2) от 37-й до 42-й нед
- 3) на 42-й нед и более
- 4) от 35-й до 40-й нед
- 5) на 40-й нед и более

3. Ребенок с очень низкой массой тела при рождении – ребенок любого срока гестации, имеющий при рождении массу тела менее:

- 1) 1200 г
- 2) 1500 г
- 3) 1000 г
- 4) 500 г

4. Исключите из перечня антропометрических характеристик новорожденного при рождении неверный ответ:

- 1) масса тела колеблется от 3600 г до 4200 г
- 2) в среднем для мальчиков – 3500 г
- 3) в среднем для девочек – 3200 г
- 4) длина тела колеблется – 48-58 см
- 5) в среднем длина тела – 52-53 см
- 6) окружность головы в среднем – 30-32 см
- 7) окружность груди в среднем – 32-34 см

5. Что не относится к функционально зрелому ребенку?

- 1) достаточная терморегуляция
- 2) активное сосание, громкий крик
- 3) достаточная двигательная активность
- 4) правильный ритм дыхания и сердечной деятельности
- 5) физиологический гипертонус разгибателей
- 6) отсутствие расстройств микроциркуляции

6. II степень недоношенности считается, если гестационный возраст к моменту рождения составлял:

- 1) менее 29 недель беременности
- 2) 29-31 нед беременности
- 3) 35-37 нед беременности
- 4) 32-34 нед беременности

7. Что характерно для особенностей недоношенного ребенка?

- 1) подкожная жировая клетчатка хорошо развита
- 2) ушные раковины мягкие
- 3) малый родничок в 25% открыт
- 4) нет расхождения черепных швов

8. При осмотре новорожденных в норме допустимо наличие:

- 1) 5-7 стигм дисэмбриогенеза

- 2) 7-9 стигм дисэмбриогенеза
 3) 10-11 стигм дисэмбриогенеза
 4) 12-13 стигм дисэмбриогенеза
9. Появляющееся сразу после родов и исчезающее в течение первых дней жизни тестоватой консистенции образование на голове ребенка, без четких границ и локализующееся над двумя или даже тремя костями, называется:
 1) родовой опухолью
 2) кефалогематомой
10. Какой тест на выявление врожденного вывиха (дисплазии) тазобедренного сустава проводят у новорожденных?
 1) Тренделенбурга
 2) Мак-Клюра-Олдрича
 3) Ортолани
 4) Сулковича
11. Нежное раздражение наружного края подошвы, в ответ на которое возникает тыльное сгибание стопы с веерообразным раскрытием пальцев. О каком безусловном рефлексе идет речь?
 1) рефлекс Куссмауля
 2) рефлекс Бабкина
 3) рефлекс Кернига
 4) рефлекс Бабинского
12. Рефлекс, вызываемый резким ударом по пеленальному столу в 20-30 см от головки ребенка и проявляющийся частичным разведением ручек с раскрытием кулачков, а затем их сведением с тенденцией к обхвату туловища – это:
 1) рефлекс Бабкина
 2) рефлекс Кернига
 3) рефлекс Моро
 4) рефлекс Бабинского
 5) рефлекс Бауэра
- Ответы: 1-2; 2-2; 3-2; 4-6; 5-5; 6-4; 7-2; 8-1; 9-1; 10-3; 11-4; 12-3

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Препедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 1.12: Анатомо-физиологические особенности недоношенных. Особенности ухода, течения периода адаптации. Респираторный дистресс синдром. Бронхолегочная дисплазия.

Цель занятия: Освоить знания по анатомо-физиологическим особенностям детей, рожденных до срока, особенностям течения у них периода адаптации. Формировать навыки ухода за недоношенным ребенком, изучить синдром дыхательных расстройств и бронхолегочную дисплазию.

Задачи: Изучить критерии недоношенности. Рассмотреть анатомо-физиологические особенности детей, рожденных до срока и их влияние на течение периода адаптации. На основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, данных лабораторных и рентгенологических исследований научиться установлению клинического диагноза синдрома дыхательных расстройств и бронхолегочной дисплазии.

Обучающийся должен знать: Факторы риска и их влияние на не вынашивание беременности. Критерии недоношенности. Признаки морфо-функциональной незрелости недоношенности новорожденного. Правила оценки новорожденного по шкале Сильвермана-Андерсена и по шкале Дубовица. Анатомо-физиологические особенности недоношенных новорожденных. Основные физиологические показатели жизнедеятельности недоношенного (частота дыхания, частота сердечных сокращений, артериальное давление, диурез и т.д.). Уход за недоношенным ребенком. Этиологию, патогенез, клинические проявления синдрома дыхательных расстройств. Критерии диагностики и лечения синдрома дыхательных расстройств. Бронхолегочная дисплазия.

Обучающийся должен уметь: выделять факторы риска по данным анамнеза, проводить оценку состояния новорожденного ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма здорового новорожденного ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др). Провести осмотр и клиническое обследование недоношенного новорожденного. Определить частоту дыхания и сердцебиения у недоношенного. Дать интерпретацию изменениям гемограммы и уровня железа в сыворотке у недоношенного.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора анамнеза, методами определения основных антропометрических параметров у новорожденного, навыками проведения объективного осмотра новорожденного, умениями оценки состояния новорожденного, умениями использования результатов изучения анамнеза и физикального осмотра. Навыком оценки недоношенного ребенка по шкалам Любченко, навыком определения степени зрелости по шкале Дубовица. Владеть методом оценки степени тяжести синдрома дыхательных расстройств по шкале Сильвермана.

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Патогенез РДС при рассеянных ателектазах, отечно-геморрагическом синдроме и болезни гиалиновых мембран.
2. Клинические проявления РДС у новорожденных.
3. Характерные рентгенологические данные при рассеянных ателектазах, отечно-геморрагическом синдроме и болезни гиалиновых мембран.
4. Оценка тяжести РДС у новорожденных по шкале Сильвермана-Андерсена.
5. Факторы, способствующие частому развитию РДС у недоношенных новорожденных. Патогенез РДС у недоношенных новорожденных.
6. Особенности клиники РДС у недоношенных.
7. Дифференциальный диагноз РДС у недоношенных и доношенных новорожденных при рассеянных ателектазах, отечно-геморрагическом синдроме и болезни гиалиновых мембран с РДС при массивной аспирации, полисегментарных ателектазах, аномалиях развития легких, сердца и сосудов, диафрагмы.
8. Принципы лечения РДС. Оксигенотерапия

2. Практическая подготовка.

Освоить практический навык: Проведение пальпации, перкуссии и аускультации новорожденного.

2) Цель работы: обучить технике пальпации, перкуссии и аускультации новорожденного.

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): При пальпации родничков черепа

определяют их величину, обращают внимание на их выбухание или западение, пульсацию. Изменение формы головы может быть связано с наличием родовой опухоли, имеющее тестообразную консистенцию, без четких границ и локализирующаяся над двумя или даже тремя костями, которая появляется сразу после родов и исчезает в течение первых дней жизни. Другой причиной может быть кефалогематома (поднадкостничное кровоизлияние). По сравнению с родовой опухолью она более плотная, при пальпации определяется флюктуация, локализуется строго в пределах одной кости, чаще теменной или затылочной.

Пальпация и перкуссия грудной стенки у новорожденных имеют ограниченное значение из-за небольших размеров груди. Перкуторный звук может укорачиваться при пневмонии, однако во многих случаях при явном поражении бронхолегочного аппарата отчетливого изменения перкуторного звука выявить не удастся.

Исследование сердца дополняется пальпацией сосудов, прощупываются бедренная и плечевая артерии. Снижение общей периферической пульсации свидетельствует о левожелудочковой недостаточности. Перкуссией границ сердца трудно диагностировать расширение сердца (декстракардию, или смещение сердца вследствие пневмоторакса или диафрагмальной грыжи).

Пальпация брюшной стенки дает возможность определить размеры печени, выступающей из-под края реберной дуги. Осматривают анус, фиксируют частоту и характер стула.

У всех новорожденных проводят тест Ортолани. Он заключается в следующем: ребенок лежит на спине, нижние конечности направлены к исследующему; при прямоугольной флексии в тазобедренных суставах, абдукции и флексии коленей бедра легко разводятся и направляются в вертлужную впадину. При смещении головки бедра слышен щелчок.

Аускультация органов дыхания дает различные варианты изменения дыхательного шума, который в основном ослабленный везикулярный, но иногда могут выслушиваться крепитация и хрипы.

Аускультация сердца: ЧСС колеблется в значительных пределах (100-160 в минуту). Обязательным является контроль ритма и тонов сердца. Шум, слышимый непосредственно после рождения, не всегда является признаком ВПС. Физиологические шумы в большинстве случаев на протяжении неонатального периода постепенно исчезают.

Произвести запись в рабочей тетради по результатам работы.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача. Новорожденный при сроке гестации 32-33 нед с массой тела 1700 г, длиной тела 40 см. При осмотре занимает позу с вытянутыми руками, согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах, кости черепа податливы, швы не сомкнуты, ушные раковины мягкие и плотно прилегают к голове, легко подворачиваются внутрь, имеется умеренный экзофтальм, середина тела – приблизительно на уровне симфиза.

1. Доношенный или недоношенный ребенок? Перечислите признаки недоношенности.

2. Определите степень недоношенности.

Ребенок недоношенный, так как родился на 32-33 нед беременности, относится ко II степени недоношенности. Признаки недоношенности: масса тела 1700 г, длина тела – 40см, мышечная гипотония, податливость костей черепа, мягкие ушные раковины, экзофтальм, низкое расположение середины тела.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Новорожденный при сроке гестации 38-39 нед., родившийся от матери не имевшей осложнений во время беременности и родов, получивший оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, имеющий массу тела – 3500 г, длину тела – 52 см, массо-ростовой коэффициент – 67 ЕД. Нормальное течение периода адаптации. Ребенок находится на естественном вскармливании. Объективно: кожа нежная, бархатистая на ощупь, эластичная, розовая. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Тонус мышц повышен. Руки согнуты в локтях, ноги прижаты к животу. Движения ножками и ручками хаотичны. Выражены врожденные безусловные рефлексы (сосательный, глотательный и другие рефлексы периода новорожденности). Громкий крик. Достаточная терморегуляция. Правильный ритм дыхания и сердечных сокращений. Отсутствуют расстройства микроциркуляции. Отмечается нормальное функционирование всех органов и систем.

1. Доношенный или недоношенный ребенок?
2. Здоров ли ребенок?
3. Является ли ребенок функционально зрелым?
4. Оцените результаты данных по шкале Апгар.
5. Оцените массу тела, длину тела и массо-ростовой коэффициент.

Задания для групповой работы: Составление и оформление таблицы «Критерии зрелости новорожденных детей».

4. Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Понятие о морфофункциональной зрелости.
2. Недоношенный ребенок (определение, причины недоношенности)
3. Анатомо-физиологические особенности недоношенного новорожденного.
4. Особенности сбора анамнеза при невынашивании беременности.
5. Объективное обследование недоношенного новорожденного. Особенности.
6. Особенности неврологического обследования новорожденного, зрелость врожденных рефлексов.
7. Оценка безусловных рефлексов и двигательных функций недоношенного новорожденного
8. Этиологические факторы, способствующие развитию синдрома дыхательных расстройств у новорожденных.
9. Факторы, способствующие частому развитию СДР у недоношенных новорожденных.
10. Патогенез СДР при рассеянных ателектазах, отечно-геморрагическом синдроме и болезни гиалиновых мембран.
11. Клинические проявления СДР у новорожденных. Особенности клиники СДР у недоношенных.
12. Сдвиги лабораторных показателей при СДР (КОС, содержание калия, кальция, магния, белка, глюкозы в крови, изменения pO_2 и pCO_2).
13. Характерные рентгенологические данные при рассеянных ателектазах, отечно-геморрагическом синдроме и болезни гиалиновых мембран.
14. Оценка тяжести СДР у новорожденных по шкале Сильвермана-Андерсена.
15. Принципы лечения СДР. Оксигенотерапия. Вспомогательная вентиляция легких, ИВЛ при СДР.
16. Бронхолегочная дисплазия.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. Чем обусловлено развитие болезни гиалиновых мембран у новорожденного?

- 1) недостаточным синтезом сурфактанта *
- 2) избыточным синтезом сурфактанта
- 3) инфекцией
- 4) аспирацией

2. Патогенетическое лечение синдрома дыхательных расстройств у новорожденных включает

применение:

- 1) антибиотиков
- 2) искусственного сурфактанта *
- 3) кислородотерапии *
- 4) инфузионной терапии *
- 5) викасола

3. Синдром дыхательных расстройств чаще развивается у:

- 1) недоношенных новорожденных *
- 2) доношенных новорожденных
- 3) переношенных новорожденных

4. К аспирационным состояниям новорожденных относят:

- 1) болезнь гиалиновых мембран
- 2) рассеянные ателектазы
- 3) аспирационный синдром *
- 4) массивную мекониальную аспирацию *

59. К критериям незрелости относятся:

- 1) Оценка по шкале Апгар
- 2) Признаки морфо-функциональной незрелости*
- 3) Гестационный возраст менее 37 недель*
- 4) Гестационный возраст менее 40 недель

5. Показанием к кормлению недоношенного ребенка через зонд является:

- 1) наличие синдрома срыгивания
- 2) внутриутробное инфицирование
- 3) пороки развития мягкого и твердого неба *
- 4) отсутствие сосательного и глотательного рефлексов *

6. К груди можно приложить недоношенного ребенка:

- 1) с массой тела более 1800 г в удовлетворительном состоянии *
- 2) с массой тела более 1250 г и наличием сосательного и глотательного рефлекса
- 3) при достаточном количестве молока у матери
- 4) с любой массой в удовлетворительном состоянии

7. Наиболее часто ишемические повреждения мозга у недоношенных локализируются:

- 1) в парасагиттальной области
- 2) в перивентрикулярном белом веществе *
- 3) в коре теменной доли

8. Причинами более частых по сравнению с доношенными детьми внутричерепных кровоизлияний у недоношенных являются:

- 1) сохранение герминативного матрикса *
- 2) большая частота травматизации в родах
- 3) большая проницаемость сосудистой стенки *
- 4) отсутствие ауторегуляции мозгового кровотока *
- 5) более высокое артериальное давление в постреспираторном периоде

9. Этиотропной терапией ранней анемии недоношенных является назначение:

- 1) переливаний эритроцитарной массы
- 2) витамина Е
- 3) рекомбинантного эритропоэтина *
- 4) дексаметазона

10. Степень тяжести СДР у недоношенных оценивается по шкале:

- 1) Апгар
- 2) Сильвермана *
- 3) Дубовица
- 4) Дементьевой

11. Искусственный сурфактант недоношенным детям вводится:

- 1) энтерально
- 2) эндотрахеально *
- 3) внутривенно
- 4) внутримышечно

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.12: Гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Организация этапной помощи новорожденным.

Цель занятия: На основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований обучить студентов установлению клинического диагноза асфиксия новорожденных. Обучить студентов оказывать первичную реанимационную помощь новорожденному, родившемуся в асфиксии в соответствии с протоколом. Рассмотреть оказание этапной помощи новорожденным, родившимся в асфиксии.

Задачи: Рассмотреть этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию, лабораторные и инструментальные изменения при асфиксии новорожденных. Обучить студентов правилам проведения реанимационных мероприятий при рождении ребенка в состоянии асфиксии по протоколу оказания неотложной помощи.

Обучающийся должен знать: Группы новорожденных высокого риска, угрожаемых по развитию асфиксии новорожденного. Патогенез асфиксии новорожденного. Критерии живорождения. Шкалу Апгар. Степень тяжести асфиксии у новорожденных, показания к проведению реанимационных мероприятий. Реанимационные мероприятия при легкой и среднетяжелой степени асфиксии (туалет верхних дыхательных путей, предотвращение потери тепла тела, ИВЛ, медикаментозная терапия, осуществление контроля за появлением самостоятельного дыхания). Реанимационные мероприятия при тяжелой степени асфиксии. Клинический контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии. Мониторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии. Лабораторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии. Медикаментозная терапия новорожденных с асфиксией. Реабилитации детей, перенесших асфиксию.

Обучающийся должен уметь: Собрать анамнез и выделить факторы риска развития гипоксии плода и асфиксии новорожденного, провести осмотр новорожденного, определить частоту дыхания и сердцебиения, оценить цвет кожных покровов, рефлекс и мышечный тонус, провести пальпацию родничков и швов черепа. Оценить состояние новорожденного по шкале Апгар и Сильвермана-Андерсена. Провести туалет верхних дыхательных путей, отсасывание содержимого носоглотки, санацию трахеобронхиального дерева. Формулировать диагноз асфиксии в соответствии с классификацией. Обосновывать необходимость и объем проведения реанимационных мероприятий в родовом зале, объем лабораторных и инструментальных обследований ребенка в процессе реабилитации, составлять план необходимых реабилитационных мероприятий.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора и оценки анамнеза с выделением факторов риска,

навыками проведения объективного осмотра, навыками оценки состояния новорожденного ребенка, навыками оценки клинической картины асфиксии и состояний, требующих оказания неотложной медицинской помощи. Навыком формулирования диагноза, направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи при асфиксии новорожденного.

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Группы новорожденных высокого риска, угрожаемых по развитию перинатальных поражений ЦНС гипоксического и травматического генеза.
2. Патогенез асфиксии у новорожденных.
3. Степень тяжести асфиксии у новорожденных, показания к проведению реанимационных мероприятий.
4. Реанимационные мероприятия при легкой и среднетяжелой степени асфиксии (туалет верхних дыхательных путей, предотвращение потери тепла тела, ИВЛ, медикаментозная терапия, осуществление контроля за появлением самостоятельного дыхания).
5. Реанимационные мероприятия при тяжелой степени асфиксии
6. Клинический контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
7. Мониторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
8. Лабораторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
9. Медикаментозная терапия новорожденных с асфиксией.
10. Реабилитации детей, перенесших асфиксию.

Практическая подготовка.

I. Обучение методике пальпации родничков и швов у новорожденного ребенка

Цель: научиться пальпировать роднички на голове у недоношенного и определять их размеры.

Алгоритм выполнения:

Оснащение:

1. Пеленальный стол
2. Стерильные резиновые перчатки
3. Сантиметровая лента

Подготовка к процедуре:

1. Обработать пеленальный столик дезинфицирующим раствором
2. Ветошь выбросить в емкость для использованной ветоши
3. Вымыть и осушить руки
4. Надеть стерильные перчатки
5. Постелить пеленку на пеленальный столик
6. Уложить ребенка на пеленальном столе

Выполнение процедуры:

✓ Теоретическая подготовка Пальпация родничков: череп к моменту рождения ребенка представлен большим количеством костей. Стреловидный, венечный и затылочный швы открыты и начинают закрываться только с 3 – 4 месячного возраста. У доношенных детей боковые роднички обычно закрыты. Задний, или малый, родничок, расположенный на уровне затылочных углов теменных костей, открыт у 25 % новорожденных и закрывается не позднее 4 – 8 недели после рождения. Передний, или большой, родничок, расположенный в месте соединения венечного и продольного швов, может иметь различные размеры. При измерении по расстоянию между средними точками противостоящих краев они составляют 3×3 см до 1,5×2 см. В норме закрытие большого родничка происходит к 1 – 1,5 годам, однако в последние годы оно нередко наблюдается к 9 – 10 месяцам.

✓ Руки прикладывают к голове ребенка таким образом, чтобы ладони находились на височных областях, а большие пальцы – на лбу. Средним и указательным пальцами обследуются роднички.

✓ Пальпируя большой родничок, прежде всего необходимо определить его размер, который измеряется по перпендикулярам, проведенным от стороны к стороне. Измерение этого расстояния от угла к углу нельзя считать правильным, так как в этом случае трудно решить, где кончается родничок и начинается шов. Необходимо тщательно ощупать соединительно-тканную перепонку и костные края родничка, определив при этом, имеется ли выбухание, западение, пульсация родничка, насколько ровные и плотные его края, нет ли зазубренности и излишней их податливости. *Раннее закрытие большого родничка* может быть проявлением патологически быстрых темпов окостенения и отмечается у детей с микроцефалией. *Позднее закрытие родничка* обычно встречается при рахите, гидроцефалии. При повышении внутричерепного давления края недавно закрывшегося родничка могут вновь разойтись. Вследствие эластичности тканей, покрывающих большой родничок, у здорового ребенка можно заметить небольшие колебания его поверхности, синхронные с дыханием и пульсом, а также умеренное выпячивание при напряжении и крике. *Усиление пульсации родничка, а также значительное его выпячивание указывают на повышение внутричерепного давления*, что может быть связано с гидроцефалией или воспалением оболочек мозга (менингит). При очень сильном напряжении родничка прекращается его пульсация. *Западение родничка* обычно связано с потерей большого количества жидкости (экзикоз).

✓ Малый родничок пальпируется аналогично на стыке затылочной и теменных костей, он обычно закрыт у зрелых доношенных детей, у недоношенных и функционально незрелых детей может быть открыт, размеры не превышают 0,5см на 0,5см.

Процедура пальпации:

1. Пальпаторно определить большой родничок
2. Измерить размеры родничка с помощью сантиметровой ленты
3. Пальпаторно определить малый родничок
4. Измерить размеры родничка с помощью сантиметровой ленты

Результаты: определение пальпаторных характеристик и размеров родничков на голове у недоношенного новорожденного.

Выводы: размеры родничков и их пальпаторная характеристика являются объективным признаком неврологического статуса и степени физиологической зрелости новорожденного.

II. *Ознакомьтесь с учебной историей. Проведите анализ анамнеза, представленного в истории развития новорожденного. Выделите факторы риска асфиксии новорожденного. Проанализируйте шкалу Апгар у новорожденного по данным истории развития. Дайте заключение.*

Алгоритм выполнения:

исходя из бальной оценки, приведенной в шкале Апгар оцените и охарактеризуйте каждый критерий у новорожденного – характер дыхания (0 баллов – дыхание отсутствует, 1 балл – нерегулярное неэффективное дыхание, 2 балла – громкий крик, эффективное дыхание с частотой 40-60 в минуту), сердечную деятельность (0 баллов - сердцебиения при рождении отсутствуют, 1 балл – частота сердечных сокращений менее 100 ударов в минуту, 2 балла – частота сердечных сокращений более 100 ударов в минуту), мышечный тонус (0 баллов – тонус отсутствует, конечности висят, 1 балл – тонус слабо выражен, конечности согнуты, 2 балла - тонус выражен, активные движения в конечностях), цвет кожных покровов (0 баллов – диффузный цианоз или диффузная бледность, 1 балл – акроцианоз, 2 балла – кожные покровы розовые, цианоза нет), рефлексy (0 баллов – нет реакции на отсасывание слизи, 1 балл – гримаса на отсасывание слизи, 2 балла - кашель и чихание на отсасывание слизи). Суммируйте все баллы на первой и на пятой минуте. Дайте характеристику новорожденного при рождении, исходя из полученной суммы баллов: асфиксии при рождении нет, если оценка на первой минуте 7 баллов и выше, вторая оценка на пятой минуте выше 7 баллов; асфиксия средней степени тяжести, если суммарная оценка на первой минуте составила 4-6 баллов, а вторая оценка 7 баллов и выше; асфиксия тяжелой степени, если суммарная оценка на первой минуте 3 балла и меньше, а на второй минуте меньше 7 баллов.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач: прочитайте задачу. Ответьте на вопросы. Запишите результат в рабочую тетрадь*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1. К концу первой минуты после рождения ребенка имеются следующие данные: частота сердцебиений 98 в минуту, частота дыхания 36 в минуту, громкий крик, цвет кожных покровов диффузно синюшный, кашель и чихание при отсасывании слизи из ротоглотки, активные движения в конечностях. Оцените степень тяжести по шкале Апгар. Диагноз? Реанимационная помощь?

Алгоритм ответа: ЧСС менее 100, следовательно, оценка по шкале Апгар 1 балл; Ч.Д. 2 балла (громкий крик к концу первой минуты); диффузный цианоз 1 балл; рефлексы (реакция на отсасывание слизи) 2 балла и мышечный тонус 2 балла (активные движения в конечностях). Суммарная оценка = 8 баллов. Ребенок родился без асфиксии, реанимационная помощь не нужна.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, анемией (Hb 98 г/л) во втором триместре (по поводу чего получала препараты железа). В 28 недель была угроза прерывания, лечилась стационарно. Роды в срок, слабость родовой деятельности, начавшаяся гипоксия плода, стимуляция окситоцином. 1-й период родов 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов 20 минут, воды меконеальные. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Закричал после отсасывания слизи. После рождения состояние средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка. Со стороны внутренних органов патологии не определялось. На 4-е сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, и ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность. Пупочная ранка сухая. Гиперестезия. Зев бледный. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, Ps 152 в 1 минуту. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый с неперевавшими комочками. В неврологическом статусе - крик монотонный, большой родничок 2,0x2,0 см, выбухает, открыт сагиттальный шов. Симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы новорожденного снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, сухожильные рефлексы S=D, средней силы. При нагрузке появляется тремор рук. Судорог при осмотре не было. *Общий анализ крови:* Hb - 192 г/л, Эр - $5,8 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,98, Лейк $12,5 \times 10^9/л$, п/я - 10%, с - 56%; э - 1%, б - 1%, л - 29%, м - 3%, СОЭ 6 мм/час. *Биохимический анализ крови:* общий белок - 62,0 г/л, билирубин непрямоy - 51 мкмоль/л, прямоy - нет, мочевины - 3,3 ммоль/л, калий 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,1 ммоль/л, фосфор 2,32 ммоль/л.

Нейросонография в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел S=D=7 мм (норма - 5 мм). Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Киста сосудистого сплетения справа - 3 мм. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?

Задания для групповой работы:

1. Обсудите в группе врожденные рефлексы (Бабкина, Моро, Робинзона, опоры и автоматической ходьбы, Бабинского, Галанта, Переса).
2. Составить таблицу «Шкала Апгар» и оценка степени тяжести асфиксии по данной шкале.
3. *Просмотр учебного фильма «Оказание реанимационной помощи при асфиксии новорожденного».*

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Группы новорожденных высокого риска, угрожаемых по развитию перинатальных поражений ЦНС гипоксического и травматического генеза.
2. Патогенез асфиксии у новорожденных.
3. Степень тяжести асфиксии у новорожденных, показания к проведению реанимационных мероприятий.
4. Реанимационные мероприятия при легкой и среднетяжелой степени асфиксии (туалет верхних дыхательных путей, предотвращение потери тепла тела, ИВЛ, медикаментозная терапия, осуществление контроля за появлением самостоятельного дыхания).
5. Реанимационные мероприятия при тяжелой степени асфиксии
6. Клинический контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
7. Мониторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
8. Лабораторный контроль за состоянием новорожденных с асфиксией в процессе интенсивной терапии.
9. Медикаментозная терапия новорожденных с асфиксией.
10. Реабилитации детей, перенесших асфиксию.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. К основным клиническим проявлениям церебральной ишемии II степени относятся:

- 1) вялость, адинамия *
- 2) усиление рефлексов орального автоматизма
- 3) внутричерепная гипертензия *
- 4) гипорефлексия *
- 5) гипертонус мышц

2. К основным клиническим проявлениям тяжелой церебральной ишемии относятся:

- 1) отсутствие рефлексов *
- 2) судороги *
- 3) гиперрефлексия
- 4) нарушения ритма дыхания и сердцебиения *

3. Заподозрить родовую травму шейного отдела позвоночника можно при наличии следующих симптомов:

- 1) судороги
- 2) резкий плач при перемене положения ребенка *
- 3) укороченный или удлинённый размер шеи *
- 4) одышка
- 5) вздутие живота

4. Для пери- и интравентрикулярных кровоизлияний II-III степени характерны:

- 1) судороги *
- 2) гипертонус мышц
- 3) выбухание большого родничка *
- 4) повышение двигательной активности
- 5) оживление физиологических рефлексов

5. Показаниями для проведения спинно-мозговой пункции у новорожденных являются:

- 1) судороги *
- 2) гипербилирубинемия
- 3) менингит *
- 4) прогрессирующая гидроцефалия *
- 5) отечный синдром

6. При кефалогематоме у новорожденных выявляется:

- 1) опухолевидное образование, ограниченное областью отдельных костей черепа *
- 2) опухолевидное образование, захватывающее область нескольких костей черепа

- 3) флюктуация при пальпации опухолевидного образования *
 - 4) гиперемия кожи в области кефалогематомы
7. При лечении перелома ключицы у новорожденных:
- 1) применяют гипсовую повязку
 - 2) применяют повязку Дезо *
 - 3) применяют физиотерапевтические процедуры
 - 4) не проводят иммобилизации
 - 5) применяют антибактериальную терапию
8. Причинами более частых по сравнению с доношенными детьми внутричерепных кровоизлияний у недоношенных являются:
- 6) сохранение герминативного матрикса *
 - 7) большая частота травматизации в родах
 - 8) большая проницаемость сосудистой стенки *
 - 9) отсутствие ауторегуляции мозгового кровотока *
 - 10) более высокое артериальное давление в постренимационном периоде
9. К критериям живорождения относятся:
- 1) наличие сердцебиений
 - 2) спонтанное дыхание
 - 3) пульсация пуповины
 - 4) произвольные движения
 - 5) все вышеперечисленное
10. Для подтверждения диагноза хронической внутриутробной гипоксии плода проводят:
- 1) ультразвуковое исследование плаценты*
 - 2) анализ крови беременной
 - 3) доплерометрию сосудов плаценты*
 - 4) нестрессовый тест*
 - 5) рентгенологическое исследование брюшной полости беременной
11. Для подтверждения диагноза внутричерепного кровоизлияния необходимо провести следующее обследование:
- 1) определить уровень сахара в крови
 - 2) рентгенограмму черепа
 - 3) нейросонография*
 - 4) люмбальную пункцию*
 - 5) ядерно-магнитный резонанс*
 - 6) исследовать глазное дно*
12. Первичная реанимация при тяжелой асфиксии включает:
- 1) оксигенацию с использованием кислородной маски
 - 2) интубацию трахеи*
 - 3) дренаж трахеобронхиального дерева*
 - 4) ИВЛ с помощью системы Айра*
 - 5) Дыхание с помощью системы Грегори
13. Вирджиния Апгар для оценки степени тяжести асфиксии предложила следующие признаки:
- 1) частота сердцебиения
 - 2) частота дыханий
 - 3) мышечный тонус
 - 4) рефлекторная возбудимость
 - 5) окраска кожных покровов
 - 6) все вышеперечисленное*

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.13: Перинатальные поражения нервной системы. Родовая травма.

Цель занятия: На основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований обучить студентов установлению клинического диагноза перинатальных поражений центральной нервной системы гипоксического и травматического генеза у новорожденных, принципам лечения. Изучить особенности постановки диагноза «Родовая травма».

Задачи: Рассмотреть причины, патогенез, клинические проявления, лабораторные и инструментальные изменения при перинатальных повреждениях НС гипоксического и травматического генеза у новорожденных. Изучить методы диагностики и принципы лечения перинатальных повреждений центральной нервной системы у новорожденных.

Обучающийся должен знать: развитие нервной системы в онтогенезе, анатомо-физиологические особенности нервной системы у новорожденных, комплекс врожденных безусловных рефлексов новорожденного, методику неврологического осмотра новорожденного, особенности этиологии и патогенеза, клинических проявлений, изменений лабораторных и инструментальных показателей при повреждении НС гипоксического и травматического генеза у новорожденных различной степени тяжести. Классификацию ППНС. Диагностику повреждений НС гипоксического и травматического генеза у новорожденных. Реабилитационные мероприятия при повреждении НС гипоксического и травматического генеза у новорожденных. Исходы при повреждении НС гипоксического и травматического генеза у новорожденных.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах и анамнезе ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра для оценки клинической

картины ППНС и родовой травмы у новорожденного и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям. Формулировать диагноз, направлять детей на лабораторное и инструментальное обследование, на консультации к специалистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология и патогенез ППНС. Классификация.
2. Этиология и патогенез, патоморфология внутричерепной мозговой травмы у новорожденных.
3. Клиника ППНС.
4. Клиника черепно-мозговой травмы легкой, среднетяжелой и тяжелой степени.
5. Особенности клинических проявлений внутричерепных кровоизлияний различной локализации.
6. Дополнительные методы диагностики ППНС и внутричерепных кровоизлияний.
7. Динамика и прогноз постгипоксических и посттравматических поражений ЦНС у детей (острый и подострый период, поздний восстановительный период).
8. Натальная травма различных отделов спинного мозга. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Реабилитация детей с ППНС и родовой травмой.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

- 1) Освоить практический навык: изучить выписку из истории развития ребенка и определить факторы риска ППНС и клинические проявления.
- 2) Цель работы: Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для заболеваний нервной системы.
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):
 - Изучить выписку из истории развития ребенка
 - Определить факторы риска по ППНС постгипоксического и посттравматического генеза
 - Назвать патологические симптомы со стороны нервной системы

Алгоритм выполнения работы:

Факторы риска:

- Преэклампсия беременной, экстренное кесарево сечение по поводу угрожающей асфиксии плода, асфиксия при рождении средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар 6-8 баллов), недоношенность (срок гестации 35-36 недель).
- Общая мышечная гипотония, угнетение врожденных физиологических рефлексов. Положительные рефлексы орального автоматизма, спонтанный рефлекс Моро. Беспокойный крик. Тремор ручек и подбородка при крике.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача. Девочка Л. поступила в стационар в возрасте 6 дней. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 г, длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. После рождения ребенок беспокойный, отмечается гиперактивность, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнием 25: 0,5 мл в/м, фенобарбиталом 0,005х2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность кожного рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы - 37

см, большой родничок 2x2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. Рефлекс опоры и автоматической ходьбы снижен. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +. *Общий анализ крови:* Нб - 221 г/л, Эр - $6,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,97, Лейк - $8,2 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 56%, э - 1%, б - 1, л - 30%, СОЭ - 2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55,0 г/л, билирубин: непрямой - 98 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,0 ммоль/л, калий - 6,0 ммоль/л, натрий - 136 ммоль/л, кальций - 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - 6 мм).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Алгоритм ответа:

1. Асфиксия при рождении. ППНС постгипоксически-травматического генеза. Травма шейного отдела позвоночника и спинного мозга. Тотальный акушерский паралич левой руки.
2. Инфекционная нейромиеопатия. Наследственные нейродегенеративные заболевания.
3. Консультация невролога, УЗИ головного и спинного мозга, Допплерография позвоночных артерий и базальных сосудов головного мозга, рентгенография шейного отдела позвоночника, осмотр глазного дна.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Девочка Д, 2 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность вторая (первая закончилась выкидышем в 14 -16 недель). На учете в женской консультации не наблюдалась. Женщина курит с 15 лет по 4 сигареты в день. Во время настоящей беременности при сроке 8-9 недель отмечалось ОРЗ. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, от стационарного лечения отказывалась. Роды I, преждевременные, на 32-33-й неделе. 1-й период -5 часов, 2-й - 20 минут, безводный промежуток - 7 часов 30 минут, околоплодные воды окрашены меконием. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 1850 г, длина тела 40 см, окружность головы - 28 см, грудной клетки - 27 см. При первичном осмотре неонатолога у ребенка с множественными стигмами дизэмбриогенеза состояние тяжелое за счет угнетения функций ЦНС, синдрома дыхательных расстройств, печень выступает из-под реберного края на 3 см, селезенка - на 1 см, плотные при пальпации. На 2-й день жизни состояние очень тяжелое, адинамия, арефлексия, резкая мышечная гипотония. Кожные покровы бледные. В легких дыхание ослаблено, частота дыхания 62-64 в минуту. Частота сердечных сокращений 180-200 в минуту. При аускультации над областью сердца выслушивается грубый систолический шум. Живот увеличен в размере, печень и селезенка прежних размеров. Отмечаются периферические отеки на ногах, в низу живота. *Общий анализ крови:* Нб - 124 г/л, Эр - $3,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $95,0 \times 10^9/л$, Лейк - $17,1 \times 10^9/л$, п/я - 6%, с - 49%, э - 1%, л - 32%, м - 12%, СОЭ - 34 мм/час.

Вопросы:

1. Оцените состояние ребенка.
2. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
4. Выделите факторы перинатального риска.
5. Консультации какого специалиста следует провести?
6. Назначьте дополнительное обследование.
7. Как должен наблюдаться этот ребенок в детской поликлинике после выписки?
8. Что такое эмбрио- и фетопатии? Чем они характеризуются?

Задача 2 Новорожденный извлечен путем операции планового кесарева сечения в удовлетворительном состоянии с массой 3600г., длиной 52см, о.гол. 36см, о. Гр. 35см.

Вопросы:

1. Когда целесообразно осуществить первое кормление ребенка ?
2. Какое питание предпочтительнее в данном случае?
3. Тактика ведения ребенка?

Задания для групповой работы:

1. Обсудите в группе врожденные рефлексy (Бабкина, Моро, Робинзона, опоры и автоматической ходьбы, Бабинского, Галанта, Переса).
2. *Просмотр учебного фильма «Оценка неврологического статуса новорожденного. Рефлексy новорожденного.»*

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Этиология и патогенез ППНС. Классификация.
2. Этиология и патогенез, патоморфология внутричерепной мозговой травмы у новорожденных.
3. Клиника ППНС.
4. Клиника черепно-мозговой травмы легкой, среднетяжелой и тяжелой степени.
5. Особенности клинических проявлений внутричерепных кровоизлияний различной локализации.
6. Дополнительные методы диагностики ППНС и внутричерепных кровоизлияний.
7. Динамика и прогноз постгипоксических и посттравматических поражений НС у детей (острый и подострый период, поздний восстановительный период).
8. Натальная травма различных отделов спинного мозга. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Реабилитация детей с ППНС и родовой травмой.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

1. Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:

1. 22- 37 недель
2. 28-37 недель
3. 36-40 недель
4. 37-42 недели *

б) Более 42 недель

3. Сразу после рождения температура тела новорожденного:

1. Не изменяется
2. Понижается *
3. Повышается

3. Доношенный новорожденный в возрасте 10 дней в норме должен иметь:

1. Мышечный гипертонус в сгибателях*
2. Мышечную дистонию
3. Гипотонию в руках и гипертонус в ногах
4. Мышечный гипертонус в группе разгибателей
5. Ни одно из вышеназванного

4. Прогноз новорожденного с задержкой внутриутробного развития более благоприятный при:

1. Гипотрофическом варианте *
2. Гипопластическом варианте

5. При обследовании новорожденного врач намерен проверить наличие рефлексов орального автоматизма. Какие из нижеперечисленных приемов следует использовать с этой целью?

1. Поглаживание кожи вблизи угла рта*
2. Надавливание на ладонь
3. Вкладывание в рот соски
4. Укладывание на живот
6. I степень гипотрофического варианта пренатальной гипотрофии у доношенного новорожденного характеризуется:
 1. Массо-ростовым показателем 55-59,9 *
 2. Уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях
 3. Наличием пороков развития
 4. Увеличением размеров паренхиматозных органов
7. Третья степень задержки внутриутробного развития у доношенного новорожденного характеризуется:
 1. Массо-ростовым показателем меньше 50*
 2. Уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях*
 3. Наличием пороков развития
 4. Увеличением размеров паренхиматозных органов

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.14: Внутриутробное инфицирование.

Цель занятия: Способствовать формированию системы теоретических знаний по неонатологии. Ознакомить студентов с состоянием проблемы внутриутробных инфекций.

Задачи: Изучить пути проникновения возбудителя к плоду. Сформировать понятие о инфекционных blastopatiyah, embriopatiyah и fetopatiyah (ранних и поздних). Изучить основные внутриутробные инфекции. Определить пути профилактики внутриутробных инфекций.

Обучающийся должен знать: Понятие о внутриутробных инфекциях, пути проникновения возбудителя к плоду. Понятия о blastopatiyah, embriopatiyah и fetopatiyah (ранних и поздних). Клинические проявления инфекционных и неинфекционных эмбриофетопатий. Внутриутробная инфекция. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика и лечение.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового

ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента, проводить дифференциальный диагноз и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального исследования, навыками определения показаний для направления на консультации к специалистам, на лабораторное и инструментальное обследование, навыками составления плана лечения и профилактики заболеваний в неонатальном периоде в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Распространенность ВУИ среди новорожденных.
2. Инфицирование и инфекционный процесс.
3. Роль инфекций, передающихся половым путем и их влияние на здоровье плода и новорожденного.
4. Пути передачи инфекции плоду и новорожденному.
5. Понятия о бластопатиях, эмбриопатиях и фетопатиях (ранних и поздних). Факторы передачи инфекции.
6. Группы риска новорожденных по ВУИ.
7. Основные возбудители ВУИ. Эволюция возбудителей на современном этапе.
8. TORCH – синдром.
9. Характеристика вирусных ВУИ (ДНК- и РНК содержащих вирусов: герпес, ЦМВ, краснуха).
10. Характеристика бактериальных инфекционных процессов у новорожденных (листериоз, сифилис).
11. Характеристика инфекций, вызываемых условно-патогенной флорой (хламидия, микоплазма, уреаплазма, токсоплазма).
12. Отдаленные последствия перенесенной ВУИ.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

- 1) Освоить практический навык: провести объективный осмотр больного ребенка и определить клинические проявления ВУИ
- 2) Цель работы: выработать умение определять патологические симптомы, характерные для ВУИ.
- 3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

Практическая работа:

- Изучить выписку из истории развития ребенка
- Определить факторы риска по ВУИ
- Назвать клинические проявления ВУИ
- Оценить данные лабораторного и инструментального обследования\
- Поставить диагноз
- Составить план лечения

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1. Мальчик Ф., 10 дней, поступил в отделение патологии новорожденных по направлению родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре. В сроке 32 недели мать пренесла ОРЗ с лихорадкой, кашлем, увеличением лимфоузлов. Роды в срок, физиологичные. Масса тела при рождении 3500 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. К груди не прикладывался. Соску сосал вяло, срыгивал. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались: желтуха с первых суток, монотонный крик, менингеальные симптомы, одышка с участием вспомогательной мускулатуры, увеличение печени и селезенки. При поступлении состояние тяжелое, вялый, на осмотр реагирует неохотно, температура

тела 38,9°C. Кожные покровы бледно-желтушные с мраморным рисунком.. В легких дыхание ослаблено, мелкопузырчатые хрипы в заднее-нижних отделах легких. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Левая граница расширена на 1,5 от среднеключичной линии. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 3,5 см, селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный, желтый. *Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,99, тромбоциты - $170 \times 10^9/л$, Лейк - $17,2 \times 10^9/л$, метамиелоциты - 3%, п/я - 13%, с - 57%, л - 24%, м - 3%, СОЭ - 9 мм/час. *Общий анализ мочи:* цвет - соломенно-желтый, реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. *Биохимический анализ крови:* общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямо́й - 351 мкмоль/л, прямо́й - 125, мкмоль/л, мочеви́на - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, кальций - 2,2 ммоль/л, фосфор - 1,9 ммоль/л.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Чем обусловлена тяжесть состояния ребенка?

Ваш предварительный диагноз?

Алгоритм ответов:

1. Симптомы поражения в первые 3 суток, следовательно, заболевание имеет врожденный характер. Из анамнеза известна, что мать во время беременности перенесла ОРЗ (токсоплазмоз?). Симптомы (лихорадка, менингеальные симптомы, дыхательная недостаточность, желтуха, увеличение печени и селезенки воспалительные изменения в анализе крови) вызывают предположение о ВУИ.
2. Серологическое исследование на TORCH – комплекс.
3. Менингит, пневмония, миокардит, гепатит.
4. Врожденный токсоплазмоз?

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача: Новорожденный мальчик. Возраст 2 дня. От 4 беременности. На учете не состояла, не обследована. Роды преждевременные на 30-32 неделе по акушерским данным. Оценка по Апгар 5-7 баллов. Масса 1200 граммов. Длина 35 см. Состояние тяжелое. Множественные стигмы дисэмбриогенеза. Микроцефалия. Микрофтальмия. По данным аудиологического исследования отоакустическая эмиссия не зарегистрирована. Ч.д 40 в минуту без участия вспомогательной мускулатуры. Чсс 180 -200 в минуту. Тоны глухие, систолический шум на верхушке. Границы сердца расширены влево и вправо. Печень увеличена до 3 см, пальпируется край селезенки. Из дополнительного анамнеза выяснено, что мать в первом триместре перенесла ОРЗ с лихорадкой и сыпью, к врачу не обращалась, лечилась народными средствами.

1. Ваше предположение о диагнозе?
2. В каком периоде развития плода произошло формирование патологии?
3. Назначьте обследование для уточнения диагноза.

Задания для групповой работы:

1. Решить ситуационную задачу.
2. Посмотреть учебный фильм «ВУИ . Современное состояние проблемы». Провести дискуссию по учебному материалу, высказывая собственное мнение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Распространенность ВУИ среди новорожденных.
2. Инфицирование и инфекционный процесс.
3. Роль инфекций, передающихся половым путем и их влияние на здоровье плода и новорожденного.
4. Пути передачи инфекции плоду и новорожденному.

5. Понятия о бластопатиях, эмбриопатиях и фетопатиях (ранних и поздних). Факторы передачи инфекции.
6. Группы риска новорожденных по ВУИ.
7. Основные возбудители ВУИ. Эволюция возбудителей на современном этапе.
8. TORCH – синдром.
9. Характеристика вирусных ВУИ (ДНК- и РНК содержащих вирусов: герпес, ЦМВ, краснуха).
10. Характеристика бактериальных инфекционных процессов у новорожденных (листериоз, сифилис).
11. Характеристика инфекций, вызываемых условно-патогенной флорой (хламидия, микоплазма, уреаплазма, токсоплазма).
12. Отдаленные последствия перенесенной ВУИ.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

Вакцинация новорожденного против гепатита В в родильном доме должна проводиться:

- 1) В первые 12 часов жизни *
- 2) На 2 день жизни
- 3) На 3 день жизни
- 4) На 4 день жизни
- 5) При выписке из родильного дома

Гипербилирубинемия с повышением уровня прямого билирубина отмечается при:

- 1) Гемолитической болезни новорожденных
- 2) Наследственные метаболические заболевания *
- 3) Конъюгационной желтухе, обусловленной морфо-функциональной незрелостью
- 4) Атрезии желчевыводящих ходов *
- 5) Фетальном гепатите *

К развитию дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания крови у новорожденного приводят:

- 1) Недостаточность белково-синтетической функции печени *
- 2) Нарушение функции тромбоцитов
- 3) Гипокальциемия
- 4) Недостаточное образование и поступление витамина К из кишечника *

Показаниями для проведения спинно-мозговой пункции у новорожденных являются:

- 6) Судороги *
- 7) Гипербилирубинемия
- 8) Менингит *
- 9) Прогрессирующая гидроцефалия *
- 10) Отечный синдром

Какие виды пневмоний встречаются у новорожденных детей в первые 3 дня жизни:

- 1) Врожденная *
- 2) Внегоспитальная
- 3) Нозокомиальная
- 4) ИВЛ-ассоциированная *

Чем обусловлено развитие болезни гиалиновых мембран у новорожденного?

- 5) Недостаточным синтезом сурфактанта *
- 6) Избыточным синтезом сурфактанта
- 7) Инфекцией
- 8) Аспирацией

При аспирации новорожденному антибактериальная терапия:

- 1) Не показана
- 2) Показана *

Первичным элементом везикулопустулеза новорожденных является:

- 1) Пузырек *
- 2) Пятно

3) Эрозия

Кальцификаты в мозге, хориоретинит, атрофия зрительного нерва чаще выявляются при врожденных:

- 1) Цитомегаловирусной инфекции
- 2) Сифилисе
- 3) Токсоплазмозе *
- 4) Листерииозе

При лечении врожденной цитомегаловирусной инфекции у новорожденного используют:

- 1) Ацикловир
- 2) Цитотект *
- 3) Ганцикловир
- 4) Макролиды

При врожденной герпетической инфекции развитие менингоэнцефалита:

- 1) Характерно *
- 2) Не характерно

Катаракта, микрофтальмия, врожденные пороки сердца и глухота характерны для врожденной инфекции, вызванной:

- 1) Вирусом герпеса
- 2) Цитомегаловирусом
- 3) Вирусом краснухи *
- 4) Листерией
- 5) Хламидиями

Для врожденного хламидиоза характерны:

- 1) Желтуха
- 2) Гнойный конъюнктивит *
- 3) Судороги
- 4) Пневмония с постепенным началом и упорным кашлем *

Клиническими проявлениями врожденной цитомегаловирусной инфекции могут быть:

- 1) Желтуха, анемия, тромбоцитопения, гепатоспленомегалия *
- 2) Пузыри на ладонях и стопах
- 3) Глухота, катаракта, врожденный порок сердца
- 4) Гипотрофия, интерстициальная пневмония, геморрагическая сыпь *

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.15: Гнойно-воспалительные заболевания. Сепсис новорожденных.

Цель занятия: Способствовать формированию системы теоретических знаний по неонатологии. Ознакомить студентов с состоянием проблемы инфекционной и гнойно-воспалительной заболеваемости в периоде новорожденности. Изучить этиологию, классификацию, клинические проявления, методы диагностики и лечения сепсиса новорожденных. Изучить осложнение сепсиса – ДВС-синдром. Научить оценивать риск развития септических состояний, распознавать начальные проявления гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных. Определить пути решения проблемы профилактики сепсиса в системе терапевт–акушер–педиатр.

Задачи: На основании изучения этиологии и патогенеза, клинических проявлений, данных лабораторных и микробиологических исследований обучить студентов установлению клинического диагноза стафилодермий (везикулопустулез, пузырьчатка новорожденных, эксфолиативный дерматит Риттера, псевдофурункулез Фигнера, стрептодермий, кандидозов (молочница, кандидосепсис) их дифференциальной диагностике, лечению и профилактике. Рассмотреть вопросы этиологии, патогенеза, классификацию, клинические проявления, диагностику, лечение и профилактику сепсиса новорожденных.

Обучающийся должен знать: Сепсис. Этиология и патогенез. Клиническая картина, диагностика лечение, профилактика. Клинические проявления везикулопустулеза, местная терапия. Клинические проявления и лечение доброкачественной формы пузырьчатки новорожденных (пемфигус, пиококковый пемфигус). Клиника и лечение при злокачественной форме пузырьчатки новорожденных. Эксфолиативном дерматите Риттера, псевдофурункулез Фигнера, при стафилодермиях у новорожденных, при стрептококковой инфекции новорожденных. Клиника и лечение кандидоза полости рта (молочница) кандидоза кожи, генерализованного кандидоза (кандидосепсис) у новорожденных.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра органов мочевого выведения, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Группа риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса в неонатальном периоде. Влияние здоровья матери и течения беременности на здоровье новорожденного.
2. Этиология и патогенез постнатальных инфекционных заболеваний у новорожденных. Роль медицинского персонала в профилактике гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса в периоде новорожденности.
3. Клинические проявления везикулопустулеза, местная терапия.
4. Клинические проявления и лечение доброкачественной формы пузырьчатки новорожденных (пемфигус, пиококковый пемфигус).
5. Клиника и лечение при злокачественной форме пузырьчатки новорожденных, Эксфолиативном дерматите Риттера, псевдофурункулез Фигнера, при стафилодермиях у новорожденных, при стрептококковой инфекции новорожденных..

6. Клиника и лечение кандидоза полости рта (молочница) кандидоза кожи, генерализованного кандидоза (кандидосепсис) у новорожденных.
7. Этиология сепсиса новорожденных.
8. Классификация сепсиса новорожденных.
9. Клинические проявления сепсиса новорожденных.
10. Диагностические критерии сепсиса и системной воспалительной реакции у новорожденных.
11. Принципы лечения сепсиса новорожденных.
12. Осложнения сепсиса новорожденных. Бактериально-токсический шок. Диагностика.
13. Этиология и патогенез ДВС-синдрома у новорожденных.
14. Клинические проявления ДВС-синдрома у новорожденных.
15. Диагностика ДВС-синдрома у новорожденных.
16. Принципы лечения и профилактики ДВС-синдрома у новорожденных

Практическая подготовка.

Выполнить практическую работу:

- Изучить выписку из истории развития ребенка
- Определить факторы риска по ВУИ
- Назвать клинические проявления ВУИ
- Оценить данные лабораторного и инструментального обследования\
- Поставить диагноз
- Составить план лечения

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача: У недоношенного ребенка, длительно получавшего антибактериальную терапию по поводу пневмонии, в возрасте 1 мес 10 дней состояние ухудшилось. Появились судороги в виде оперкулярных пароксизмов (однообразные сосательные, жевательные движения, высовывание языка), выросла окружность головы (+6 см за 1 мес 10 дней). Исчезла двигательная активность в правой руке. Кожа бледная с мраморным рисунком, папулезная сыпь на эритематозном фоне на ягодицах. На слизистой полости рта трудно снимающийся белый налет. Дыхание пузрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 40 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - +1 см кнаружи от средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - +1 см. Стул 2 раза в день, кашицеобразный. Диурез не изменен. *Общий анализ крови:* НЬ - 112 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,89, Лейк - $10,3 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 33%, э - 3%, л - 52%, м - 10%, СОЭ - 15 мм/час. *Общий анализ мочи:* прозрачность - мутная, лейкоциты - 10-12 в п/з, белка и глюкозы нет, много грибов рода *Candida*. *Исследование ликвора* (получен из правого и левого желудочков при тенториальной пункции): ликвор мутный, опалесцирующий, цитоз - 400/3: нейтрофилы - 16%, лимфоциты - 62%, моноциты - 22%, белок - 2,08 г/л (норма - 0,49-0,80). *Посев ликвора на бактериальные среды:* стерильный. *Посев ликвора на грибы:* высеваются грибы рода *Candidaalbicans*.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие причины могли привести к возникновению судорог у данного ребенка?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать парез правой руки? Какое обследование и в какой срок после начала заболевания необходимо провести для диагностики?
4. Назначьте лечение.
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?
6. Нужно ли изолировать данного ребенка?

Алгоритм ответов:

1. Генерализованная кандидозная инфекция.
2. Менингит.
3. Родовая травма, ППЦНС.
4. Противогрибковый препарат, например, амфотерицин В или флуконазол.

5. Обследование беременной, санация очагов инфекции, грамотное назначение антибактериальной терапии строго по показаниям, проведение одновременной противогрибковой терапии.
6. Нет.

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача. Мальчик О., 8 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом: перинатальное поражение центральной нервной системы, гнойный омфалит, недоношенность. Из анамнеза известно, что ребенок от третьей беременности, протекавшей с нефропатией в третьем триместре, кольпитом. Первая беременность закончилась срочными родами, вторая - самопроизвольным выкидышем. Роды II, преждевременные на 36-37-й неделе гестации путем кесарева сечения по поводу}' первичной слабости родовой деятельности, безводный промежуток составил 11 часов. Масса тела при рождении 2550 г, длина тела 46 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. К груди приложен на 4-й день, сосал вяло. Первоначальная потеря массы тела составила 260 г, далее весовая кривая была плоской. Пуповинный остаток обработан хирургически на 2-й день, пупочная ранка мокла, на 7-й день появилось гнойное отделяемое, и ребенок был переведен в стационар. При поступлении состояние крайней тяжести, крик пронзительный. Выражение лица страдальческое. Двигательная активность снижена. Не сосет. Тепло удерживает плохо, температура тела 35,9°C. Имеются признаки недоношенности. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, акроцианоз, периоральный цианоз. Края пупочной ранки отечные, умеренно гипсреммированы, из ранки - скудное гнойное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит слабо. На ногах и передней брюшной стенке явления склеремы. Периодически отмечается апноэ. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры, частота дыханий 64 в минуту. Перкуторно над легкими определяется легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, Ps 176 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, селезенка - на 1 см, плотно-эластической консистенции. Стул непереваренный с примесью слизи. Мочится редко. В неврологическом статусе - арсфлексия, клонические судороги, голову запрокидывает, ригидность затылочных мышц. Большой родничок 2,5x2,5 см, напряжен.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,9, тромб - $120,0 \times 10^9/л$, Лейк - $5,1 \times 10\%$. миелоциты - 4%, метамиелоциты - 18%, и/я - 21%, с - 20%, л - 18%, м - 19%, СОЭ - 6 мм/час. *Исследование спинномозговой жидкости:* прозрачность - мутная, белок - 990 г/л, реакция Панди - ++++, цитоз - 5960 в 3 мкл: нейтрофилы - 82%, лимфоциты - 18%.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Изложите классификацию, используемую при постановке данного диагноза.
6. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Оцените результаты исследования ликвора.
9. Составьте план лечения

Задания для групповой работы:

1. Решить ситуационную задачу.
2. Посмотреть учебный фильм «Сепсис новорожденных». Рассмотреть в ходе дискуссии в группе основные задачи по профилактике сепсиса.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*
- 2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**
 1. Группа риска по развитию гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса в неонатальном периоде. Влияние здоровья матери и течения беременности на здоровье новорожденного.
 2. Этиология и патогенез постнатальных инфекционных заболеваний у новорожденных. Роль медицинского персонала в профилактике гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса в периоде новорожденности.

3. Клинические проявления везикулопустулеза, местная терапия.
4. Клинические проявления и лечение доброкачественной формы пузырчатки новорожденных (пемфигус, пиококковый пемфигус).
5. Клиника и лечение при злокачественной форме пузырчатки новорожденных, Эксфолиативном дерматите Риттера, псевдофурункулез Фигнера, при стафилодермиях у новорожденных, при стрептококковой инфекции новорожденных..
6. Клиника и лечение кандидоза полости рта (молочница) кандидоза кожи, генерализованного кандидоза (кандидосепсис) у новорожденных.
7. Этиология сепсиса новорожденных.
8. Классификация сепсиса новорожденных.
9. Клинические проявления сепсиса новорожденных.
10. Диагностические критерии сепсиса и системной воспалительной реакции у новорожденных.
11. Принципы лечения сепсиса новорожденных.
12. Осложнения сепсиса новорожденных. Бактериально-токсический шок. Диагностика.
13. Этиология и патогенез ДВС-синдрома у новорожденных.
14. Клинические проявления ДВС-синдрома у новорожденных.
15. Диагностика ДВС-синдрома у новорожденных.
16. Принципы лечения и профилактики ДВС-синдрома у новорожденных

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

Первичным элементом везикулопустулеза новорожденных является:

- 4) пузырек *
- 5) пятно
- 6) эрозия

Для эксфолиативного дерматита Риттера у новорожденных синдром Никольского:

- 1) Характерен *
- 2) не характерен

При гнойном омфалите у новорожденного местно используются:

- 1) 3% раствор перекиси водорода
- 2) 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор перманганата калия *
- 3) 3% раствор перекиси водорода, 5% раствор перманганата калия, ляпис

Для фунгуса пупка у новорожденного характерно:

- 1) серозное отделяемое из пупочной раны
- 2) отек, гиперемия пупочного кольца, гнойное отделяемое из пупочной раны
- 3) положительный симптом Краснобаева
- 4) язвочка с подрытыми краями, покрытая фибринозными наложениями
- 5) грибовидная опухоль на дне пупочной раны *

При лечении сепсиса у новорожденных используются следующие виды терапии:

- 1) инфузионная, антибактериальная, иммунодепрессивная
- 2) антибактериальная, инфузионная, иммунокорректирующая *
- 3) антибактериальная, инфузионная, гепатопротекторная

Для септикопиемической формы сепсиса новорожденных характерно:

- 1) наличие гнойных очагов, отсутствие инфекционного токсикоза
- 2) выраженный инфекционный токсикоз, один или несколько гнойных очагов *
- 3) выраженный инфекционный токсикоз, отсутствие метастатических гнойных очагов

Продолжительность молниеносного течения сепсиса новорожденных составляет:

- 1) 1-5 дней *
- 2) 10-14 дней
- 3) 3 недели
- 4) 4-6 недель

Продолжительность острого течения сепсиса новорожденных составляет:

- 1) 10-14 дней
- 2) 3 недели
- 3) 4-6 недель *
- 4) 6-8 недель

К септикопиемическим очагам при сепсисе у новорожденных можно отнести:

- 1) менингит *
- 2) конъюнктивит
- 3) отит
- 4) остеомиелит *
- 5) абсцедирующую пневмонию *

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.16: Гемолитическая болезнь новорожденных. Желтухи периода новорожденности.

Цель занятия: На основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, данных клинико-лабораторных исследований обучить студентов установлению клинического диагноза различных видов желтух в периоде новорожденности, определению показаний к заменному переливанию крови и технике его проведения.

Задачи: Изучить этиологию и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при транзиторной негемолитической гипербилирубинемии у новорожденных, лечение транзиторной негемолитической гипербилирубинемии. Изучить этиологию и патогенез, клинические проявления, данные лабораторных исследований гемолитической болезни новорожденных. Обучить студентов установлению клинического диагноза гемолитическая болезнь новорожденного. Рассмотреть принципы консервативного и оперативного лечения гемолитической болезни, обучить технике проведения заменного переливания крови. Рассмотреть дифференциальный диагноз с другими гемолитическими желтухами (наследственный микросфероцитоз, ферментопатия эритроцитов, нарушением синтеза гемоглобина.) Обучить дифференциальной диагностике гемолитических желтух с конъюгационными (транзиторная не гемолитическая гипербилирубинемия новорожденных, синдром Клиглера-Найяра, синдром Жильбера-Мейленграхта), паренхиматозными (синдром Дубина-Джонсона, синдром Ротора, фетальный гепатит, желтуха при галактоземии) и механическими (атрезия желчевыводящих путей, синдром сгущения желчи) желтухами.

Обучающийся должен знать: Этиологию и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при транзиторной негемолитической гипербилирубинемии у новорожденных. Лечение транзиторной негемолитической гипербилирубинемии. Этиологию и патогенез врожденной негемолитической гипербилирубинемии с ядерной желтухой (синдром Клиглера-Найяра). Клинические проявления и сдвиги лабораторных исследований при синдроме Клиглера-Найяра. Этиологию и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей, лечение конституциональной печеночной дисфункции (синдром Жильбера-Мейленграхта). Этиологию и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при желтухе у новорожденных (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный микросфероцитоз, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах, талассемия). Дифференциально-диагностические признаки конъюгационных и паренхиматозных желтух у новорожденных (синдром Дубина-Джонсона, синдром Ротора, галактоземия, фетальный гепатит, поражение печени бактериями, вирусами, простейшими). Дифференциальный диагноз конъюгационных желтух с механическими желтухами (атрофия желчевыводящих путей, синдром сгущения желчи). Этиологию и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей гемолитической болезни новорожденных (групповая несовместимость крови матери и плода, несовместимость по резус-фактору или по другим факторам). Дифференциальный диагноз ГБН с другими гемолитическими желтухами. Показания и техника заменного переливания крови, медикаментозная терапия. Вскармливание детей с ГБН. Прогноз заболевания, диспансерное наблюдение, профилактика ГБН. Этиология и патогенез, клиника и лечение наследственного микросфероцитоза, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах (Г-6-ФД), галактоземии, атрезии желчевыводящих путей у новорожденных.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Оценивать безусловные рефлексы (Бабкина, Моро, Робинзона, Бабинского, Галанта, Переза) у новорожденных. Оценивать гемограмму и биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, Fe сыворотки, железосвязывающая способность сыворотки, осмотическая стойкость эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, щелочная фосфатаза) у новорожденных. Проводить дифференциальный диагноз различных видов желтух. Выделить критерии ядерной желтухи у новорожденного.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра органов мочевого выведения, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи. Осуществлять фототерапию новорожденных. Осуществлять пероральное, подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств. Определить показания к заменному переливанию крови. Методикой проведения заменного переливания крови.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при транзиторной негемолитической гипербилирубинемии у новорожденных.
2. Лечение транзиторной негемолитической гипербилирубинемии.
3. Этиология и патогенез врожденной негемолитической гипербилирубинемии с ядерной желтухой (синдром Клиглера-Найяра).
4. Клинические проявления и сдвиги лабораторных исследований при синдроме Клиглера-Найяра. Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей, лечение конституциональной печеночной дисфункции (синдром Жильбера-Мейленграхта).

5. Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при желтухе у новорожденных (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный микросфероцитоз, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах, талассемия).
6. Дифференциально-диагностические признаки конъюгационных и паренхиматозных желтух у новорожденных (синдром Дубина-Джонсона, синдром Ротора, галактоземия, фетальный гепатит, поражение печени бактериями, вирусами, простейшими).
7. Дифференциальный диагноз конъюгационных желтух с механическими желтухами (атрофия желчевыводящих путей, синдром сгущения желчи).
8. Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей гемолитической болезни новорожденных (групповая несовместимость крови матери и плода, несовместимость по резус-фактору или по другим факторам).
9. Дифференциальный диагноз ГБН с другими гемолитическими желтухами.
10. Определение показаний и техника заменного переливания крови, медикаментозная терапия. Вскармливание детей с ГБН.
11. Прогноз заболевания, диспансерное наблюдение больных, профилактика ГБН.
12. Этиология и патогенез, клиника и лечение наследственного микросфероцитоза, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах (Г-6-ФД), галактоземии, атрезии желчевыводящих путей у новорожденных.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1. Выполнить практическую работу:

- Изучить выписку из истории развития ребенка
- Определить факторы риска по гемолитической болезни новорожденного
- Назвать клинические проявления гемолитической болезни
- Оценить данные лабораторного и инструментального обследования.
- Обосновать диагноз.
- Провести дифференциальный диагноз различных видов желтух у новорожденного
- Составить план лечения

2. Освоить практический навык: провести объективный осмотр новорожденного и определить клинические проявления желтухи

Цель работы: Выработать умение определять патологические симптомы, характерные для желтухи у новорожденного

Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка): при желтухе осматриваются слизистые (полость рта и слизистая глаз), определяется цвет кожных покровов, проводится пальпация печени и селезенки. Определяется их увеличение. Оцениваются результаты обследования (гемоглобин, количество эритроцитов, билирубин сыворотки крови и его фракции, АСТ и АЛТ, щелочная фосфатаза, маркеры гепатитов). Результат врач проводит дифференциальный диагноз желтухи, устанавливает диагноз. Составляет план лечения новорожденного. Записать результат работы в учебную тетрадь.

Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Задача 1. Девочка О., 4 дней, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности. Роды срочные. Масса тела при рождении 3100 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу, к груди приложена через два часа после рождения, сосала хорошо. На 3-й сутки появилась истеричность кожных покровов. При осмотре на 4-й день жизни состояние удовлетворительное, сосет хорошо, крик громкий. Кожные покровы чистые, умеренно иктеричны. В легких дыхание пуэрильное. Сердечные тоны ясные звучные. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Стул желтого цвета. Физиологические рефлексы вызываются, мышечный тонус удовлетворительный.

Группа крови матери 0(1) Rh-положительная. *Группа крови ребенка* 0(1) Rh-положительная. *Общий анализ крови:* НЬ - 196 г/л, Эр - $5,9 \times 10^{12}/л$, ретикулоциты - 1,5%, Ц.п. - 0,94, Лейк - $9,0 \times 10^9/л$, п/я - 5%, с - 42%, э - 1%, л - 47%, м - 5%, СОЭ - 2 мм/час. *Общий анализ мочи:* цвет - соломенно-желтый,

реакция - кислая, удельный вес - 1004, белок отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. *Биохимический анализ крови* на 4-й день жизни: общий белок - 52,4 г/л, билирубин: непрямой - 140 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, холестерин - 3,6 ммоль/л, калий - 5,1 ммоль/л, натрий - 141 ммоль/л, АЛТ - 25 ммоль/л, АСТ - 18 ммоль/л.

Задание

1. Поставьте диагноз
2. Оцените результаты биохимического анализа крови. С чем связаны выявленные изменения?
3. Требуется ли лечение желтухи у данного ребенка?
4. Как кормить этого ребенка?

Алгоритм ответов:

1. Транзиторная негемолитическая гипербилирубинемия новорожденного.
2. Анализ в пределах возрастной нормы.
3. Лечение не требуется.
4. Грудное вскармливание.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. Мальчик Г., 1 суток жизни, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 25 лет, она имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность была 3 года назад, закончилась медицинским абортom при сроке 9 недель, осложнений не было. Настоящая беременность вторая, протекала с токсикозом в первом триместре, в третьем триместре периодически отмечались подъемы АД до 145/90 мм рт.ст. В женской консультации наблюдалась нерегулярно. Роды срочные, самостоятельные. 1-й период - 6 часов 30 минут, 2-й - 25 минут, безводный промежуток - 3 часа. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Сразу при рождении было отмечено желтушное прокрашивание кожных покровов, оболочек пуповины и околоплодных вод. При первом осмотре педиатра выявлено увеличение размеров печени до +3 см и селезенки до +1,5 см. При дополнительном обследовании:

Билирубин пуповинной крови составил 105 мкмоль/л. В *биохимическом анализе крови* новорожденного, взятом в возрасте 4 часов жизни, уровень непрямого билирубина составил 175 мкмоль/л. *Нв периферической крови*, определенный по cito, 149 г/л.

Задание

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Оцените результаты исследования, проведенного новорожденному в родильном доме.
3. Какое обследование следует провести ребенку для уточнения диагноза?
4. Какие ранние и поздние осложнения могут возникнуть при данном заболевании?

Задача 3. Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(I) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови. Первая беременность закончилась медицинским абортom при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 г, длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка у реберного края. Стул переходный. *Общий анализ крови*: НБ - 141 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,99, Лейк - $9,4 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с - 53%, э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 2 мм/час. *Биохимический анализ крови* на 2-й день жизни: общий белок - 54,4 г/л, билирубин: непрямой - 180 мкмоль/л, прямой - нет.

Задание

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Как следует кормить этого ребенка?

5. Назначьте лечение.

Задание для групповой работы

Составить дифференциально-диагностическую таблицу желтух новорожденных

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при транзиторной негемолитической гипербилирубинемии у новорожденных.
2. Лечение транзиторной негемолитической гипербилирубинемии.
3. Этиология и патогенез врожденной негемолитической гипербилирубинемии с ядерной желтухой (синдром Клиглера-Найяра).
4. Клинические проявления и сдвиги лабораторных исследований при синдроме Клиглера-Найяра. Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей, лечение конституциональной печеночной дисфункции (синдром Жильбера-Мейленграхта).
5. Этиология и патогенез, клинические проявления и сдвиги лабораторных показателей при желтухе у новорожденных (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственный микросфероцитоз, дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах, талассемия).
6. Дифференциально-диагностические признаки конъюгационных и паренхиматозных желтух у новорожденных (синдром Дубина-Джонсона, синдром Ротора, галактоземия, фетальный гепатит, поражение печени бактериями, вирусами, простейшими).
7. Дифференциальный диагноз конъюгационных желтух с механическими желтухами (атрофия желчевыводящих путей, синдром сгущения желчи).
8. Этиология и патогенез, клинические проявления, сдвиги лабораторных показателей гемолитической болезни новорожденных (групповая несовместимость крови матери и плода, несовместимость по резус-фактору или по другим факторам).
9. Дифференциальный диагноз ГБН с другими гемолитическими желтухами.
10. Определение показаний и техника заменного переливания крови, медикаментозная терапия. Вскармливание детей с ГБН.
11. Прогноз заболевания, диспансерное наблюдение больных, профилактика ГБН.
12. Этиология и патогенез, клиника и лечение наследственного микросфероцитоза, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы в эритроцитах (Г-6-ФД), галактоземии, атрезии желчевыводящих путей у новорожденных.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Гемолитическая болезнь новорожденного характеризуется:

- 1) незрелостью глюкуронилтрансферазы печени
- 2) изоиммунной гемолитической анемией *
- 3) гемоглобинопатией
- 4) внутриутробной инфекцией

Более тяжелое течение гемолитической болезни новорожденной отмечается при несовместимости крови матери и плода по:

- 1) резус-фактору *
- 2) группе крови

Желтуха при гемолитической болезни новорожденного появляется:

- 1) до 48 часов жизни *
- 2) после 48 часов жизни
- 3) после 7 дня жизни
- 4) после 10 суток жизни

Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору используют эритроцитарную массу:

- 1) 0 (I) Rh-положительную
- 2) 0 (I) Rh-отрицательную
- 3) группы крови ребенка Rh-положительную
- 4) группы крови ребенка Rh-отрицательную *

Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по АВО-системе используют:

- 1) эритроцитарную массу 0(1) и плазму 0(1)
- 2) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму 0(1)
- 3) эритроцитарную массу 0(1) и плазму АВ(IV) *
- 4) эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму АВ(1У)

К проявлениям анемической формы гемолитической болезни новорожденного относятся:

- 1) гепатоспленомегалия *
- 2) геморрагический синдром
- 3) тромбоцитопения
- 4) анемия *
- 5) диспепсический синдром
- 6) желтуха

К проявлениям желтушной формы гемолитической болезни новорожденного относятся:

- 1) гепатоспленомегалия *
- 2) геморрагический синдром
- 3) тромбоцитопения
- 4) анемия *
- 5) диспепсический синдром
- 6) желтуха*

Ядерная желтуха развивается при уровне непрямого билирубина в сыворотке крови:

- 1) 150-200 мкмоль/л
- 2) 200-250 мкмоль/л
- 3) 300-350 мкмоль/л*

В терапии гемолитической болезни новорожденного используют:

- 1) гормональную терапию
- 2) внутривенное введение стандартного иммуноглобулина *
- 3) фототерапию *
- 4) антибактериальную терапию
- 5) заменное переливание крови *

К осложнениям, возможным при проведении фототерапии, относятся развитие:

- 1) бактериальных заболеваний
- 2) синдрома "загорелой кожи" *
- 3) синдрома "бронзовой кожи" *
- 4) гипертромбоцитоза
- 5) диспепсического синдрома *

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 1.13: Структура и организация работы детской поликлиники. Обязанности участкового врача-педиатра. Наблюдение за детьми на участке.

Цель: Способствовать формированию у студентов системы знаний об организации работы детской поликлиники, целях и задачах медицинского обслуживания детского населения в Российской Федерации. Изучить права и обязанности участкового педиатра, его роль в оказании первичной медико-санитарной помощи детям. Сформировать умения осуществления врачебного контроля за состоянием детей разных возрастных групп в условиях поликлиники. Обучить правильному ведению медицинской документации в детской поликлинике (ф. 112/у, 63/у, 30/у и др.). Закрепить знания о методике комплексной оценки состояния здоровья детей.

Задачи: рассмотреть организацию и основные направления деятельности детской поликлиники. Сформировать систему знаний о диспансерном наблюдении и оказании педиатрической помощи детям различных возрастных групп. Изучить цели и порядок проведения антенатальной профилактики патологии у детей, рассмотреть преемственность в работе детской поликлиники и женской консультации. Обучить оформлению результатов дородового патронажа беременной в медицинской карте будущего ребенка. Рассмотреть порядок проведения патронажа новорожденного на дому. Изучить: правила оформления документации по результатам выполненного патронажа. Закрепить навык выделения группы риска новорожденного и умение составлять план индивидуального наблюдения за ребенком из группы риска. Обучить владению методикой комплексной оценки здоровых детей по результатам профилактического диспансерного наблюдения в поликлинике, детском дошкольном учреждении и в школе. Обучить студентов принципам обслуживания больных детей в амбулаторных условиях, в том числе оказание амбулаторной неотложной помощи.

Обучающийся должен знать: Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники, форма организации работы. Режим работы поликлиники. Роль фильтра. Организация работы регистратуры, новые формы. Организация и оформление педиатрического кабинета. Лечебно-диагностические кабинеты поликлиники. Участковый принцип помощи детям (структура участка, численность и возраст детей). Связь с другими медицинскими учреждениями (роддом, стационар, станция неотложной помощи, женская консультация, детские дошкольные учреждения, школы). Организация приема детей. Основные разделы работы участкового педиатра. Наблюдение за детьми первого года жизни на участке. Наблюдение за детьми старше года. Подготовка детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение и школу. Передача подростка во взрослую поликлинику. Принцип обслуживания больных детей в амбулаторных условиях. Санитарно-просветительская работа, ее формы на участке. Оформление медицинской документации на педиатрическом участке. Основные виды медицинской документации в детской поликлинике (ф. 112/у, 63/у, 30/у и др.). Диспансерный метод и его социально-гигиеническая сущность. Комплексная оценка уровня здоровья детей. Критерии здоровья, их распределение по удельному весу для установки группы здоровья. Распределение детей по группам здоровья. Система диспансерного наблюдения за здоровыми детьми, сроки осмотров педиатрами и врачами-специалистами, лабораторные исследования. Карта учета диспансеризации. Объем и периодичность диспансеризации. Особенности организации диспансеризации школьников

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и

самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыком правильного ведения медицинской документации и оценки сведений, содержащихся в медицинской документации. Навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания. Навыками проведения объективного осмотра ребенка. Умением оценки состояния и самочувствия пациента. Умением использования результатов опроса и физического осмотра ребенка, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза. Навыком направления детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядком оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники, форма организации работы.
2. Режим работы поликлиники.
3. Роль фильтра.
4. Организация работы регистратуры, новые формы.
5. Организация и оформление педиатрического кабинета.
6. Лечебно-диагностические кабинеты поликлиники.
7. Участковый принцип помощи детям (структура участка, численность и возраст детей).
8. Связь с другими медицинскими учреждениями (роддом, стационар, станция неотложной помощи, женская консультация, детские дошкольные учреждения, школы).
9. Организация приема детей.
10. Основные разделы работы участкового педиатра.
11. Наблюдение за детьми первого года жизни на участке.
12. Наблюдение за детьми старше года.
13. Подготовка детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение и школу.
14. Передача подростка во взрослую поликлинику.
15. Принцип обслуживания больных детей в амбулаторных условиях.
16. Санитарно-просветительская работа, ее формы на участке.
17. Оформление медицинской документации на педиатрическом участке.
18. Основные виды медицинской документации в детской поликлинике (ф. 112/у, 63/у, 30/у и др.).
19. Диспансерный метод и его социально-гигиеническая сущность.
20. Комплексная оценка уровня здоровья детей.
21. Критерии здоровья, их распределение по удельному весу для установки группы здоровья.
22. Распределение детей по группам здоровья.
23. Система диспансерного наблюдения за здоровыми детьми, сроки осмотров педиатрами и врачами-специалистами, лабораторные исследования.
24. Карта учета диспансеризации.
25. Объем и периодичность диспансеризации.
26. Особенности организации диспансеризации школьников

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) Освоить **практический навык:** определение группы здоровья ребенка по данным медицинской документации (ф. 112/у).

2) Цель работы: выработать умение определять группу здоровья ребенка по критериям отнесения к определенной группе здоровья и сведениям, полученным из медицинской документации ребенка (ф. 112/у).

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

1. Изучить медицинскую карту ребенка (ф. 112/у).
2. Выделить факторы риска.
3. Провести комплексную оценку здоровья ребенка по данным карты развития (оценить физическое развитие, нервно-психическое развитие, половое развитие – для подростков, уровень соматического здоровья, резистентность, наличие или отсутствие зронических заболеваний и пороков развития).
4. Определить группу здоровья ребенка. Составить план диспансерного наблюдения.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритм

Задача 1. Ребенку 1 месяц, масса тела 3900г, вскармливание грудное «по требованию». Ребенок требует грудь приблизительно через 2,5-3 часа в дневное время и около 2-3 часов ночи, т.е. Количество дневных кормлений 8 (через 2,5 часа) или 7 (через 3 часа), плюс одно ночное кормление. Всего за сутки мать прикладывает ребенка к груди 8-9 раз.

Провести расчет питания.

Решение:

Суточный объем питания можно рассчитать «объемным» методом:

Количество грудного молока, необходимого ребенку в течение суток = $3900 \text{ г} : 5 = 780 \text{ мл}$

Объем разового кормления зависит от количества кормлений:

- ✓ При кормлении через 2,5 часа разовый объем = $780 \text{ мл} : 9 \text{ кормлений} = 86,6 \text{ мл}$ грудного молока (приблизительно 87 мл)
- ✓ При кормлении через 3 часа разовый объем = $780 \text{ мл} : 8 \text{ кормлений} = 97,5 \text{ мл}$ грудного молока (приблизительно 98 мл).

Приблизительные часы кормлений (время может незначительно колебаться, так как его устанавливает сам ребенок):

- ✓ При кормлении через 2,5 часа – 6 часов утра, затем 8 часов 30 минут, 11 часов утра, 13 часов 30 минут, 16 часов, 18 часов 30 минут, 21 час, 23 часа 30 минут и в 2 часа ночи
- ✓ При кормлении через 3 часа – 6 утра, затем 9 часов, 12 часов, 15 часов. 18 часов. 21 час, 24 часа и 3 часа ночи.

Кроме грудного молока ребенок ничего не получает, питье не дается.

Задача 2. Ребенку 7 месяцев, масса тела 8500г. На искусственном вскармливании. Составить диету на 1 день.

Решение:

Сравним фактическую массу ребенка с долженствующей массой. Долженствующая масса определяется по формуле: $8200\text{г} + 400\text{г} \times \text{число месяцев жизни свыше 6 месяцев}$, т.е. $8200 + 400 \times 1 = 8600 \text{ г}$. Масса ребенка в норме. Суточный объем питания определим «объемным» методом: суточный объем питания = $8500 : 8 = 1062 \text{ мл}$. Суточный объем ограничиваем до 1000 мл, недостающий калораж покрывается за счет продуктов прикорма. В соответствии с возрастом на искусственном вскармливании ребенку должны быть введены следующие продукты прикорма: овощное пюре, фруктовое пюре, каша, фруктовый сок, можно начинать вводить мясное пюре и яичный желток. Эти продукты необходимо распределить в течение дня на несколько кормлений (завтрак, обед, ужин) в соответствии с правилами введения прикормов. Количество кормлений 5. Ребенок кормится через 4 часа. Часы кормлений: 6 часов, 10 часов. 14 часов 18 часов и 22 часа. Ночных кормлений нет. Избыток суточного объема питания (60-70 мл) заменяем на жидкость в течение дня, в качестве питья можно использовать детский чай, фруктовый или овощной отвар без сахара, морс без сахара. В качестве заменителя грудного молока используется смесь для детей второго полугодия жизни, например смесь «NAN protect plus».

Объем разового кормления = $1000 \text{ мл} : 5 = 200 \text{ мл}$

Диета на один день:

Время кормления	Наименование продуктов	Количество
6 часов	Смесь «NAN protect plus»	200 мл

10 часов	Каша гречневая безмолочная Масло сливочное Фруктовое пюре из яблок и персиков	150 мл 3 г 50 г
14 часов	Овощное пюре из тыквы и кабачка Мясное пюре из говядины Растительное масло Яичный желток Грушевый сок	130 г 20 г 3 г 1/2 50 мл
18 часов	Овощное пюре из цветной капусты Фруктовое пюре из яблок Яблочный сок	150 г 20 г 30 г
22 часа	Смесь «NAN protect plus»	200 мл

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Ребенку 3 месяца. Родился с массой 3000 г, в настоящее время весит 4 500 г. На грудном вскармливании. Мать кормит ребенка 6 раз в течение дня через 3,5 часа, ночью грудь не дает, хотя ребенок беспокоится, плохо спит. Также малыш бывает беспокойным между кормлениями, во время кормления жадно и быстро сосет, плачет, когда его отнимают от груди. В последнее время появились запоры. Проведено контрольное взвешивание 3 раза. Ребенок высасывает из груди 60мл-80 мл-70 мл. Проведите расчет питания. Дайте рекомендации маме. Составьте диету на один день.

Задача 2. Мальчик Н., возраст 2 мес. 14 дней (2 мес.). Длина тела 55 см, окружность груди 37,8 см, масса тела 4,6 кг.

Оценить физическое развитие.

Задача 3. Девочка М. 6 лет 5 мес. 18 дней (6 лет). Длина тела 123 см, окружность груди 60 см, масса тела 19,2 кг.

Оценить физическое развитие.

Задание для групповой работы: ознакомиться с ведением приема участкового педиатра., записать в рабочую тетрадь правила проведения приема.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Основные задачи и направления деятельности детской поликлиники, форма организации работы.
2. Режим работы поликлиники.
3. Роль фильтра.
4. Организация работы регистратуры, новые формы.
5. Организация и оформление педиатрического кабинета.
6. Лечебно-диагностические кабинеты поликлиники.
7. Участковый принцип помощи детям (структура участка, численность и возраст детей).
8. Связь с другими медицинскими учреждениями (роддом, стационар, станция неотложной помощи, женская консультация, детские дошкольные учреждения, школы).
9. Организация приема детей.
10. Основные разделы работы участкового педиатра.
11. Наблюдение за детьми первого года жизни на участке.
12. Наблюдение за детьми старше года.
13. Подготовка детей на педиатрическом участке к поступлению в дошкольное учреждение и школу.
14. Передача подростка во взрослую поликлинику.

15. Принцип обслуживания больных детей в амбулаторных условиях.
16. Санитарно-просветительская работа, ее формы на участке.
17. Оформление медицинской документации на педиатрическом участке.
18. Основные виды медицинской документации в детской поликлинике (ф. 112/у, 63/у, 30/у и др.).
19. Диспансерный метод и его социально-гигиеническая сущность.
20. Комплексная оценка уровня здоровья детей.
21. Критерии здоровья, их распределение по удельному весу для установки группы здоровья.
22. Распределение детей по группам здоровья.
23. Система диспансерного наблюдения за здоровыми детьми, сроки осмотров педиатрами и врачами-специалистами, лабораторные исследования.
24. Карта учета диспансеризации.
25. Объем и периодичность диспансеризации.
26. Особенности организации диспансеризации школьников

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

I степень гипотрофического варианта пренатальной гипотрофии у доношенного новорожденного характеризуется:

массо-ростовым показателем 55-59,9*

уменьшением подкожно-жировой клетчатки на животе и конечностях

наличием пороков развития

увеличением размеров паренхиматозных органов

Вакцинация новорожденного против гепатита В в родильном доме должна проводиться:

в первые 12 часов жизни*

на 2 день жизни

на 3 день жизни

на 4 день жизни

Для врожденного гипотиреоза у новорожденного характерны:

экзофтальм, тахикардия, повышенная возбудимость

недоношенность

низкая масса тела при рождении, повышенный аппетит, диспепсия

большая масса тела при рождении, запоры, вялое сосание*

При хроническом алкоголизме матери у новорожденного отмечают:

задержка внутриутробного развития*

геморрагический синдром

стигмы дисэмбриогенеза*

перинатальная энцефалопатия

большая масса тела при рождении

К критериям незрелости относятся:

Оценка по шкале Апгар

Признаки морфо-функциональной незрелости*

Гестационный возраст менее 37 недель*

Гестационный возраст менее 40 недель

Какое из утверждений не характерно для физиологической желтухи:

каловые массы нормально окрашенного цвета

моча не содержит желчных пигментов

желтуха появляется на 2~3-й день жизни и продолжается 5-7 дней
новорожденные с физиологической желтухой не нуждаются в проведении фототерапии
имеет волнообразное течение*

Артериальной гипертензией может сопровождаться следующий врожденный порок:

стеноз митрального клапана
стеноз легочной артерии
коарктация аорты*

Синдром сердечной недостаточности подтверждается изменением показателей:

рентгенографии сердца
Эхокардиографии*
ЭКГ
реоэнцефалографии

Исследование, обязательно показанное грудному ребенку перед назначением плавания:

ФКГ
рентгенограмма сердца
тахисцилография
ЭКГ*

При гломерулонефрите поражается:

канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций
почечные клубочки*
корковое и мозговое вещество почек
слизистая оболочка мочевого пузыря

Раннее (сразу после рождения) прикладывание к груди способствует:

Более быстрому становлению лактации у матери
Уменьшению длительности фазы транзиторного дисбактериоза
Более длительному сохранению лактации
Более быстрой послеродовой инволюции матки
Все ответы верны*

К наиболее частым осложнениям пневмонии у детей относятся:

судорожный синдром
надпочечниковая недостаточность
дыхательная недостаточность*
кишечный токсикоз

При рахите I степени могут отмечаться следующие симптомы:

плаксивость
Потливость*
Остеомаляция*
снижение аппетита
Раздражительность*

Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:

паратрофия*
гипотрофия
гипостатура

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 1. Пропедевтика детских болезней

Раздел 2. Детские болезни

Тема 1.14: Профилактическая, противоэпидемическая, санитарно-просветительная работа на участке.

Цель: способствовать формированию системы знаний и умений по организации профилактической амбулаторно-поликлинической помощи детям, работе детской поликлиники и ее структурных подразделений на современном этапе, путях реализации национального проекта «Здоровье» в детском здравоохранении.

Задачи: изучить организацию и структуру поликлиники, назначение каждого подразделения, в т.ч. кабинета здорового ребенка, систему взаимосвязи с другими детскими учреждениями по обеспечению профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи детям; функциональные обязанности участкового врача педиатра, участковой медицинской сестры; задачи и формы проведения лечебной, профилактической и санитарно-просветительной работы; организационные вопросы по проведению диспансеризации детей и подростков (организованных и неорганизованных); схему профилактических осмотров, базовые скрининг-программы;

рассмотреть: основные законодательства и постановления МЗ РФ по оказанию амбулаторно-поликлинической помощи детям и по проведению диспансеризации детского населения; основные статистические показатели работы детской поликлиники и участкового врача педиатра; основную медицинскую документацию детской поликлиники, оформление медицинской документации педиатрического участка;

Обучающийся должен знать: Антенатальная профилактика. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке. Врачебный патронаж, сестринский патронаж. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома (3-5 день). Кормление и питьевой режим новорожденного на участке, организация контрольного взвешивания. Профилактика гипогалактии. Оценка «переходных» состояний у новорожденных. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска. Индекс отягощенности генетического анамнеза. Оценка социального анамнеза. Физиологическое значение гимнастики и массажа для детей раннего возраста. Плавание. Значение специальных упражнений и массажа для профилактики некоторых заболеваний у детей раннего возраста. Показания к госпитализации новорожденных.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыком правильного ведения медицинской документации и оценки сведений, содержащихся в медицинской документации. Навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания. Навыками проведения объективного осмотра ребенка. Умением оценки состояния и самочувствия пациента. Умением использования результатов опроса и физического осмотра ребенка, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза. Навыком направления детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядком оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Антенатальная профилактика.
2. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке.
3. Врачебный патронаж, сестринский патронаж.
4. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома (3-5 день).
5. Кормление и питьевой режим новорожденного на участке, организация контрольного взвешивания. Профилактика гипогалактии.
6. Оценка «переходных» состояний у новорожденных.
7. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска.
8. Индекс отягощенности генетического анамнеза.
9. Оценка социального анамнеза.
10. Физиологическое значение гимнастики и массажа для детей раннего возраста.
11. Плавание. Значение специальных упражнений и массажа для профилактики некоторых заболеваний у детей раннего возраста.
12. Показания к госпитализации новорожденных.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) Освоить **практический навык:** определение группы здоровья ребенка по данным медицинской документации (ф. 112/у).

2) Цель работы: выработать умение определять группу здоровья ребенка по критериям отнесения к определенной группе здоровья и сведениям, полученным из медицинской документации ребенка (ф. 112/у).

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

1. Изучить медицинскую карту ребенка (ф. 112/у).
2. Выделить факторы риска.
3. Провести комплексную оценку здоровья ребенка по данным карты развития (оценить физическое развитие, нервно-психическое развитие, половое развитие – для подростков, уровень соматического здоровья, резистентность, наличие или отсутствие зренических заболеваний и пороков развития).
4. Определить группу здоровья ребенка. Составить план диспансерного наблюдения.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1. Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. II роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 г, длиной – 53

см., закричал сразу. Естественное вскармливание до 2 месяцев, затем только адаптированной молочной смесью до настоящего времени. Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D3 в суточной дозе 500 МЕ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. С рождения вакцинирован по календарю, в 3 месяца сделана V1 АКДС + V1 ОПВ, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились. В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака. При осмотре: масса тела 7200 г, длина – 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гarrisонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок 4×4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Ч.д 25 в минуту. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 ударов в мин. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. Определите группу здоровья ребенка.
3. Какие дефекты наблюдения ребенка имели место?
4. Можно ли проводить вакцинацию?
5. Дайте рекомендации.

Алгоритм ответа:

Вит. Д – дефицитный рахит II степени, период разгара, острое течение

Группа здоровья 2.

Дефекты наблюдения ребенка: ранний перевод на искусственное вскармливание с 2 мес., использование в питании только смесь, без полноценной коррекции витаминами и микроэлементами, без введения овощного прикорма, нерегулярная специфическая профилактика рахита, нерегулярное медицинское наблюдение.

Вакцинация может проводиться в соответствии с национальным календарем профилактических прививок. Схема вакцинации: V2 АКДС + V2 ОПВ + V3 ВГВ

Коррекция питания: введение овощного прикорма по правилам введения прикорма во второе кормление; лечение рахита препаратом витамина D3 (холекальциферол) по 3000 МЕ (6 капель в день, разделенных на 2 приема) в течение 45 дней под контролем пробы Сулковича и контроля уровня витамина Д в сыворотке крови ребенка. Массаж общий № 10 и курс ЛФК № 10. Диспансерный осмотр через месяц в возрасте 6 месяцев. Текущий осмотр перед прививкой. Приглашены на прививку.

Задание для групповой работы: ознакомиться с ведением приема участкового педиатра., записать в рабочую тетрадь правила проведения приема.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ. Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атонического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит. Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач. При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук

легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлиненного выдоха - рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС ПО уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер. *Общий анализ крови:* НЬ - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,9 \times 10^9/л$, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час. **Рентгенография грудной клетки:** усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию?
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. В каких случаях проводят диагностическую бронхоскопию?
5. Назначьте лечение.

Задача 3. Ребенок 6,5 мес, родился с массой-3450, фактическая масса-7100г. Проведено контрольное взвешивание, высасывает 1 кормление-90мл, 2кормление-95мл, 3 кормление-50мл грудного молока. Составить диету на 1 день. Дать рекомендации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Антенатальная профилактика.
2. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке.
3. Врачебный патронаж, сестринский патронаж.
4. Особенности ухода и медицинского обслуживания новорожденных и матерей при ранней выписке из роддома (3-5 день).
5. Кормление и питьевой режим новорожденного на участке, организация контрольного взвешивания. Профилактика гипогалактии.
6. Оценка «переходных» состояний у новорожденных.
7. Критерии здоровья новорожденных и определение групп направленного риска.
8. Индекс отягощенности генетического анамнеза.
9. Оценка социального анамнеза.
10. Физиологическое значение гимнастики и массажа для детей раннего возраста.
11. Плавание. Значение специальных упражнений и массажа для профилактики некоторых заболеваний у детей раннего возраста.
12. Показания к госпитализации новорожденных.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Как проводится профилактическая прививка, если у ребенка обострилось течение хронического заболевания?

а) Прививка проводится после окончания обострения, и после нормализации температуры и клинических показателей*

б) Прививку провести через 1 месяц после нормализации температуры

в) Прививку проводят через 2 недели после окончания обострения

г) Прививку в этих случаях можно проводить по плану

2. После введения иммуноглобулинов, сывороток развивается иммунитет:

а) пассивный*

б) активный

3. Профилактические прививки детям с дискинезией желчевыводящих путей после обострения проводятся не ранее, чем через:

а) 1 месяц*,

б) 2 месяца,

в) 3 месяца,

г) 6 месяцев

- д) противопоказаний нет
4. Выберите группу указанных вакцин, в которой находятся только живые вакцины:
- а) БЖЦ, туляремиальная, коревая, полиомиелитная оральная, паротитная, сибирезвенная, краснушная, чумная, вакцина против желтой лихорадки*
- б) БЖЦ, клещевая, полиомиелитная конъюгационная, гриппозная, столбнячная, сибирезвенная, брюшнотифозная, холерная.
5. Дети из групп диспансерного наблюдения активно иммунизируются
- а) по общепринятому календарю обычными методами,
- б) по индивидуальному календарю щадящими методами*,
- в) имеют абсолютный мед. отвод,
- г) имеют относительный мед. отвод
6. Для детей из группы диспансерного наблюдения имеют место следующие особенности активной иммунизации
- а) по общепринятому календарю, обычным методом,
- б) по индивидуальному календарю, щадящим методом*,
- в) медотвод абсолютный,
- г) медотвод относительный
7. Живыми вакцинами являются:
- а) БЦЖ*,
- б) лактобактерин,
- в) вакцина гепатита В рекомбинантная
8. Оценка эпидемиологической эффективности иммунизации проводится:
1. По тенденции динамики заболеваемости
 2. По изменению параметров сезонности
 3. По снижению заболеваемости иммунизированных в сравнении с непривитыми*
 4. По изменению возрастной структуры заболеваемости

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.17: Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Цель занятия: сформировать у студентов систему знаний и умения по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе у детей в условиях поликлиники.

Задачи: тактику врача при неотложных состояниях у детей; обучить выявлению ранних признаков ОРВИ; рассмотреть организацию стационара на дому; принципам оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе; изучить этиологию, патогенез и клинические проявления следующих состояний и синдромов: гипертермический синдром; судорожный синдром; нейротоксикоз; острые аллергические реакции; анафилактический шок; острые отравления; инородные тела; ожоги; обморожения; острый абдоминальный синдром; острая дыхательная недостаточность; посиндромную терапию неотложных состояний у детей и подростков.

Обучающийся должен знать: Острые заболевания верхних дыхательных путей у детей. Принципы оказания неотложной помощи детям при острой обструкции верхних дыхательных путей. Неотложная помощь при гипо- и гипертермии. Купирование судорожного синдрома. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме острой бронхиальной обструкции и острых аллергических реакциях. Неотложная помощь при укусах насекомых и змей. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме «острая боль в животе». Синдром срыгивания и рвоты у детей. Принципы оказания неотложной помощи детям при острых отравлениях. Принципы оказания неотложной помощи детям при несчастных случаях (ожоги, отморожения, электротравма, утопление), при наличии инородного тела в полости носа, уха, глотки, гортани, трахеи, желудочно – кишечного тракта. Синдром острой недостаточности кровообращения (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, шок), неотложная помощь

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения. определить тактику оказания неотложной помощи, объем лечебных мероприятий на догоспитальном этапе; укомплектовать согласно действующим Приказам МЗ РФ и методическим указаниям аптечку участкового педиатра для оказания неотложной помощи на дому; провести должные лечебные манипуляции на различных уровнях догоспитального этапа; оформить направление на госпитализацию.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования диагноза, навыком направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, навыками оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Острые заболевания верхних дыхательных путей у детей.
2. Принципы оказания неотложной помощи детям при острой обструкции верхних дыхательных путей.
3. Неотложная помощь при гипо- и гипертермии.
4. Купирование судорожного синдрома.
5. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме острой бронхиальной обструкции и острых аллергических реакциях.
6. Неотложная помощь при укусах насекомых и змей.
7. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме «острая боль в животе».
8. Синдром срыгивания и рвоты у детей.
9. Принципы оказания неотложной помощи детям при острых отравлениях.
10. Принципы оказания неотложной помощи детям при несчастных случаях (ожоги, отморожения, электротравма, утопление).
11. Принципы оказания неотложной помощи детям при наличии инородного тела в полости носа, уха, глотки, гортани, трахеи, желудочно – кишечного тракта.

12. Синдром острой недостаточности кровообращения (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, шок), неотложная помощь

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

Цель работы: закрепить теоретические знания по теме занятия, сформировать систему знаний о порядке и правилах оказания неотложной помощи детям на догоспитальном этапе

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

4. Задача 1. Мальчик 10 лет утонул при купании в озере. Был поднят спасателем со дна водоема через 3 минуты. Ребенок без сознания, отмечалась однократная рвота, кожные покровы бледно-цианотичные. Вены шеи набухшие. Из рта выделение енистой розовой мокроты. Пульс слабый. Частота сердечных сокращений 40 в минуту. Частота дыхания 10 в минуту.

Задание:

1. Диагноз?

2. Проведите неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.

Алгоритм ответа:

1. Истинное («мокрое») утопление в пресной воде. Отек легких. Преагональное состояние.
2. Вызвать бригаду неотложной помощи.
3. Оценить жизненно важные функции с помощью приема «вижу, слышу, ощущаю».
4. Помощь оказываем вдвоем со спасателем, так как необходимо одновременное проведение наружного массажа сердца и искусственной вентиляции легких. При наличии одного человека, оказывающего помощь, проводить эти (НМС и ИВЛ) мероприятия неотложной помощи следует в соотношении 30:1
5. Перегнуть пострадавшего лицом вниз через свое колено (если это невозможно, то повернуть пострадавшего на бок) для создания дренажного положения и дополнительно освободить дыхательные пути, обеспечить их проходимость и воздухоносность.
6. При угнетении сердечной деятельности (брадикардия менее 80) незамедлительно начинаем наружный массаж сердца.
7. После удаления содержимого полости рта перевернуть пострадавшего на спину, уложить на твердую поверхность (мокрый песок) и начать проводить искусственное дыхание методом «изо рта в рот». Проведение данной манипуляции необходимо, так как частота сердечных сокращений менее 80 и отмечается брадикардия. Искусственную вентиляцию продолжить, пока ч.сс не восстановится более 100 и не произойдет учащение ч.сс в динамике. При этом частота дыхания также будет увеличиваться. Исчезнет цианоз. Пульс станет наполненным и регулярным.
8. При возвращении сознания согреть и успокоить больного, дать (при наличии) теплый сладкий чай).
9. Ждать прибытия бригады неотложной помощи.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1. Вызов бригады "Скорой помощи" к подростку 14 лет на дискотеку. Жалобы на острые боли за грудиной, в животе, головную боль. Установлено, что друзья мальчика употребляют амфетамины, а ему впервые перед дискотекой предложили таблетку "Адама".

При осмотре: мальчик возбужден, ориентация нарушена, зрачки расширены. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Слизистые сухие. Дыхание до 44 в минуту, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Пульс более 180 уд/мин. АД 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпи-

руется. Задание:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе..
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.

Задача 2. Вызов бригады "Скорой помощи" к мальчику 15 лет. При самостоятельном спуске с горы зимой получил травму ноги, в связи с чем ночь провел вне лыжной базы. Найден спасателем утром. При осмотре: резко заторможен. Температура тела 32°C. Кожные покровы и слизистые бледные. Мышечная дрожь. Одышка, частоты дыхания 36 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс -120 уд/мин, АД - 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Деформация и гематома нижней трети правой голени. Отек и затвердение тканей в области обеихступней с потерей чувствительности. Задание:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Дальнейшая тактика.
4. Условия транспортировки.

Задание для групповой работы: провести деловую игру по следующей ситуации

Мальчик 3 лет предположительно за 60 минут до прибытия машины "Скорой помощи" съел неизвестное количество таблеток. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребенка, вызвали "скорую помощь". Бабушка ребенка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин и резерпин. В момент осмотра: общее состояние тяжелое. Сомнолентность. Зрачки сужены. Периодически судороги, с преобладанием клонического компонента. Кожные покровы и склеры глаз гиперемированы. Носовое дыхание затруднено. Дыхание поверхностное с частотой 40 в минуту. Аускультативно на фоне легочного дыхания выслушивается небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 60 в минуту. АД - 70/20 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Не мочился.

Задание:

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Возможные последствия для жизни и здоровья ребенка.
4. Рекомендации родителям.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*
- 2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**
 1. Острые заболевания верхних дыхательных путей у детей.
 2. Принципы оказания неотложной помощи детям при острой обструкции верхних дыхательных путей.
 3. Неотложная помощь при гипо- и гипертермии.
 4. Купирование судорожного синдрома.
 5. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме острой бронхиальной обструкции и острых аллергических реакциях.
 6. Неотложная помощь при укусах насекомых и змей.
 7. Принципы оказания неотложной помощи детям при синдроме «острая боль в животе».
 8. Синдром срыгивания и рвоты у детей.
 9. Принципы оказания неотложной помощи детям при острых отравлениях.
 10. Принципы оказания неотложной помощи детям при несчастных случаях (ожоги, отморожения, электротравма, утопление).

11. Принципы оказания неотложной помощи детям при наличии инородного тела в полости носа, уха, глотки, гортани, трахеи, желудочно – кишечного тракта.
12. Синдром острой недостаточности кровообращения (сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, шок), неотложная помощь
- 3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**
1. Первые неотложные мероприятия при анафилактическом шоке:
 - а) адреналин внутривенно,*
 - б) антигистаминные препараты,
 - в) антипиретики,
 - г) анальгетики
 2. Для оказания неотложной помощи при желудочном кровотечении используются:
 - а) преднизолон
 - б) гемостатики,*
 - в) ввести гепарин,
 3. Неотложные мероприятия при попадании инородного тела в трахею включают в первую очередь:
 - а) обеспечение проходимости дыхательных путей,
 - б) оксигенацию,
 - в) стероидные гормоны,
 - г) паровую ингаляцию,
 - д) срочную госпитализацию*
 4. Неотложная помощь при остром животе на догоспитальном этапе, кроме:
 - а) придать положение лежа, привести ноги к животу,
 - б) применить холод на живот,
 - в) запретить прием пищи и воды,
 - г) срочно направить к хирургу,
 - д) оставить больного дома, вызвать участкового врача*
 5. Неотложные мероприятия при анафилактическом шоке, кроме:
 - а) срочно прекратить поступление аллергена в организм,
 - б) адреналин внутривенно,
 - в) глюкокортикоиды внутривенно,
 - г) оксигенотерапия,*
 - д) анальгетики
 6. При желудочном кровотечении неотложную помощь оказывается всем ниже перечисленным, кроме:
 - а) гемостатики,
 - б) холод местно,
 - в) восполнение ОЦК,
 - г) тепло местно*

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 2. Детские болезни

Тема 2.18: Геморрагическая болезнь новорожденного.

Цель занятия: на основании изучения этиологии, патогенеза, клинических проявлений, лабораторных данных обучить студентов установлению клинического диагноза геморрагическая болезнь новорожденного. Этиологию и патогенез, клинические проявления трансиммунной и изоиммунной форм тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных. Изучить ДВС синдром.

Задачи: на основании изучения этиологии и патогенеза, клинических проявлений, данных лабораторных исследований обучить студентов установлению клинического диагноза геморрагической болезни, ДВС-синдрома, трансиммунной и изоиммунной форм тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных. Обучить студентов принципам лечения и профилактики этих патологических состояний у новорожденных.

Обучающийся должен знать: Этиологию и патогенез геморрагической болезни новорожденных. Клинику геморрагической болезни в соответствии с классификацией. Дифференциальный диагноз мелены и синдрома «заглоченной крови» (тест Апта). Этиологию и патогенез, клинические проявления трансиммунной и изоиммунной форм тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных. Этиологию и патогенеза ДВС-синдрома. Клинические проявления стадий ДВС-синдрома у новорожденных. Лабораторную диагностику и дифференциальную диагностику геморрагической болезни, коагулопатического геморрагического синдрома печеночного генеза, тромбоцитопенической пурпуры и ДВС-синдрома у новорожденных. Лечение трансиммунной и изоиммунной тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных. Лечение ДВС-синдрома.

Обучающийся должен уметь: получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболеваниях ребенка, выделять факторы риска по данным собранного анамнеза, проводить оценку состояния и самочувствия ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма больного и здорового ребенка с применением методов объективного осмотра (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др), формулировать предварительный и окончательный диагноз, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента и составлять план необходимых лабораторных и инструментальных исследований, составлять план лечения.

Обучающийся должен владеть: навыками сбора жалоб, сбора анамнеза жизни и заболевания, навыками проведения объективного осмотра, умениями оценки состояния и самочувствия пациента, умениями использования результатов опроса и физикального осмотра органов мочевого выведения, оценкой клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи.

Ответить на вопросы по теме занятия

1. Этиология и патогенез геморрагической болезни новорожденных.
2. Клиника геморрагической болезни новорожденных в соответствии с классификацией.
3. Дифференциальный диагноз мелены и синдрома «заглоченной крови» (тест Апта).
4. Этиология и патогенез, клинические проявления трансиммунной и изоиммунной форм тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных.
5. Этиология и патогенеза ДВС-синдрома.
6. Клинические проявления стадий ДВС-синдрома у новорожденных.

7. Лабораторная диагностика и дифференциальная диагностика геморрагической болезни, коагулопатического геморрагического синдрома печеночного генеза, тромбоцитопенической пурпуры и ДВС-синдрома у новорожденных.
8. Лечение трансиммунной и изоиммунной тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных.
9. Лечение ДВС-синдрома.

Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) Освоить **практический навык**: провести беседу с матерью ребенка (при получении ее согласия) или изучить данные истории болезни.

2) Цель работы: выработать умение собирать жалобы и анамнез заболевания, определять факторы риска по геморрагической болезни новорожденного

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

1. Собрать и оценить жалобы матери новорожденного.
2. Собрать и оценить анамнез заболевания. Выделить факторы риска по развитию геморрагической болезни у новорожденного.
3. Выявить клинические симптомы геморрагической болезни
4. Оценить данные лабораторного и инструментального обследования
5. Сформулировать предварительный диагноз.
6. Составить план обследования.
7. Составьте план лечения.

3. Решить ситуационные задачи

1) *Алгоритм разбора задач*

2) *Пример задачи с разбором по алгоритму*

Задача 1. Мальчик Д., 3 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома с диагнозом "кишечное кровотечение". Из анамнеза известно, что ребенок от матери 18 лет. Беременность первая, протекала с угрозой прерывания на сроке 32-34 недели, по поводу чего лечилась в стационаре Роды на 38-й неделе. 1-й период 15 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток 4 часа. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении расценено как среднетяжелое за счет неврологической симптоматики. К груди приложен на первые сутки, но у матери гипогалактия. На 3-й день жизни отмечалась однократная рвота с примесью крови и мелена, в связи с чем ребенку внутримышечно был введен викасол 1% - 0,3 мл, внутрь назначена эпислон-аминокапроновая кислота. Несмотря на проводимую терапию, мелена сохранялась и ребенка перевели в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, лануго, низко расположенное пупочное кольцо, кожные покровы слегка иктеричны, в легких дыхание пуэрильное, тоны сердца звучные, живот доступен пальпации, безболезненный, печень выступает из-под края реберной *цуги* на 1 см, селезенка не пальпируется, мелена. В неврологическом статусе - ребенок вялый, рефлексы новорожденного угнетены, мышечный тонус быстро истощается, при нагрузке появляется тремор рук. *Общий анализ крови*: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Ц.п. - 0,94, тромб- $180,0 \times 10^9/л$, Лейк - $5,9 \times 10^9/л$, п/я - 3%, с - 51%, л - 38%, м - 8%, СОЭ - 2 мм/час. *Время кровотечения по Дюке* - 6 минут. *Время свертывания по Бюркеру*: начало - 3,5 минуты, конец - 7 минут. *Коагулограмми*: каолиновое время - 100" (норма - 40-60"), АЧТВ - 90" (норма - 40-60"), протромбиновое время по Квику - 26" (норма - 12-15"), тромбиновое время - 30" (норма - 28-32"), протромбиновый комплекс - 25%. *Биохимический анализ крови*: общий белок - 48,4 г/л, билирубин: непрямой - 196 мкмоль/л, прямой - нет, мочевины - 4,2 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 140 ммоль/л, АСТ - 38 ед., АЛТ - 42 ед. *Нейросонография*: рисунок извилин и борозд сглажен. Эхогенность подкорковых ганглиев несколько повышена. Глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма - до 6 мм).

Задание

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие факторы могли привести к развитию этого заболевания в данном случае?
3. Оцените результаты общего анализа крови.
4. Оцените результаты исследования коагулограммы.
5. Назначьте лечение.

Алгоритм ответов:

1. Геморрагическая болезнь новорожденного. Классическая форма. Гематомезес. Мелена новорожденного.
2. Недоношенность, врожденный дефицит витамина К.
3. Анемия.
4. Нарушение коагуляции, характерные для геморрагической болезни новорожденного
5. Внутрь раствор 5% эпислон аминокaproновой кислоты по 5 мл 3 раза в день до остановки кровотечения, в/м 1% раствор менадиона натрия дисульфата (викасол) 0,1-0,3 мл 1 раз в день до остановки кровотечения.

Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 2. У ребенка 9 суток жизни, родившегося на 34-й неделе беременности с массой тела 2270 г, ростом 44 см, ухудшилось состояние. Наросли вялость, гипотония, потерял в массе 40 г, однократно рвота "кофейной гущей". При осмотре: кожа бледная, с сероватым оттенком, единичные элементы петехиальной сыпи. Пальпируется пупочная вена. Дыхание аритмичное - чередование тахипноэ с апноэ. Аускультативно в легких дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, короткий систолический шум в V точке. ЧСС 160 уд/мин. Живот вздут, печень +3,0 см, селезенка +1,0 см из-под реберной дуги. Стул со слизью и зеленью. В неврологическом статусе: взор "плавающий", крупноамплитудный горизонтальный нистагм. Не сосет, не глотает. Поза вынужденная, тянет голову назад. Гипертонус сгибателей голени и предплечий. Ригидности затылочных мышц нет. Большой родничок 1x1 см, не напряжен.

Общий анализ крови: НЬ - 150 г/л, Лейк - $26,3 \times 10^9$ /л, миелоциты - 6%, метамиелоциты - 6%, п/я - 17%, с - 50%, л - 17%, м - 4%, СОЭ - 30 мм/час. *Биохимический анализ крови:* общий белок - 60,0 г/л, глюкоза - 5,5 ммоль/л, калий - 4,28 ммоль/л, натрий - 132,1 ммоль/л, кальций - 0,73 ммоль/л (ионизированный). *Посев на микрофлору:* из зева - густой рост золотистого стафилококка, грибов рода Кандида, из ануса - золотистый стафилококк. *Общий анализ мочи:* реакция кислая, белок - 0,66‰, лейкоциты - сплошь все поля зрения, цилиндры зернистые 3-5 в п/з. *Рентгенограмма:* на фоне общего вздутия определяются сгущения легочного рисунка, справа над диафрагмой и слева на уровне верхней доли имеются уплотнения. На уровне этих уплотнений видны фестончатые кольцевые тени (подозрение на полости). Корни структурны. Сердце: контуры видны слабо. Синусы свободны.

Задание

О каком заболевании идет речь? Ваш диагноз?

Какие клинические синдромы Вы можете выделить в течении заболевания у данного ребенка?

С чем связано появление геморрагического синдрома в данном случае?

Как лабораторно Вы можете подтвердить Ваш предполагаемый диагноз?

Какие инструментальные методы обследования необходимы?

Какие препараты показаны для купирования геморрагического синдрома?

Задания для групповой работы: изучить данные истории болезни новорожденного и выполнить задание.

Цель работы: закрепить умения собирать жалобы и анамнез заболевания, определять факторы риска по геморрагической болезни новорожденного, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования, составлять план лечения

3) Методика проведения работы (алгоритм освоения навыка):

1. Изучить данные истории болезни новорожденного оценить анамнез заболевания. Выделить факторы риска по развитию геморрагической болезни у новорожденного.
2. Выявить клинические симптомы геморрагической болезни
3. Оценить данные лабораторного и инструментального обследования
4. Сформулировать предварительный диагноз.
5. Составить план обследования.
6. Составьте план лечения.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на **вопросы для самоконтроля**

1. Этиология и патогенез геморрагической болезни новорожденных.
2. Клиника геморрагической болезни новорожденных в соответствии с классификацией.
3. Дифференциальный диагноз мелены и синдрома «заглоченной крови» (тест Апта).
4. Этиология и патогенез, клинические проявления трансиммунной и изоиммунной форм тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных.
5. Этиология и патогенеза ДВС-синдрома.
6. Клинические проявления стадий ДВС-синдрома у новорожденных.
7. Лабораторная диагностика и дифференциальная диагностика геморрагической болезни, коагулопатического геморрагического синдрома печеночного генеза, тромбоцитопенической пурпуры и ДВС-синдрома у новорожденных.
8. Лечение трансиммунной и изоиммунной тромбоцитопенической пурпуры у новорожденных.
9. Лечение ДВС-синдрома.

3). Проверить свои знания с использованием **тестового контроля**

К развитию дефицита витамин-К-зависимых факторов свертывания крови у новорожденного приводят:

- 5) недостаточность белково-синтетической функции печени *
- 6) нарушение функции тромбоцитов
- 7) гипокальциемия
- 8) недостаточное образование и поступление витамина К из кишечника *

Первыми клиническими проявлениями геморрагической болезни новорожденного являются:

- 1) кровоточивость слизистых оболочек *
- 2) тяжелая анемия
- 3) мелена *
- 4) гемартрозы

Новорожденному с геморрагической болезнью новорожденного следует провести следующее обследование:

- 1) общий анализ крови с определением количества тромбоцитов, времени кровотечения и свертывания *
- 2) общий анализ мочи
- 3) коагулограмму *
- 4) биохимический анализ крови
- 5) исследование функциональной активности тромбоцитов

Диагностика альфа-талассемии у новорожденного основывается на:

- 1) определении группы крови и резус-фактора матери и ребенка
- 2) определении типа гемоглобина ребенка *
- 3) исследовании костного мозга ребенка

Кровопотерю у плода и новорожденного могут вызвать:

- 1) отслойка плаценты *
- 2) наследственный сфероцитоз
- 3) кесарево сечение *
- 4) фето-фетальный кровоток *

Близнеца-донора при фето-фетальной кровопотере характеризуют:

- 1) полицетимия
- 2) задержка внутриутробного развития *
- 3) бледность кожных покровов *
- 4) высокий риск тромбоза
- 5) снижение уровня гемоглобина более чем на 50 г/л по сравнению с близнецом-реципиентом *

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3. Детские инфекции

Тема 3.1: Острые и хронические вирусные гепатиты у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Острые и хронические вирусные гепатиты у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных острыми и хроническими вирусными гепатитами и диспансерному наблюдению реконвалесцентов острых вирусных гепатитов и больных хроническими вирусными гепатитами

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез острых и хронических вирусных гепатитов
2. Обучить методам диагностики вирусных гепатитов
3. Изучить клинику острых и хронических вирусных гепатитов, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на вирусный гепатит, диспансеризации реконвалесцентов острых и больных хроническими гепатитами.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с острыми и хроническими вирусными гепатитами, препараты, используемые для лечения, методы профилактики вирусных гепатитов

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные

патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с различными формами вирусных гепатитов, оказать медицинскую помощь при внезапных острых, состояниях, обострении хронических гепатитов, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения вирусными гепатитами

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико-биологической терминологией, информационно-коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм вирусных гепатитов, способностью к определению тактики ведения пациентов с острыми и хроническими гепатитами, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, обострении хронических гепатитов, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения вирусными гепатитами.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- 1) Строение вирусов гепатита А - Е.
- 2) Ведущие пути передачи вирусных гепатитов
- 3) Выделить особенности патогенеза разных вирусных гепатитов
- 4) Классификация острых и хронических гепатитов
- 5) Охарактеризовать типичные и атипичные формы острых гепатитов. Выделить ведущие синдромы в различные периоды болезни.
- 6) Дать характеристику клиники хронических вирусных гепатитов.
- 7) Указать особенности течения злокачественных форм вирусных гепатитов у детей.
- 8) Указать характерные особенности синдромов цитолиза, холестаза, мезенхимально-воспалительных изменений.
- 9) Выделить критерии постановки диагноза острых и хронических вирусных гепатитов.
- 10) Провести дифференциальный диагноз внутри группы вирусных гепатитов и с заболеваниями с синдромом гепатита.
- 11) Указать сроки выделения вирусов от больных и появления специфических антител у больных с острым и хроническим вирусными гепатитами.
- 12) Указать критерии выписки реконвалесцентов острых гепатитов из стационара.
- 13) Указать исходы вирусных гепатитов
- 14) Лечение вирусных гепатитов (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое). Указать показания и противопоказания к противовирусной терапии
- 15) Диспансерное наблюдение при острых и хронических гепатитах.
- 16) Иммунопрофилактика. Постэкспозиционная профилактика.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на вирусный гепатит, осмотре больного вирусным гепатитом, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Поставьте диагноз.
- На основании каких данных поставлен диагноз?

- Дифференциальный диагноз.
- Лечение.
- Диспансеризация.
- Противоэпидемические мероприятия.
- Вакцинопрофилактика данного заболевания.

2) Больной А., 10 лет, рос и развивался соответственно возрасту. В 2 года перенес ветряную оспу и скарлатину. При обследовании мальчика в возрасте 4-х лет в связи со случаем вирусного гепатита в семье у отца, были выявлены гепатомегалия и повышенный уровень АлАТ, АсАТ. В стационаре диагностировали безжелтушную форму гепатита В. Через 9 месяцев вновь наблюдалась гиперферментемия. Через три года состояние ухудшилось, появилась иктеричность склер, вялость, снижение аппетита, на коже лица - петехиальные элементы, единичные телеангиоэктазии на верхних конечностях. Край печени выступает из-под края рёберной дуги на 6 см, селезёнки - на 1,5 см.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 38 мкмоль/л, конъюгированный (прямой) - 31 мкмоль/л, АлАТ - 120 ЕД/л, АсАТ - 110 ЕД/л, тимоловая проба - 9,6 ЕД, сулемовый титр - 1,7 мл, протромбиновый индекс - 70%. Серологический маркёрный спектр: HBsAg (+), анти-HBc суммарные (+), HBeAg (+), анти-дельта IgM (-), анти-HAV IgM (-). УЗИ-сканирование: печень увеличена, ткань её неоднородная и разноплотная преимущественно в перипортальной зоне. Стенки портальной вены значительно утолщены. Селезёнка увеличена, ткань её однородная.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ

1. Хронический гепатит В, репликативная фаза, умеренной степени активности, умеренный фиброз ткани печени.

2. Вирусный гепатит у отца ребенка. В 4 года выявлено повышение ферментов и гепатомегалия, которое сохранялось длительный срок. При осмотре умеренно выраженные симптомы интоксикации, внепечёночные знаки. Данные лабораторного и инструментального исследования.

3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с гепатитом при цитомегаловирусной инфекции, болезнью Вильсона-Коновалова, прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна, дефицитом альфа-1-антитрипсина, фруктоземией, гликогенозами, эхинококкозом печени, врождённым фиброзом печени.

4.

а) госпитализация в инфекционный стационар;

б) режим полупостельный;

в) стол 5

г) витамин С 0,05х3 раза в день, аевит 1 драже 1 раз в день, поливитамины “Ревит”, “Гексавит”, “Компливит” 1 драже 3 раза в день;

д) желчегонные препараты с преимущественным холелитическим действием - 5% магнезия 1 ч.л.х3 раза в день до еды, фламин 0,025х3 раза в день за 30 мин до еды, отвар кукурузных рылец 12 капель 3 раза в день до еды; в период выздоровления - холесекретирующие средства: аллохол 1 табл. 3 раза в день, холензим 1/2 табл. 2 раза в день после еды;

ж) минеральные воды - с преобладанием гидрокарбонатов, сульфатов, хлоридов магния, натрия, кальция - малой минерализации: Эссентуки №4,17,20, Смирновская, Боржоми, Славяновская, Нафтуса по 1/2 стакана за 30 минут до еды - курс 1 - 1,5 месяца.

з) интерферонотерапия; реаферон или виферон по 1 000 000 МЕ 2 раза в день в течение 14 дней, затем по 2 000 000 МЕ 3 раза в неделю в течение 5,5 месяцев в сочетании с иммунокорректирующей терапией: т-активин 0,01% раствор в дозе 1 мл подкожно.

5. После выписки из стационара больная должна находиться на диспансерном учёте с контролем функциональных проб печени и осмотром врача не реже 1 раза в месяц. При наступлении стойкой ремиссии врачебные осмотры и биохимическое исследование крови могут проводиться через 3 - 6 месяцев. При каждом осмотре осуществляется коррекция в диете, режиме и медикаментозной терапии.

6. Члены семьи, не привитые и не болевшие гепатитом В, должны быть привиты от гепатита В. Для профилактики заражения в быту у ребенка зубная щетка должна храниться отдельно, должен быть собственный маникюрный набор, расческа, мочалка.

7. Генноинженерные вакцины, содержащие рекомбинантный HBsAg, моновалентные и комбинированные. Вакцинация по схеме 0-1-6. Ревакцинация через 10 лет.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больной С, 13 лет поступил в инфекционную больницу с жалобами на слабость, тошноту, плохой аппетит, температуру до 37,4°C. Болен второй день. Из анамнеза жизни: мальчик от 2 беременности, вторых родов. Родился с весом 2800. В р/д диагностирована ГБН. Перенес ветрянку, скарлатину. Настоящее заболевание мама связывает с переохлаждением. В школе отмечены случаи гепатита А

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,2 °С. Кожа физиологической окраски. В ротоглотке умеренная гиперемия. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, несколько болезненный при пальпации. Печень на 1 см ниже реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

ОАК: Гб – 132 г/л, эр – 4,0, л – 5,6, п – 4, с – 30, СОЭ – 11 мм/ч

Серологические маркеры: HBsAg -, HBeAg -,

анти HBcor общ +, анти HAV Ig M +

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу по вирусным гепатитам у детей
- Дискуссия на тему профилактики вирусных гепатитов

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Дайте определение фульминантного гепатита.
- С чем связано развитие фульминантного гепатита
- Опишите клинику фульминантного гепатита у грудных людей
- Клиника прекомы
- Клиника комы 1 и комы 2
- С какой частотой встречается фульминантный гепатит?
- Перечислите лабораторные признаки фульминантного гепатита
- С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика фульминантного гепатита?
- Укажите показания и противопоказания для назначения противовирусных препаратов
- Принципы инфузионной терапии при фульминантном гепатите

- Прогноз при фульминантной гепатите
 - Профилактика и мероприятия в очаге
- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. На первом году жизни дети чаще болеют:
 - 1) гепатитом А
 - 2) гепатитом В
 2. Метод полимеразной цепной реакции при вирусных гепатитах применяется для выявления:
 - 1) нуклеиновых кислот вирусов гепатита
 - 2) антигенов вирусов гепатита
 - 3) специфических антител
 3. Основной путь передачи гепатита В детям первого года жизни:
 - 1) грудное молоко
 - 2) воздушно -капельный
 - 3) интранатальный
 4. Морфологической основой фульминантной формы гепатита В и D является:
 - 1) балонная дистрофия
 - 2) массивный некроз
 - 3) цирроз\
 5. Фульминантные формы болезни регистрируются в
 - 1) 0,5-1,0% случаев
 - 2) 2-3 % случаев
 - 3) 50% случаев
 6. Выберите симптомы характерные для а) печеночной комы б) малярийной комы:
 - 1) уменьшение размеров печени
 - 2) геморрагический синдром
 - 3) увеличение размеров печени
 - 4) анемия
 7. Выберите препарат, применяемый для лечения а) гипоиммунной комы б) гипериммунной комы:
 - 1) интерфероны
 - 2) ГКС
 8. Укажите вакцины, используемые для профилактики а) гепатита А, б) гепатита В:
 - 1) Хаврикс
 - 2) Энджерикс В
 - 3) Эувакс
 - 4) Аваксим
 9. Выберите гепатиты при которых а) возможно развитие фульминантных форм б) невозможно:
 - 1) гепатит А
 - 2) гепатит В

3) гепатит С

10. Гепатит В всегда заканчивается выздоровлением:

1) верно

2) неверно

Эталон: 1-2, 2-1, 3-3, 4-2, 5-1, 6-а)1,2 б) 3,4,; 7-а) 1, б) 2;8-а) 1,4б) 2,3, 9-а) 2,3 б) 1, 10-2

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Врожденные гепатиты»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге гепатита В

2. Составить план диспансеризации ребенка с ХГВ

3. Составить таблицу клинико – лабораторных изменений при различных стадиях фульминантного гепатита.

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.2. Острые кишечные инфекции у детей вирусной этиологии

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «ОКИ у детей вирусной этиологии», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по выявлению больных с острыми кишечными инфекциями вирусной этиологии; по назначению лабораторного обследования; по проведению лечения, диспансерного наблюдения, противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез острых вирусных кишечных инфекций
2. Обучить методам диагностики вирусных кишечных инфекций
3. Изучить клинику вирусных кишечных инфекций, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на вирусную кишечную инфекцию, диспансеризации реконвалесцентов вирусных кишечных инфекций

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патологоанатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с вирусными кишечными инфекциями, препараты, используемые для лечения, методы профилактики вирусных кишечных инфекций

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с различными вирусными кишечными инфекциями, оказать медицинскую помощь при внезапных острых, состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения вирусными кишечными инфекциями

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико-биологической терминологией, информационно-коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, способностью к определению тактики ведения пациентов с вирусными кишечными инфекциями, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения вирусными кишечными инфекциями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

- Эпидемиологические особенности вирусных кишечных инфекций (ротавирусная, норовирусная)
- Основные звенья патогенеза кишечной инфекции вирусной этиологии.
- Основные клинические симптомы кишечной инфекции вирусной этиологии.
- Дайте характеристику критериев тяжести.
- С какими заболеваниями органов пищеварения необходимо дифференцировать ОКИ, вирусной этиологии?
- Методы лабораторной диагностики.
- Основные принципы лечения ОКИ вирусной этиологии.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на вирусную кишечную инфекцию, осмотре больного вирусной кишечной инфекцией, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. О каком заболевании следует думать и почему?
2. Как можно подтвердить предположительный диагноз?
3. Дифференциальный диагноз.
4. Принципы лечения.

5. Противоэпидемические мероприятия.

Задача

В одной из групп детских яслей зимой в течение 2-х дней заболели 8 детей: кратковременная фебрильная температура, повторная рвота, жидкий, водянистый, обильный, желтого цвета, пенистый, с резким запахом стул. В группе карантин нет. Пищевой анамнез не отягощен.

В половине случаев внимательный осмотр позволил выявить гиперемии миндалин, задней стенки глотки, насморк. Заболевание протекало у четырех детей тяжело и потребовало госпитализации больных, назначения инфузионной терапии. Длительность кишечных расстройств у всех детей не превышала 6-7 дней и не зависела от назначения антибактериальной терапии. Бактериологическое исследование фекалий больных и контактных на патогенную группу кишечных микробов дало отрицательные результаты. В периферической крови в остром периоде болезни у части больных количество лейкоцитов было незначительно повышено или в пределах нормы, а у большинства - отмечалась лейкопения с лимфоцитозом, нормальная или несколько повышенная СОЭ.

Эталон

1. Вирусная диарея, в частности ротавирусный гастроэнтерит, в пользу которого: зимняя сезонность, вспышечный характер заболеваемости из-за высокой контагиозности вируса, повторная рвота и энтеритный характер стула, наличие умеренных катаральных проявлений со стороны верхних дыхательных путей.

2. Выявление ротавирусного антигена в фекалиях и антител в крови в разгар болезни методами РНГА, ИФА и т.д.

3. Дифференциальный диагноз с ОКИ другой этиологии, вызванных УПФ, энтеропатогенным эшерихиозом, другими вирусными диареями.

4. Диета с ограничением или исключением цельного молока и углеводов, регидратация перорально и в/в, противоротавирусный Ig или комплексный иммуноглобулиновый препарат (КИП) peros, γ-аминокапроновая кислота peros для ограничения репликативной активности вируса, сорбенты (смекта), эубиотики, купирование бродильной диспепсии; ферменты, фитотерапия - в подостром периоде.

5. Экстренное извещение в СЭС. Изоляция больных. Всех контактных наблюдать в течение 7 дней, обследовать на наличие ротавирусного антигена в кале. При обнаружении ротавирусного антигена в кале - изоляция, эубиотики.

2. Ситуационная задача для разбора на занятии.

Задача 1.

Ребенок 10 месяцев поступает в больницу с жалобами на температуру 37,8 в течение 4 дней, жидкий стул до 5 раз в сутки, однократную рвоту.

Объективно: при поступлении температура 37,5°C. Кожа бледная, без сыпи. В ротоглотке умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, урчит при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул жидкий, пенистый, желтого цвета.

Задача 2.

Мальчик 2 лет заболел 2 сентября. Поднялась температура до 38°C, появились боли в животе, першение в горле, жидкий стул до 3 раз в день. Со слов мамы, в группе детского сада больны 3 детей.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести. Кожа бледная. Без сыпи. Слизистые ротовой полости суховаты. На языке белый налет. В ротоглотке умеренная гиперемия, миндалины гипертрофированы. Из носа слизистые выделения.

Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 100 в минуту. В легких жестковатое дыхание, хрипов

нет. ЧДД 24 в минуту.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 1 см. ниже реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул до 3 раз в сутки, жидкий.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально-диагностическую таблицу по вирусным гепатитам у детей
- Дискуссия на тему профилактики вирусных гепатитов

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Укажите эпидемиологические особенности острых кишечных инфекций вирусной этиологии.
- Выделите основные звенья патогенеза кишечной инфекции вирусной этиологии.
- Назовите основные клинические симптомы кишечной инфекции вирусной этиологии.
- Дайте характеристику критериев тяжести.
- С какими заболеваниями органов пищеварения необходимо дифференцировать ОКИ, вирусной этиологии?
- Методы лабораторной диагностики.
- Основные принципы лечения ОКИ вирусной этиологии.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Калицивирусной инфекцией чаще всего болеют дети в возрасте:

- 1) новорожденности
- 2) 6 – 24 месяцев жизни
- 3) 3 – 7 лет
- 4) школьного возраста

2. Механизм диареи при астровирусной инфекции:

- 1) инвазивный
- 2) секреторный
- 3) осмотический
- 4) инвазивно-секреторный

3. Выберите заболевания, относящиеся к А) осмотическим диареем В) инвазивным:

- 1) ротавирусный гастроэнтерит
- 2) аденовирусный гастроэнтерит
- 3) шигеллез
- 4) кампилобактериоз

4. В патогенезе развития диарейного синдрома ведущая роль при энтеровирусной инфекции принадлежит:

- 1) воспалительному процессу на всем протяжении ЖКТ
- 2) развитию лактазной недостаточности

3) гиперсекреции воды и электролитов в кишечник энтероцитами за счет нарушений в системе циклических нуклеотидов (цАМФ)

5. Для ротавирусной инфекции характерно:

1) острое начало заболевания с рвоты, а затем диарейный синдром

2) тенезмы и податливость ануса

3) гипертермический и судорожный синдром

6. Характер стула при А) ротавирусной инфекции В) сальмонеллезе:

1) жидкий, непереваренный, зловонный, зеленый

2) жидкий, непереваренный, водянистый желтого или желто-зеленого цвета, пенистый, кислый

3) скудный, в виде «ректального плевка»

4) жидкий, пенистый, с примесью слизи и зелени, с гнилостным запахом

7. Обязательна ли госпитализация больных с аденовирусной инфекцией:

1) да, так как больной заразен для окружающих

2) нет, можно лечить на дому

8. Критерием для выписки больного из стационара является:

1) клиническое выздоровление

2) наличие двукратного отрицательного результата исследования копрофильтрата в ИФА

9. Можно ли использовать в очагах энтеровирусной инфекции антиротавирусный им-иммуноглобулин или КИП:

1) да, так как они препятствуют репликации ротавируса

2) нет

10. Выберите, кого поражает в первую очередь А) астровирусная инфекция в) ротавирусная инфекция

1) до года

2) с иммунодефицитом

3) пожилого возраста

Эталон: 1-2.2-3, 3-А)1,2, В)3,4; 4-2, 5-1, 6-А)1, В)2; 7-2, 8-1,9-1, 10- А)2; В)1

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Пероральная регидратационная терапия при кишечных инфекциях у детей - новые стандарты состава солевых растворов»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге норовирусной инфекции

2. Составить план диспансеризации ребенка, перенесшего вирусный гастроэнтерит

3. Составить дифференциально- диагностическую таблицу вирусных гастроэнтеритов

	Ротавирусный	Норовирусный	Аденовирусный

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Гешпе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.3. Острые кишечные инфекции у детей бактериальной этиологии

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «ОКИ у детей бактериальной этиологии», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по выявлению больных с острыми кишечными инфекциями бактериальной этиологии; по назначению лабораторного обследования; по проведению лечения, диспансерного наблюдения, противоэпидемических и профилактических мероприятий.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез острых бактериальных кишечных инфекций (сальмонеллез, шигеллез, эшерихиоз, стафилококковый гастроэнтероколит)
2. Обучить методам диагностики бактериальных кишечных инфекций
3. Изучить клинику бактериальных кишечных инфекций, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на бактериальную кишечную инфекцию, диспансеризации реконвалесцентов вирусных кишечных инфекций

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с бактериальными кишечными инфекциями, препараты, используемые для лечения, методы профилактики бактериальных кишечных инфекций у детей

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у

пациента основные патологические состояния , симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с различными бактериальными кишечными инфекциями, оказать медицинскую помощь при внезапных острых , состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения бактериальными кишечными инфекциями

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний , симптомов, синдромов заболеваний, способностью к определению тактики ведения пациентов с бактериальными кишечными инфекциями, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражениям бактериальными кишечными инфекциями.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме: «Острые кишечные инфекции у детей бактериальной этиологии»

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- Укажите эпидемиологические особенности острых кишечных бактериальных инфекций у детей (сальмонеллез, шигеллез, эшерихиоз, стафилококковый гастроэнтероколит)
- Выделите основные звенья патогенеза.
- Назовите основные клинические симптомы бактериальных кишечных инфекций
- Дайте характеристику критериев тяжести.
- С какими заболеваниями органов пищеварения необходимо дифференцировать ОКИ, вызванные бакткриями?
- Методы лабораторной диагностики.
- Основные принципы лечения ОКИ бактериальной этиологии.
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на бактриальную кишечную инфекцию, осмотре больного бактриальной кишечной инфекцией, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
3. План лабораторного обследования.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения.
6. Противоэпидемические мероприятия.

Задача

Больной, 5 мес., находится в больнице по поводу двусторонней очаговой пневмонии, получает искусственное вскармливание. На 7-ой день пребывания в стационаре у ребенка через 3 часа после приема яичного желтка повысилась температура до 39С, появилась 3-х кратная рвота и жидкий стул до 15 раз, водянистый, со слизью, кровью, типа «болотной тины».

При осмотре состояние тяжелое. Ребенок вялый, выражена жажда, кожа бледная, сухая, тургор тканей снижен, большой родничок 2,0x2,5 см, запавший, язык обложен белым налетом, сухой. При перкуссии над легкими звук с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, сухие хрипы. ЧД – 52 в мин. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 162 в мин. Живот мягкий, умеренно вздут, кишечник урчит, определяется разлитая болезненность, раздражение кожи в перианальной области. Стул обильный, водянистый, с зеленью, слизью и прожилками крови. Мочится редко.

Эталон

1. Диагноз: острый гастроэнтероколит, токсикоз с эксикозом III степени, (сальмонеллёз?), Течение острой двусторонней пневмонии.

2. Симптомы для постановки диагноза: острое начало болезни, высокая температура, рвота, жажда, сухость кожи и слизистых, западение большого родничка, частый жидкий, водянистый стул со слизью, зеленью и кровью, вздутие живота, разлитая болезненность при пальпации живота.

3. Для подтверждения диагноза необходимо провести бактериологическое исследование рвотных масс, промывных вод желудка и испражнений на патогенную и условно-патогенную флору, серологические исследования.

4. Дифференциальный диагноз: дизентерия, стафилококковая кишечная инфекция, кишечная колиинфекция.

5. Лечение: промывание желудка, диетотерапия, оральная и внутривенная регидратация, антибактериальная терапия, сорбенты, эубиотики, дезинтоксикация, витамины, симптоматическая терапия, коррекция гипокалиемии.

6. Экстренное извещение в СЭС, перевод большого в инфекционный, стационар, бактериологическое обследование контактных и наблюдение за ними в течение 17 дней, Заключительная дезинфекция.

4. Ситуационные задачи для разбора на занятии.

Задача 1.

Миша В., 10 лет. Заболел 2 дня назад. Температура- 38,5 0 С, тошнота, 2 раза рвота, боли в животе. Участковым педиатром заподозрен острый аппендицит. Направлен в детское хирургическое отделение. Наблюдался в течении суток. Боли не нарастают, симптомов раздражения брюшины нет, но отмечено увеличение размеров печени (+3 см), селезенки (+1 см), всех групп лимфатических узлов. Переведен в инфекционное отделение. При осмотре: склерит, катарально -фолликулярный тонзиллофарингит, "малиновый" язык, увеличены шейные узлы, печень и селезенки. На 3-й день появилась яркая мелкоточечная, пятнисто- папулезная сыпь на всех участках тела, со сгущением вокруг суставов, яркие ладони, стопы. Сохраняется лихорадка, вялость, адинамия.

Задача 2.

В школе -интернате в течение 3-х дней заболело 7 детей после употребления овощного салата. У всех отмечена лихорадка, боль в животе, рвота. В 3-х случаях выявлена желтушность кожи, у 4 -х - жидкий стул 2-3 раза в сутки, увеличение размеров печени у 5 детей на 2-3 день появилась мелкоточечная сыпь со сгущением вокруг суставов.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу по ОКИ бактериальной этиологии у детей
- Дискуссия на тему профилактики ОКИ бактериальной этиологии

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме: ОКИ у детей бактериальной этиологии

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Часто ли встречается кампилобактериоз?
2. Сколько подвидов возбудителя существует?
3. Опишите патогенез инфекции
4. Назовите наиболее частые формы кампилобактериоза
5. Опишите клинику заболевания
6. Перечислите осложнения кампилобактериоза
7. Дифференциальная диагностика кампилобактериоза
8. Назовите современные методы диагностики заболевания
9. Принципы лечения
10. Принципы профилактики кампилобактериоза

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Выберите симптомы, характерные для:

1) шигеллеза 2) сальмонеллеза

- а) скудный стул с кровью
- б) спазмированная «сигма»
- в) обильный, зеленый стул
- г) многократная рвота
- д) боли в правом подреберье

1. а, б 2. в, г, д

2. Мальчик 10 лет заболел остро, через 2 часа после употребления жареной курицы. Поднялась температура до 38,5°C, 2 раза была рвота, боли в правом подреберье. К вечеру появился жидкий, зеленый, обильный стул.

1. Укажите предварительный диагноз:

- а) шигеллез
- б) коли- инфекция
- в) ПТИ
- г) сальмонеллез*
- д) ротавирусный гастроэнтерит

2. Выберите обследования, необходимые для подтверждения диагноза:

- а) посев кала*
- б) копрограмма*
- в) биопроба
- г) иммуноблот

д) РНГА*

3. Выберите продукты, которые могут быть факторами передачи данной инфекции:

а) молочные продукты

б) яйца*

в) мясные продукты*

г) рыба

д) соленые грибы

3. Выберите симптомы обезвоживания у детей:

а) западение родничка*

б) снижение диуреза*

в) тромбоцитопения

г) кровоизлияния в склеры

д) сухость слизистых*

4. Выберите растворы, используемые для оральной регидратации:

а) Хумана Электролит*

б) Гастролит*

в) Регидрон*

г) Рингер

д) Лактасоль

5. Выберите заболевания, относящиеся к осмотическим диареям:

а) шигеллез

б) холера

в) ротавирусный гастроэнтерит*

г) энтеровирусный гастроэнтерит*

д) сальмонеллез

6. Выберите препараты первого ряда для лечения ОКИ у детей:

а) энтерофурил*

б) ципрофлоксацин

в) эритромицин

г) эрсефурил*

д) линкомицин

7. Клиническим признаком дегидратации у ребенка грудного возраста является:

а) западение большого родничка*

б) уменьшение числа мочеиспусканий*

в) падение массы тела*

г) снижение тургора тканей*

д) петехиальная сыпь

8. Выберите симптомы, характерные для:

1) гастрита 2) энтерита

а) боли в эпигастрии

б) тошнота

в) жидкий водянистый стул

г) боли по ходу кишечника

д) рвота

1. а, б, д 2. в, г

9. Выберите:

1) ферменты 2) энтеросорбенты

а) мезим

б) креон

в) неосмектин

г) энтеросгель

д) фильтрум

1. а.б 2. в, г, д

9. Выберите методы диагностики ОКИ:

а) бакпосев кала*

б) спинно-мозговая пункция

в) копрограмма*

г) иммунограмма

д) РТГА*

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Энтеросорбция - эффективный метод эфферентной этиопатогене-тической терапии острых кишечных инфекций у детей»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге сальмонеллеза

2. Составить план диспансеризации ребенка, перенесшего шигеллез

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.4. Острые респираторные вирусные инфекции у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «ОРВИ у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по выявлению больных с острыми респираторными вирусными инфекциями; по назначению лабораторного обследования; по проведению лечения, диспансерного наблюдения, противозидемических и профилактических мероприятий.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез ОРВИ (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, РС- инфекция, риновирусная)
2. Обучить методам диагностики ОРВИ
3. Изучить клинику различных ОРВИ и осложнений, характерных для детей, современные принципы и методы лечения
4. Изучить методы профилактики ОРВИ у детей
5. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на ОРВИ, диспансеризации реконвалесцентов ОРВИ

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с ОРВИ, препараты, используемые для лечения, методы профилактики ОРВИ у детей

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико- биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с различными ОРВИ, оказать медицинскую помощь при внезапных острых состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения ОРВИ

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, способностью к определению тактики ведения пациентов с ОРВИ, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражениям ОРВИ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

- Укажите эпидемиологические особенности ОРВИ у детей (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, РС-инфекция, риновирусная инфекция)
- Выделите основные звенья патогенеза при различных ОРВИ
- Назовите основные клинические симптомы ОРВИ у детей

- Дайте характеристику критериев тяжести.
- Назовите осложнения ОРВИ у детей
- С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ОРВИ у детей?
- Методы лабораторной диагностики.
- Основные принципы лечения ОРВИ у детей. Противовирусная терапия
- Противоэпидемические мероприятия в очаге.

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на ОРВИ, осмотре больного ОРВИ, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
3. План лабораторного обследования.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения.
6. Противоэпидемические мероприятия.

Ситуационная задача 1

Врач медицинского пункта пришел к больному ребенку домой (возраст 4 года, вес 20 кг). У мальчика отмечается повышение температуры тела до 38,2 градусов, грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел около суток назад. Заболевание началось с чиханья, слизистых выделений из носа, покашливания. Затем повысилась температура тела, кашель усилился, приобрел грубый, лающий характер. Около часа назад на фоне сухого кашля появилось учащенное затрудненное дыхание.

Объективно: общее состояние ребенка тяжелое, возбужден, капризен. Кожные покровы бледные, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные. В зеве отмечается гиперемия задней стенки глотки, дужек, миндалин. Наблюдаются явления ринита. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Дыхание шумное, с участием Перкуторно определяется тимпанический звук. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=118 в 1 минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Эталоны ответов к ситуационной задачи 1

1. Острая респираторная вирусная инфекция, острый ларинготрахеит, стеноз гортани II степени. Возможно, парагрипп
2. Повышение температуры тела до 38,2 градусов, грубый лающий кашель, учащенное дыхание, чиханье, слизистые выделения из носа. В зеве отмечается гиперемия задней стенки глотки, дужек, миндалин. Наблюдаются явления ринита. Аускультативно в легких жесткое дыхание, выслушиваются проводные хрипы. Дыхание шумное, с участием вспомогательной мускулатуры, вдох затруднен. Частота дыхания 40 в 1 минуту. Перкуторно определяется тимпанический звук.
3. ОАК, ОАМ, ПЦР слизи из ротоглотки, мазок из ротоглотки на БЛ
4. С дифтерией, эпиглотитом, инородным телом, бронхиальной астмой

5. -оральная детоксикация: обильное питье в виде теплой минеральной воды типа "Боржоми", горячее молоко со сливочным маслом, теплый чай.

-ингаляционная терапия с пульмикортом

-обязательная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача.

Противовирусная терапия, сосудосуживающие капли в нос

6. Госпитализация больного, влажная уборка помещения

Задача для самостоятельного разбора на занятии

Ситуационная задача

Ребенок 7 месяцев, болен в течении 3-х дней. Температура 38-39 0С, беспокойство, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести. Температура 38,3 0С, веки отечны, конъюнктив гиперемирован. На нижнем веке справа белая пленка, снимающаяся свободно, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1-2 см, безболезненные, эластичные. Миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС-132 уд\мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Стул оформленный.

Клинический анализ крови: Нв - 133 г\л, Эр - 4,3 x 10¹² \л, ц.п. - 0,93, Лейк - 7,9x 10⁹ \л; п\я-3%, с\я- 38%, б-1%, э-2%, л-51%, м-4%, СОЭ- 4 мм\час. Общий анализ мочи: цвет-сол.-желтый; прозрачность - мутная; относительная плотность -1031; белок-0,3%0, глюкоза - отсутствует; лейкоциты - 1-3 в п\з; соли -ураты. Биохимический анализ крови: общий белок-74г\л, мочевины - 5,2ммоль\л, АЛАТ - 32 Ед\л, АсАТ -42 Ед\л.

Реакция иммунофлюорисценции: Парагрипп (-) грипп (-) РС (-) Адено-вир.(+)

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни структурны, срединная ткань безтособенностей, диафрагма четкая, синусы дифференцируются.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу по ОРВИ у детей
- Дискуссия на тему профилактики ОРВИ у детей

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

- Дайте определение острого стенозирующего ларинготрахеита
- С чем связано развитие ОСЛТ?
- Опишите клинику ОСЛТ?
- С какой частотой встречается ОСЛТ?
- С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика ОСЛТ?
- Укажите показания и противопоказания для назначения противовирусных препаратов

- Принципы инфузионной терапии при ОРВИ
- Неотложная терапия при ОСЛТ

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Укажите симптомы, характерные для гриппа:

- а) лихорадка до 5 дней*
- б) гепатомегалия
- в) выраженный интоксикационный синдром*
- г) диарея
- д) увеличение шейных лимфатических узлов

2. Укажите клинические признаки, характерные для:

1. парагриппа

2. гриппа

- а) незначительная интоксикация
- б) трахеит
- в) отек гортани с явлениями "ложного крупа"
- г) хриплый голос, "лающий кашель"
- д) геморрагический синдром

3. Выберите симптомы, характерные для гриппа:

- а) заложенность носа
- б) инъекция конъюнктив
- в) лихорадка 3-5 дней
- г) боль в глазных яблоках
- д) диспептический синдром

4. Укажите характерный уровень поражения верхних дыхательных путей при:

1. гриппе

2. парагриппе

- а) гортань
- б) бронхиолы
- в) носоглотка
- г) альвеолы
- д) трахея

5. Для каких вирусных заболеваний характерно развитие крупа:

- а) грипп;
- б) парагрипп;
- в) риновирусная инфекция;
- г) аденовирусная инфекция.

д) ротавирусная инфекция

6. Выберите симптомы, характерные для:

1. коклюша

2. гриппа

а) фебрильная лихорадка

б) приступообразный кашель

в) апное

г) сухой мучительный кашель

д) отсутствие лихорадки

Эталон: 1. а,в; 2. 1.а,в, г 2. б, д; 3. а,в,г; 4. 1. д 2. А; 5. А,б,г; 6. 1.б,в,д 2.а,г

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Грипп у новорожденных»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге гриппа

2. Составить план диспансеризации ребенка, перенесшего пневмонию

3. Составить таблицу препаратов этиотропной терапии, используемых для лечения ОРВИ у

детей

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.5. Менингококковая инфекция у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Менингококковая инфекция у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагно-

стике, обследованию, лечению больных МИ и диспансерному наблюдению реконвалесцентов МИ

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез МИ
2. Обучить методам диагностики МИ
3. Изучить клинику МИ, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на МИ, диспансеризации реконвалесцентов МИ.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с МИ, препараты, используемые для лечения, методы профилактики МИ

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с МИ, оказать медицинскую помощь при внезапных острых, состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения МИ

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико-биологической терминологией, информационно-коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм МИ, способностью к определению тактики ведения пациентов с МИ, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения МИ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
 - 1) Строение менингококка
 - 2) Ведущие пути передачи МИ
 - 3) Выделить особенности патогенеза разных форм МИ
 - 4) Классификация МИ
 - 5) Выделить ведущие синдромы в различные периоды болезни.
 - 6) Дать характеристику клиники осложнений МИ
 - 7) Выделить критерии постановки диагноза МИ
 - 8) Провести дифференциальный диагноз разных форм МИ с другими заболеваниями
 - 9) Указать критерии выписки реконвалесцентов разных форм МИ
 - 10) Указать исходы МИ
 - 11) Лечение разных форм МИ (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое). Помощь на догоспитальном этапе при развитии осложнений МИ (отек головного мозга, ИТШ, надпочечниковая недостаточность)

- 12) Диспансерное наблюдение реконвалесцентов МИ
- 13) Специфическая и неспецифическая профилактика МИ

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на МИ, осмотре больного МИ, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Выделите ведущий клинический синдром
2. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его
3. Возможные осложнения?
4. Ваши действия в условиях МП, их последовательность?
5. Наметьте план обследования и лечения в отделении интенсивной терапии детской больницы.

Задача

К врачу медицинского пункта доставлен ребенок 10 месяцев (вес 10 кг), находящийся в тяжелом состоянии.

При опросе матери удалось установить, что ребенок заболел 2 дня назад. Заболевание началось с повышения температуры тела до субфебрильных цифр, небольшого серозного выделения из носа, катарального конъюнктивита. Затем состояние ребенка ухудшилось, температура тела повысилась до 39,5 градусов, ребенок стал вялый, отказывался от еды, появилась рвота не связанная с приемом пищи и воды, однократно клонико-тонические судороги.

Объективно: при осмотре общее состояние ребенка тяжелое. Вялый, плачет. Температура тела 39,2 градуса. Ребенок лежит на спине с вытянутыми вдоль туловища руками и согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Отмечается запрокидывание головы назад, выбухание большого родничка, временами возникают судорожные подергивания конечностей. Кожные покровы бледные, сухие. Видимые слизистые чистые, розовые. В зеве умеренная гиперемия задней стенки глотки. В легких выслушивается пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно определяется легочный звук. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=138 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Мочится мало, моча прозрачная, желтого цвета. Стул был один раз за последние два дня оформленный.

Эталоны ответов к задаче

1. Судорожный синдром.
2. Менингит.
3. Инфекционно-токсический шок, острая надпочечниковая недостаточность.
4. - противосудорожная терапия: седуксен 0,5-0,7 мл внутримышечно, если через 10-15 минут судорожный синдром не купируется, то назначается дроперидол в разовой дозе 10 мг/кг массы тела (1,0 мл) внутримышечно;
 - дегидратационная терапия: лазикс (2 мг/кг массы тела) 20 мг в/м;
 - антипиретическая терапия: 50% раствор анальгина-0,2 мл, 2% раствор папаверина-0,2 мл в/м, физические методы охлаждения (холод на голову, холод на магистральные сосуды, обтирание тела ребенка полуспиртовым раствором, обдувание вентилятором);
 - антибактериальная терапия: ампициллин 500000 ЕД в/м или антибиотики цефалоспори-

нового ряда;

-срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача.

5. -лечебно-диагностическая люмбальная пункция с последующим посевом ликвора на флору, чувствительность к антибиотикам, на биохимическое исследование. Общий анализ крови, мочи, анализ крови на КЩР, основные электролиты, глюкозу, общий белок, белковые фракции, остаточный азот, креатинин, билирубин;

-консультация врача невропатолога, реаниматолога;

-катетеризация центральной или периферической вены;

-дезинтоксикационная терапия: 20% раствор альбумина 100,0 мл, 10% раствор глюкозы 300,0 мл с 7,5% раствором калия хлорида 10,0 мл, реополиглюкин 200,0 мл, аскорбиновая кислота 5%-2,0 мл, кокарбоксилаза 50 мг внутривенно капельно в течение суток, под контролем диуреза;

-дегидратационная терапия: лазикс 20 мг в/м 2 раза в день;

-антибактериальная терапия: цефалоспориновые антибиотики, проникающие через гематоэнцефалический барьер по 500 000 ЕД 2 раза в день в/в.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Задача 1

Ребенок 5 лет болен второй день. Заболевание началось с покашливания, незначительных выделений из носа. Сегодня с утра поднялась температура, ребенок стал капризным, плаксивым. В обед мама заметила сыпь на ногах. Вызвала участкового врача. Врач пришел в шесть часов вечера.

Объективно: состояние ребенка тяжелое. Температура 37,2°C. Вялый. От еды отказывается, плачет. В ротоглотке незначительная гиперемия, задняя стенка глотки зернистая. Дыхание через нос затруднено. Кожа бледная, холодная. На голених, бедрах геморрагическая звездчатая сыпь. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 120 в минуту. АД – 80/40 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены. Менингеальные знаки отрицательные. Последний раз мочился утром. Стул был вчера, оформленный.

Задача 2

Мальчик 10 лет обратился к участковому педиатру с жалобами на температуру до 37,5°C второй день, першение в горле, насморк. В школе зарегистрированы случаи менингококковой инфекции.

При осмотре температура 37,2°C. В ротоглотке умеренная гиперемия, зернистость задней стенки глотки, по ней стекает слизь.

Миндалины не увеличены, без налетов. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы в пределах нормы. По внутренним органам без патологии.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально-диагностическую таблицу заболеваний с геморрагической сыпью
- Дискуссия на тему антибиотикотерапии МИ

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме: Менингококковая инфекция у детей

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какой % больных генерализованной формой МИ требует интенсивного лечения?
2. Перечислите осложнения МИ
3. Опишите клинику септического шока при МИ
4. Перечислите критерии тяжести и прогноза МИ
5. Принципы лечения МИ
6. Почему так важно вовремя оказать неотложную помощь при МИ?
7. Какие препараты назначают в качестве этиотропной терапии?
8. Принципы инвазионной терапии при МИ
9. Особенности транспортировки больных тяжелыми формами МИ

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При бактериоскопическом исследовании крови при менингококковой инфекции менингококки можно обнаружить:

- 1) внутриклеточно
- 2) внеклеточно
- 3) все вышеперечисленное

2. При какой форме менингококковой инфекции в ликворе не будет патологических изменений:

- 1) менингококкемии
- 2) менингококковом менингите
- 3) менингококковом менингоэнцефалите
- 4) смешанной форме

3. Какова продолжительность антибактериальной терапии при менингококковом менингите:

- 1) 5 дней
- 2) 10 дней
- 3) весь период повышения температуры тела и 5 дней после нормализации температуры
- 4) длительность, а/б терапии зависит от результатов показателей ликвора при контрольной люмбальной пункции

4. Укажите дозу левомицетина для лечения менингококкемии:

- 1) 25 мг/кг в сутки
- 2) 50 мг/кг в сутки
- 3) 100 мг/кг в сутки

5. Укажите наиболее ценный для диагностики менингита метод:

- 1) клиническое исследование крови

- 2) бактериологическое исследование носоглоточной слизи
 - 3) исследование ликвора
 - 4) анамнез болезни
 - 5) иммунологические исследования
 - 6) все вышеперечисленное
6. Какой фактор является определяющим в патогенезе менингококковой инфекции:
- 1) экзотоксин
 - 2) эндотоксин
 - 3) аллергическая субстанция
 - 4) клеточная стенка микроорганизма
 - 5) другое
7. Выберите характеристики
- А) менингококкового менингита В) стафилококкового менингита:
- 1) прогноз благоприятный
 - 2) СМЖ санируется через 7 – 10 дней
 - 3) в анамнезе болезни – гнойный очаг
 - 4) возможно развитие сепсиса
8. Основной путь передачи менингококковой инфекции:
- 1) фекально-оральный
 - 2) воздушно-капельный
 - 3) вертикальный
 - 4) контактно-бытовой
9. Выберите
- А) локализованные формы В) генерализованные формы МИ
- 1) назофарингит
 - 2) менингит
 - 3) носительство
 - 4) менингококкоцемиа
10. Выберите исследование, необходимое для подтверждения диагноза
- А) менингококкового назофарингита В) менингококкового менингита
- 1) бактериологический посев крови
 - 2) исследование периферической крови
 - 3) бактериоскопия толстой капли крови
 - 4) бактериологический посев носоглоточной слизи
 - 5) бактериологический посев спинномозговой жидкости
 - 6) все вышеперечисленное

Эталон: 1-3; 2-1; 3-4 ,4-3, 5-3, 6-2, 7-А)1,2 В)3,4; 8-2; 9-А) 1,3; В) 2,4 ,10- А)4; В)1,4,5

- 4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Менингококковый менингит»
 - 5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге МИ
 2. Составить план диспансеризации ребенка с менингококковым менингитом
 3. Составить таблицу диспансеризации больных с разными формами МИ

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.6. Корь, краснуха у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Корь, краснуха у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных корью и краснухой и профилактике кори и краснухи

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез кори и краснухи
2. Обучить методам диагностики кори и краснухи
3. Изучить клинику кори и краснухи, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на корь и краснуху и профилактики кори и краснухи.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с корью и краснухой, препараты, используемые для лечения, методы профилактики кори и краснухи

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности

с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико- биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния , симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с корью и краснухой, оказать медицинскую помощь при внезапных острых , состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения корью и краснухой

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний , симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм кори и краснухи, способностью к определению тактики ведения пациентов с корью и краснухой, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения корью и краснухой.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
 - 1) Строение вирусов кори и краснухи
 - 2) Ведущие пути передачи кори и краснухи
 - 3) Выделить особенности патогенеза кори и краснухи
 - 4) Классификация кори и краснухи
 - 5) Выделить ведущие синдромы в различные периоды кори и краснухи.
 - 6) Дать характеристику клиники осложнений кори и краснухи
 - 7) Выделить критерии постановки диагноза кори и краснухи
 - 8) Провести дифференциальный диагноз кори и краснухи
 - 9) Указать критерии выписки реконвалесцентов кори и краснухи
 - 10) Указать исходы кори и краснухи
 - 11) Лечение кори и краснухи (этиотропное, патогенетическое, симптоматическое).
 - 12) Специфическая и неспецифическая профилактика кори и краснухи. Препараты, сроки вакцинации

2. Практическая подготовка. Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на корь и краснуху, осмотре больного корью и краснухой, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов),

3. Решить ситуационные задачи

- 1) Алгоритм разбора задач
 1. Поставьте диагноз.
 2. Обоснование диагноза.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. План обследования.

5. План лечения.
6. Методы профилактики.

ЗАДАЧА

Мальчик, 1 год поступил в инфекционную больницу на 4 день болезни. Заболевание началось остро, повысилась температура тела до 38,70С, появился кашель, насморк. На третий день болезни ночью появилась сыпь на лице, которая на следующий день распространилась на туловище.

Анамнез жизни: ребенок от 2-ой, нормально протекавшей беременности, роды 2-е, масса тела при рождении 2900 г. Перенесенные заболевания: ОРЗ, обструктивный бронхит, энтерит. Привит по возрасту.

Эпиданамнез: в контакте с инфекционными больными не был. В семье есть еще один ребенок, посещающий детский сад.

При поступлении: состояние тяжелое, ребенок вялый, негативно реагирует на осмотр. Температура тела 38,60С. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Аппетит снижен. Беспокоит частый влажный кашель, носовое дыхание затруднено, обильное слизистое отделяемое. Лицо одутловатое, инъекция сосудов конъюнктив. На коже лица, туловища, конечностей обильная розовая пятнистая сыпь, возвышающаяся над поверхностью кожи, сливается между собой, фон кожи не изменен. При осмотре ротоглотки гиперемия слизистых щек, миндалин, небных дужек, налетов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные при пальпации. Дыхание в легких жесткое, проводится во все отделы легких, с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы, при перкуссии легких укорочение перкуторного тона в нижних отделах, ЧДД 48 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 132 в минуту. Живот мягкий, безболезненный при глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Мочится достаточно. Стула на приеме не было.

Эталон

1. Корь, типичная форма, тяжелая степень тяжести. Осложнение: двусторонняя пневмония.
2. Диагноз поставлен на основании острого начала заболевания, типичных симптомов (лихорадка, кашель, насморк, конъюнктивит, сыпь, этапность высыпаний, катаральные изменения в ротоглотке, укорочение перкуторного тона, хрипы в легких).
3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с краснухой, сывороточной болезнью, энтеровирусной инфекцией, аллергической сыпью.
4. Общий анализ крови и мочи, рентгенография органов дыхания, серологические реакции.
5. Лечение: постельный режим, туалет слизистых оболочек, антибиотики широкого спектра действия, дезинтоксикация, антигистаминные препараты, симптоматическая терапия.
6. Экстренное извещение в СЭС, контактный ребенок – нужно выяснить данные о прививках, если привит от кори, провести серологическое исследование на наличие антител, при наличии защитных титров может посещать ДДУ, при отсутствии может посещать ДДУ в течение 7 дней, затем не может посещать до 17 дня с момента изоляции больного, при введении иммуноглобулина – до 21 дня. Специфическая профилактика кори – вакцинация в 12 месяцев, ревакцинация в 6 лет.

Мальчик 12 лет. Обратился к ЛОР-врачу 16 марта. Болен с 6 марта, заболевание началось с кашля, насморка, охриплости голоса, болей в горле. Беспокоила слабость, температура - 38°C. Были также неприятные ощущения в области глаз, слезотечение, мучительный кашель, отечность лица и век, снижение слуха, боль и выделение из левого уха. Температура держалась на уровне 38-39°C. При осмотре констатированы: обильная сливная пятнисто-папулезная сыпь красного цвета на лице и шее, белесоватые наложения на деснах. В легких жесткое дыхание и сухие хрипы. Заподозрен грипп, аллергическая сыпь, назначены десенсибилизирующие средства. В дальнейшем в течение 3-х дней сыпь распространилась на грудь, плечи и бедра, предплечья и голени, затем стала блекнуть и шелушиться.

Задача 2

У ребенка 3-х лет при осмотре в детском кабинете обнаружили мелпятнистую сыпь на лице, туловище, конечностях с преимущественной локализацией на разгибательной поверхности конечностей и ягодицах.

Карантина в группе нет. В контакте с инфекционными больными не был. Привит согласно прививочному календарю. ОРВИ болеет редко.

Состояние удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Температура тела 37 С. Умеренно затруднено носовое дыхание. Слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы. Пятнистая энантема на небе. Пальпируются увеличенные до 1 см затылочные и шейные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное. ЧД 38 в мин. При перкуссии звук ясный, легочной. Тоны сердца ритмичные. Пульс – 118 уд. В мин.. Живот мягкий, безболезненный, край печени на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул оформлен, раз в сутки. Дизурических нарушений нет. Менингеальные знаки отрицательные.

В периферической крови: Нв – 118г/л, Эр. – 4,0, ЦП – 0,9, Лей. – 6,9, эоз – 1, с/я – 35, п/я – 3, лимф. – 53, мон. – 8, СОЭ – 12 мм в час.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу заболеваний с пятнисто-папулезной сыпью
- Дискуссия на тему врожденной краснухи

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме: Менингококковая инфекция у детей

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дети какого возраста наиболее подвержены заболеванию корью и краснухой.
2. Перечислить противоэпидемические мероприятия в очаге кори.
3. Какова длительность инкубационного периода (минимальная, максимальная и от чего она зависит)?
4. Дайте характеристику коревой сыпи.
5. Назовите особенности митигированной кори.
6. Перечислить методы диагностики кори.
7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику при подозрении на корь в катаральный период, в период высыпаний.
8. Перечислите основные принципы лечения больных с корью.

9. Какими препаратами и в какие сроки проводится активная иммунизация. Укажите длительность иммунитета.
10. Эпидемиология краснухи (источник инфекции, индекс контагиозности, иммунитет, сезонность заболевания, заболеваемость у детей до 1 года, новорожденных, взрослых, летальность).
11. Перечислить периоды болезни и указать их длительность при приобретенной краснухе.
12. Дать характеристику типичной клинической формы краснухи. Клиническая классификация краснухи.
13. Атипичные формы краснухи (стертая, бессимптомная) их эпидемиологическое значение.
14. Дать характеристику краснухи у беременных женщин. Перечислить группы риска среди женщин.
15. Указать клинические проявления синдрома врожденной краснухи.
16. Указать клинические особенности специфических осложнений краснухи (артрита, энцефалита).
17. Провести дифференциальную диагностику краснухи с корью, скарлатиной, парвовирусной инфекцией В19, энтеровирусной инфекцией, иерсиниозами, аллергодерматозами.
18. Определить тактику ведения беременной из очага краснухи.
19. Указать основные принципы терапии больных краснухой:
20. Назвать критерии выписки больных из стационара, критерии допуска реконвалесцентов в организованный детский коллектив.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Посткраснушный энцефалит следует диагностировать при условии:

- 1) на 4-5-й день болезни краснухой
- 2) нового подъема температуры до 39-40 градусов Цельсия
- 3) головной боли, рвоты, потери сознания, судорог, очаговой симптоматики
- 4) всех перечисленных симптомов

2. В общем анализе крови при приобретенной краснухе:

- 1) лейкопения, лимфоцитоз, плазматические клетки, СОЭ в норме
- 2) лейкопения, лимфопения, моноцитоз, СОЭ в норме
- 3) лейкоцитоз, лимфопения, СОЭ ускорена

3. Для диагностики краснухи применяются следующие методы (выберите неправильный ответ):

- 1) вирусологический
- 2) метод иммунофлюоресценции
- 3) серологический
- 4) бактериологический
- 5) общеклинические анализы

4. Наиболее частое осложнение при краснухе:

- 1) менингоэнцефалит
- 2) пневмония

- 3) миокардит
5. Сроки карантина при краснухе:
 - 1) 10 дней
 - 2) 21 день
 - 3) 7 дней
6. На слизистой оболочке полости рта при кори появляются:
 - 1) пузырьковые высыпания
 - 2) пленчатые наложения
 - 3) пятна Филатова-Коплика
7. Какие методы используются для диагностики
 - A) кори B) скарлатины:
 - 1) цитологическое исследование носового отделяемого
 - 2) бактериологическое исследование
 - 3) серологическое исследование
 - 4) ИФА
 - 5) ПЦР
8. Меры профилактики
 - A) кори B) боррелиоза включают :
 - 1) раннее выявление и изоляция источника инфекции
 - 2) введение иммуноглобулина неболевшим корью
 - 3) вакцинацию
 - 4) борьбу с клещами
9. Активная иммунизация против
 - A) кори B) полиомиелита проводится:
 - 1) АКДС – вакциной
 - 2) гамма-глобулином
 - 3) анатоксином
 - 4) живой вирусной вакциной
 - 5) инактивированной вирусной вакциной
10. Выберите периоды болезни, когда назначается антибактериальная терапия при
 - A) кори B) коклюше:
 - 1) в продромальном периоде
 - 2) в разгаре болезни
 - 3) при наличии осложнений

Эталон: 1-4; 2-1; 3-4; 4-1;5-2;6-3, 7-A)1,3,4,5 B)2; 8-A) 1,2,3 B) 4; 9-A)4 B) 4,5; 10-A)3B)1

- 4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Специфическая профилактика кори»
- 5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
 1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге кори
 2. Составить план диспансеризации ребенка с краснушным менингоэнцефалитом
 3. Составить дифференциальную таблицу заболеваний с пятнисто-папулезной сыпью

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.7. Скарлатина, ветряная оспа у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Скарлатина, ветряная оспа у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных скарлатиной и ветряной оспой и профилактике скарлатины и ветряной оспы

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез скарлатины и ветряной оспы
2. Обучить методам диагностики скарлатины и ветряной оспы
3. Изучить клинику скарлатины и ветряной оспы, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на скарлатину и ветряную оспу и профилактики скарлатины и ветряной оспы.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов со скарлатиной и ветряной оспой, препараты, используемые для лечения, методы профилактики скарлатины и ветряной оспы

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у

пациента основные патологические состояния , симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов со скарлатиной и ветряной оспой, оказать медицинскую помощь при внезапных острых , состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения скарлатиной и ветряной оспой

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний , симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм скарлатины и ветряной оспы , способностью к определению тактики ведения пациентов со скарлатиной и ветряной оспой, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения скарлатиной и ветряной оспой.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия
2. Эпидемиология скарлатины (источник инфекции, пути передачи, индекс контагиозности. управляемость, постинфекционный иммунитет, сезонность, восприимчивость).
3. Выделить линии патогенеза скарлатины и провести параллель с клиническими и лабораторными проявлениями.
4. Указать патоморфологические изменения в организме при скарлатине.
5. Классификация скарлатины.
6. Выделить периоды болезни и дать клинико-лабораторную характеристику каждого периода болезни при типичных и атипичных формах болезни.
7. Дать характеристику специфических осложнений. Дать понятия миокардиодистрофии. миокардита, "скарлатинного сердца".
8. Указать особенности скарлатины у детей первого года жизни.
9. Провести дифференциальный диагноз скарлатины
10. Лечение скарлатины
11. Профилактика в очаге скарлатины.
12. Характеристика возбудителя ветряной оспы.
13. Эпидемиология ветряной оспы.
14. Перечислить периоды болезни и указать их длительность.
15. Дать характеристику типичной клинической формы ветряной оспы. Указать причины развития атипичных форм.
16. Указать клинические проявления рудиментарной, буллезной, геморрагической, гангренозной и висцеральных форм ветряной оспы.
17. Указать критерии тяжести ветряной оспы.
18. Указать клинические особенности специфических осложнений ветряной оспы (ларингита, пневмонии, энцефалита).
19. Провести дифференциальную диагностику ветряной оспы
20. Указать критерии постановки диагноза ветряной оспы.
21. Указать основные принципы терапии больных ветряной оспой:
22. Указать критерии выписки больных из стационара, критерии допуска реконвалесцентов в организованный детский коллектив.
23. Дать характеристику противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

2. **Практическая подготовка.** Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков, сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на скарлатину и ветряную оспу, осмотре больного скарлатиной и ветряной оспой, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов).

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Диагноз.

2. Обоснование диагноза.

3. Дифференциальный диагноз.

4. Какие варианты развития данного заболевания возможны?

5. План обследования.

6. План лечения.

ЗАДАЧА

Девочка 7 лет, поступила в инфекционный стационар на 7 день болезни по скорой помощи. Заболела остро 21 февраля, появилась субфебрильная температура, сыпь на коже в виде небольших пятен и везикул на волосистой части головы, лице, туловище. Участковый педиатр выставил диагноз: ветряная оспа и оставил ребенка лечиться на дому. Заболевание протекало легко, с необильной сыпью, субфебрильной температурой. Последние высыпания 23 февраля. Утром 25 февраля состояние ухудшилось, температура до 38,10С, появилась вялость, головокружение, рвота до 5 раз, перестала садиться, вставать. Вызвана скорая помощь, девочку госпитализировали.

При поступлении: состояние тяжелое, очень вялая, заторможена, на вопросы отвечает замедленно, односложно, речь скандированная. Самостоятельно не сидит. Менингеальные симптомы отрицательные. Пальценосовую пробу выполняет с промахиванием. Реакция зрачков на свет живая. ЧМН без особенностей. От еды отказывается, жидкость пьет неохотно. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, «тени» под глазами, ветряночные элементы в стадии корочек, не обильные, новых подсыпаний нет. Периферические лимфоузлы мелкие, безболезненные. Слизистые ротоглотки умеренно гиперемированы, налетов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 110 в минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Мочится адекватно. Стула сегодня не было. Судорог не было, закатывала глаза.

Общий анализ крови: гемоглобин 131 г/л, эритроциты $4,32 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,91, лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л, п/я 2%, с/я 71%, лимфоциты 21%, моноциты 6%, СОЭ 29 мм/час.

Общий анализ мочи: белок 0,066, плотность 1027, лейкоциты 1-2-3 в п/зр.

Люмбальная пункция: жидкость прозрачная, вытекает редкими каплями, цитоз 12 клеток/мкл, 8 лимфоцитов, 4 нейтрофила, белок 0,33 г/л.

Осмотр невролога: сознание спутанное, заторможена. Просьбы выполняет не сразу, речь замедленная, скандированная, невнятная. Сидеть не может. Жалуется на головокружение. Лицо симметричное. Рвота не повторялась. Зрачки расширены, D=S, горизонтальный нистагм. Язык по средней линии, мягкое небо подвижно, глотание в норме. Бульбарных нарушений нет. Сухожильные рефлексы D=S, оживлены, больше с ног, тонус повышен больше в разгибателях ног. Симптом Кернига отрицательный, ригидность затылочных мышц на 1 п.п.

Координаторные пробы нечеткие, не сидит, не стоит.

Эталон

1. Ветряная оспа, типичная форма. Осложнение: ветряночный менингоэнцефалит, отек головного мозга, нижний спастический тетрапарез, атаксический синдром, астенический синдром, тяжелая форма.
2. Диагноз поставлен на основании начала заболевания в виде типично протекавшей ветряной оспы, появление на 5 день болезни симптомов поражения ЦНС в виде рвоты, головной боли, головокружения, атаксии, заторможенности, данных дополнительных исследований и осмотра невролога.
3. Дифференциальный диагноз проводят с менингитами и энцефалитами другой этиологии.
4. Первый вариант возникает в ранние сроки на фоне тяжелого течения основного заболевания, неврологическая симптоматика складывается главным образом из общемозговой симптоматики, могут быть очаговые симптомы (чаще гемипарезы). В основе отек головного мозга, сосудистые нарушения и в ряде случаев проникновение вируса в ЦНС. Вторым вариантом энцефалитов более типичен. Клиника появляется в конце 1-начале 2-й недели болезни, сопровождается новым подъемом температуры, головной болью, рвотой. Ведущий неврологический синдром – атаксический. В основе – демиелинизирующий лейкоэнцефалит.
5. Для подтверждения диагноза проводят серологические исследования.
6. Лечение: постельный режим, инфузионная терапия в режиме ограничения, гормоны, диуретики (лазикс, диакарб) с аспаркамом, сосудистые (кавинтон), ноотропы (пирацетам), витамины, противовирусные препараты. После выписки Наблюдение у невролога, окулиста.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Задача 1.

Ребенок 5 лет, посещает детский сад, заболел остро во второй половине дня в детском саду с повышения температуры до 37,8 С, отказался от еды, на коже выявлены элементы пятнисто-папулезной сыпи. С диагнозом: “Корь” отправлен домой. На второй день болезни участковый педиатр диагноз кори снял, т.к. на коже были выявлены элементы везикулезной сыпи. Самочувствие больного нарушено незначительно, ребенок оставлен дома. Дома температура повышалась до 38,5 С, новые высыпания появлялись еще в течение 3 дней, обильные, были отмечены единичные элементы сыпи на слизистой полости рта.

Задача 2

Ребенок 5 лет посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38 С, была двукратная рвота, жалобы на боль в горле. Через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже. Ребенок направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,2С, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях (сгибательная поверхность) обильная мелко-точечная сыпь. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот б/б. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформлен.

Осмотр Лор – врача: лакунарная ангина

Клинический анализ крови: Нб – 135 г/л, Эр – 3,4 10¹²/л, лейкоц – 15 х 10⁹/л, п/я – 10%, с/я – 62%, э – 3%, л – 20%, м – 5%, СОЭ – 30 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021, реакция – кислая, белок – нет, эпителий – ед, лейкоциты – 1 – 2 в п/зр, слизь – много.

В посевах слизи из зева – роста гемолитического стрептококка

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу заболеваний с экзантемами
- Дискуссия на тему значения ветряной оспы на современном этапе

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Указать основные положения по эпидемиологии скарлатины
2. Выделить периоды болезни и дать клинико-лабораторную характеристику каждого
3. периода болезни при типичных и атипичных формах скарлатины.
4. Дать характеристику специфических осложнений. Дать понятия миокардиодистрофии, миокардита, "скарлатинного сердца".
5. Указать особенности скарлатины у детей первого года жизни.
6. Лечение скарлатины (антибиотик выбора, доза, курс лечения, десенсебилизирующая терапия, дезинтоксикационная терапия).
7. Профилактика в очаге скарлатины.
8. Характеристика возбудителя ветряной оспы.
9. Эпидемиология ветряной оспы (источник инфекции, индекс контагиозности, иммунитет, сезонность заболевания, заболеваемость у детей до 1 года, новорожденных, взрослых, летальность).
10. Указать клинические проявления рудиментарной, буллезной, геморрагической, гангренозной и висцеральных форм ветряной оспы.
11. Указать критерии тяжести ветряной оспы.
12. Указать клинические особенности специфических осложнений ветряной оспы (ларингита, пневмонии, энцефалита).
13. Провести дифференциальную диагностику ветряной оспы с натуральной оспой, опоясывающим герпесом, простым герпесом, ящуроподобной формой энтеровирусной инфекции (по характеристике интоксикации, основному элементу сыпи, наличию сгруппированности элементов, наличию инфильтрации основания основного элемента, фона кожи, излюбленной локализации сыпи, характеру и времени разрешения сыпи, реакции периферических лимфоузлов, наличию болевой синдрома).
14. Провести дифференциальную диагностику поражения слизистых полости рта при ветряной оспе, герпангине и афтозном стоматите.
15. Указать критерии постановки диагноза ветряной оспы.
16. Указать основные принципы терапии больных ветряной оспой:
при неосложненном течении типичной формы ветряной оспы;
при наличии специфических и неспецифических осложнений;
при атипичных формах ветряной оспы.
17. Указать критерии выписки больных из стационара, критерии допуска реконвалесцентов в организованный детский коллектив.
18. Дать характеристику противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. Характерен ли продромальный период для типичной ветряной оспы:
 - 1) да
 - 2) нет
 2. В продромальном периоде появление скарлатиноподобной сыпи:
 - 1) характерно
 - 2) не характерно
 3. В продромальном периоде возможно появление:
 - 1) скарлатиноподобной сыпи
 - 2) геморрагической сыпи
 - 3) кореподобной сыпи
 4. Высыпания при ветряной оспе возникают:
 - 1) в течение нескольких дней толчкообразно
 - 2) поэтапно: в 1-й день болезни - на лице, во 2-й день болезни - на туловище, на 3-й день болезни - на конечностях
 - 3) одномоментно
 5. Укажите длительность карантина при А) ветряной оспе В) скарлатине:
 - 1) 7 дней
 - 2) 11- 21 день
 - 3) 8-18 дней
 6. Укажите изменения языка, характерные для А) скарлатины В) брюшного тифа
 - 1) язык обложен бело-желтым налетом, утолщен
 - 2) «малиновый» язык
 7. Преимущественно через какие продукты можно заразиться скарлатиной:
 - 1) молоко, сметана, крем
 - 2) мясо, рыба
 - 3) овощи, фрукты
 8. Укажите токсин общего действия, продуцируемый стрептококками:
 - 1) экзотоксин
 - 2) эндотоксин
 9. Выберите изменения в ротоглотке, характерные для А) скарлатины В) кори:
 - 1) пятна Бельского-Филатова-Коплика
 - 2) яркая отграниченная гиперемия
 - 3) симптом Мурсона
 10. Стрептококк обладает тропностью к:
 - 1) ЦНС, суставам
 - 2) почкам, суставам
 - 3) надпочечникам, эндотелию сосудов, суставам

Эталонные ответы: 1- 1, 2-1, 3-1, 4-1, 5-А)2 В)1;6-А)2 В)1; 7-1, 8-1, 9-А)2, В) 1; 10-2

- 4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Стрептококковая инфекция у детей»
 - 5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге скарлатины
 2. Составить план диспансеризации ребенка с ветряночным менингоэнцефалитом
 3. Составить дифференциальную таблицу заболеваний с везикулезной сыпью

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.8. Паротитная инфекция. Коклюш

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Паротит, коклюш у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных паротитом и коклюшем и профилактике паротита и коклюша

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез паротита и коклюша
2. Обучить методам диагностики паротита и коклюша
3. Изучить клинику паротита и коклюша, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на паротит и коклюш и профилактики паротита и коклюша.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с паротитом и коклюшем, препараты, используемые для лечения, методы профилактики паротита и коклюша.

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности

с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико- биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния , симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с паротитом и коклюшем, оказать медицинскую помощь при внезапных острых , состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения паротитом и коклюшем.

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний , симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм паротита и коклюша , способностью к определению тактики ведения пациентов с паротитом и коклюшем, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения паротитом и коклюшем.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Какова современная классификация паротитной вирусной инфекции?
2. Перечислите симптомы, определяющие клиническую картину паротита при паротитной вирусной инфекции.
3. Какие осложнения наблюдаются при паротитной вирусной инфекции наиболее часто?
4. Какие инфекционные заболевания необходимо включить в перечень для проведения дифференциального диагноза при паротитной инфекции с учетом синдрома эпидемического паротита?
5. Каковы методы специфической лабораторной диагностики?
6. Как осуществляется лечение паротитной инфекции?
7. В чем заключается диспансерное наблюдение за реконвалесцентами паротитной вирусной инфекции?
8. Какие существуют виды вакцин против паротитной инфекции, сроки введения?
9. Противоэпидемические мероприятия в очаге паротитной вирусной инфекции?
10. Какие правила следует соблюдать у постели больного коклюшем.
11. Какие эпидемиологические данные следует выявить при подозрении на коклюш.
12. Какие особенности возбудителя коклюша следует знать врачу.
13. Какова возрастная восприимчивость к коклюшу.
14. Назовите основные периоды болезни и их продолжительность.
15. Каковы клинические особенности катарального периода коклюша.
16. Что характерно для спазматического периода болезни.
17. Каковы показатели тяжести коклюша.
18. Какова клиническая классификация коклюша.
19. Какие осложнения наблюдаются при коклюше.
20. Какие методы лабораторной диагностики коклюша вы знаете.
21. Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать коклюш
22. Чем опасен коклюш у детей до одного года.
23. Назовите основные принципы терапии коклюша, показания к назначению антибиотиков.
24. Укажите критерии выписки больных из стационара и условия допуска реконвалесцентов в детские учреждения.
25. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очаге коклюша.

2. **Практическая подготовка.** Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков, сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на паротит и коклюш, осмотре больного паротитом и коклюшем, назначении и интерпретации лабораторных обследований, проведение диффдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Поставьте диагноз
2. Какие симптомы позволяют поставить диагноз?
3. Дифференциальный диагноз
4. Какие лабораторные исследования нужно провести?
5. Принципы лечения
6. Какие мероприятия нужно провести в детском саду?

Задача 1

Ребенок трех лет из хороших социальных условий. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: нормохромная Fe-дефицитная анемия I степени, перинатальное поражение ЦНС, ОРВИ 3 раза, аллергический дерматит. Привит щадящим методом с 1 года жизни.

Болен в течение двух недель. При нормальной температуре и неплохом самочувствии появился кашель, в начале редкий, но навязчивый, затем приступообразный, до 10 раз в сут-ки, во время приступа кашля периодически отмечается свистящий судорожный вдох. Кашель заканчивается отхождением вязкой мокроты.

При осмотре состояние средней степени тяжести, кожа бледная, умеренно гиперемии-рованы миндалины. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД – 36 в мин. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 116 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Край печени на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Стул оформлен, 1 раз в сутки. Мочился последний раз 2 часа назад.

Общий анализ крови: Эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,9, Нб – 108 г/л, Лей – $17 \times 10^9/л$, эоз. – 0, п/я – 5%, с/я – 25%, лимф. – 52%, мон. – 18%, СОЭ – 7мм/час.

Эталон к задаче

1. Диагноз: коклюш типичный, легкая форма, период спазматического кашля.
2. Симптомы: постепенное начало, нормальная температура, легкая гиперемия миндалин, жесткое дыхание в легких, сначала редкий, затем навязчивый приступообразный кашель с репризами, выделение вязкой мокроты.
3. Дифференциальный диагноз проводят с паракоклюшем, ОРВИ, туберкулёзным бронхоаденитом, спазмофилией с явлениями ларингоспазма, инородным телом, опухолью средостения.
4. Лабораторные исследования: посев слизи из носоглотки или мокроты методом «кашлевых пластинок» на коклюшный микроб, общий анализ крови, рентгенография грудной клетки, серологические реакции.

5. Лечение: оптимальный режим, длительное пребывание на воздухе, седативные средства, десенсибилизирующая терапия, применение муколитических средств и спазмо-литиков в ингаляциях.
6. Противоэпидемические мероприятия в детском саду: экстренное извещение в СЭС, изоляция кашляющих детей, бактериологическое обследование контактных, карантин на 14 дней.

Задача 1

Ребенок 2-х месяцев находится на грудном вскармливании, в первый месяц жизни прибыл в весе на 800г., во второй - на 650г. Из перенесённых заболеваний - острый ринит в возрасте 3 недель.

Заболел неделю назад. Температура 37,5°C, кашель, небольшой насморк. Через 3 дня температура нормализовалась, но кашель усилился и принял приступообразный характер.

Состояние средней степени тяжести. Ребенок вялый, отказывается от груди, во время приступов кашля краснеет и синеет. Приступы кашля нередко заканчиваются рвотой. Частота приступов достигает 15 раз за сутки. При осмотре выявляется небольшая гиперемия задней стенки глотки, дужек. В лёгких - коробочный оттенок перкуторного звука, сухие и мелкопузырчатые рассеянные хрипы. ЧД - 46 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС - 128 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 0,5 см. Стул кашицеобразный, 2 раза в день. Мочится хорошо. Менингеальные симптомы отрицательные.

В семье еще один ребенок 6 лет, который посещает детский сад.

Задача 2

Мальчик 3,5 лет заболел остро: повысилась температура до 39°C, появились жалобы на головную боль, вялость, снижение аппетита. На второй день заболевания появилась припухлость в околоушной области слева, мочка уха приподнята, кожа напряжена, лоснящаяся, не гиперемирована. Слизистые губ и полости рта сухие. Катаральных явлений нет. На третьи сутки появилась рвота, боли в животе без четкой локализации. Поставлен диагноз: эпидемический паротит. Ребенок госпитализирован по поводу болей в животе.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу заболеваний, сопровождаемых кашлем
- Составить дифференциально- диагностическую таблицу заболеваний, сопровождаемых увеличением слюнных желез

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
 - 2) Ответить на вопросы для самоконтроля
2. Перечислите симптомы, определяющие клиническую картину паротита при паротитной вирусной инфекции.

3. Какие симптомы определяют клиническую картину субмаксиллита при паротитной инфекции?
4. Какие симптомы определяют клиническую картину орхита при паротитной инфекции?
5. Симптомы, характерные для серозного менингита при паротитной вирусной инфекции.
6. Перечислите симптомы, определяющие клиническую картину панкреатита при паротитной вирусной инфекции.
7. Какие осложнения наблюдаются при паротитной вирусной инфекции наиболее часто?
8. Какие симптомы определяют клиническую картину полинейропатий при паротитной инфекции?
9. Какие инфекционные заболевания необходимо включить в перечень для проведения дифференциального диагноза при паротитной инфекции с учетом синдромасиалоаденита?
10. Какие неинфекционные заболевания подлежат исключению при сиалоадените?
11. Наличие каких симптомов позволяет отличить вторичный гнойный паротит от паротитной вирусной инфекции?
12. Какие заболевания необходимо включить в перечень для проведения дифференциального диагноза при паротитной инфекции с учетом менингеального синдрома?
13. Каковы методы специфической лабораторной диагностики?
14. Как осуществляется лечение железистой формы паротитной инфекции?
15. Как осуществляется лечение нервной формы паротитной инфекции?
16. Как осуществляется лечение орхита паротитной этиологии?
17. Как осуществляется лечение панкреатита паротитной этиологии?
18. В чем заключается диспансерное наблюдение за реконвалесцентами паротитной вирусной инфекции?
19. Какие существуют виды вакцин против паротитной инфекции, сроки введения?
20. Основные достижения науки в изучении коклюша (история вопроса, роль отечественных ученых).
21. Этиологию и особенности возбудителя коклюша.
22. Эпидемиологию (источники инфекции, пути передачи, возрастная восприимчивость и заболеваемость).
23. Патогенез (механизм спазматического кашля, воздействие возбудителя и его токсина).
24. Классификацию коклюша (с указанием типа, тяжести и течения).
25. Клинику типичных форм болезни с характеристикой основных периодов.
26. Критерии тяжести.
27. Значение ранней диагностики, методы лабораторных исследований.
28. Основные заболевания, с которыми необходимо дифференцировать коклюш в разные периоды.
29. Особенности клиники и течения коклюша у детей первого года жизни, осложнения.
30. Принципы терапии коклюша и его осложнений.
31. Сроки и правила проведения профилактических прививок против коклюша.
32. Противоэпидемические мероприятия в очаге паротитной вирусной инфекции?

- 3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля
1. Для эпидемического паротита последовательное поражение желез:
 - 1) характерно
 - 2) не характерно
 2. Вирус эпидемического паротита попадает в железистые органы:
 - 1) лимфогенным путем
 - 2) через проток слюнной железы
 - 3) гематогенно
 3. Укажите заболевания, с которыми надо дифференцировать А) паротит В) скарлатину:
 - 1) Шейный лимфаденит
 - 2) Краснуха
 - 3) Ангина
 - 4) мононуклеоз
 4. При эпидемическом паротите в слюнных железах поражается:
 - 1) железистая ткань
 - 2) интерстициальная ткань
 5. В клинической классификации эпидемического паротита выделяют следующие формы, кроме:
 - 1) генерализованная
 - 2) железистая
 - 3) нервная
 - 4) комбинированная
 6. Кашель в спазматическом периоде коклюша отличают:
 - 1) репризы, апноэ *
 - 2) апноэ, одышка
 - 3) «лающий» кашель, осиплость, апноэ
 7. Выберите инфекции, которые относятся к А) антропонозам в) зоонозам:
 - 1) коклюш
 - 2) корь
 - 3) туляремия
 - 4) лептоспироз
 8. Значение больного, как источника инфекции, в разные периоды болезни коклюшем:
 - 1) равнозначно
 - 2) неравнозначно

9. Укажите пути передачи, которыми передается А) коклюш В) корь:

- 1) воздушно- капельный
- 2) трансплацентарный
- 3) парентеральный

10. Выберите инфекции, для которых характерно формирование А) стойкого иммунитета В) кратковременного иммунитета:

- 1) дифтерия
- 2) коклюш
- 3) ротавирусная инфекция
- 4) краснуха

Эталон: 1-1; 2-3; 3-А) 1,4 В) 1,2,3,4; 4-1, 5-1,6-1; 7-А) 1,2 В)3,4; 8-2; 9-А)1 В)1,2; 10- А)2,4 В)1,3

- 4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Коклюш у новорожденных »
- 5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.
 1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге паротита
 2. Составить план диспансеризации ребенка с коклюшем
 3. Составить дифференциальную таблицу заболеваний с длительным кашлем

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

Раздел 3: Детские инфекции

Тема 3.9. Дифтерия, мононуклеоз у детей

Цель: способствовать формированию системы знаний, практических умений и навыков по теме «Дифтерия, мононуклеоз у детей», необходимых в последующей профессиональной деятельности, путем овладения умениями по диагностике, дифференциальной диагностике, обследованию, лечению больных дифтерией и мононуклеозом и профилактике дифтерии и мононуклеоза

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию, эпидемиологию, патогенез дифтерии и мононуклеоза
2. Обучить методам диагностики дифтерии и мононуклеоза
3. Изучить клинику дифтерии и мононуклеоза, современные принципы и методы лечения
4. Сформировать навыки правильного осмотра больного с подозрением на дифтерию и мононуклеоз и профилактики дифтерии и мононуклеоза.

Обучающийся должен знать: терминологию, лабораторные, инструментальные, патолого-анатомические методы исследования, основные патологических состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра, тактику ведения пациентов с дифтерией и мононуклеозом, препараты, используемые для лечения, методы профилактики дифтерии и мононуклеоза

Обучающийся должен уметь: решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико- биологической терминологии, информационно коммуникационных технологий, собрать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза, результаты осмотра и исследований, определить у пациента основные патологические состояния , симптомы, синдромы заболеваний, нозологические формы, определить тактику ведения пациентов с дифтерией и мононуклеозом, оказать медицинскую помощь при внезапных острых , состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, проводить просветительскую деятельность по устранению факторов риска заражения дифтерией и мононуклеозом .

Обучающийся должен владеть: навыками работы с библиографическими ресурсами, медико- биологической терминологией, информационно- коммуникационными технологиями, методикой распознавания состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, способностью к определению у пациента основных патологических состояний , симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм дифтерии и мононуклеоза , способностью к определению тактики ведения пациентов с паротитом и коклюшем, методиками оказания медицинской помощи при внезапных острых состояниях, навыками просветительской деятельности по устранению факторов риска заражения дифтерией и мононуклеозом .

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. В каком возрасте наблюдается наибольшая заболеваемость дифтерией?
2. Какова длительность инкубационного периода при дифтерии?
3. Какие отделы респираторного тракта поражаются при дифтерии?
4. Каковы патогенетические механизмы образования пленки, поражения сердца, почек, нервной системы.
5. Какие патоморфологические изменения обнаруживаются при дифтерии и ее осложнениях в ЦНС, почках, ССС?

6. Какова клиническая классификация дифтерии, классификация дифтерийного бактерионосительства?
7. Клиника различных форм дифтерии. Особенности дифтерии у детей до 1 года, с 1 года до 3-х лет.
8. Какие осложнения возможны при дифтерии?
9. Какой материал нужно взять у больного для диагностики дифтерии.
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз дифтерии?
11. Каковы показания для госпитализации ребенка, больного дифтерией?
12. Назовите основные принципы лечения дифтерии.
13. Методы специфической и неспецифической профилактики дифтерии.
14. Диспансеризация реконвалесцентов дифтерии.
15. Назовите источники заражения ИМ и их эпидемическую значимость.
16. Перечислите основные и второстепенные клинические симптомы болезни у детей.
17. Каковы показатели тяжести инфекционного мононуклеоза?
18. Назовите гематологические критерии диагностики инфекционного мононуклеоза.
19. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать инфекционный мононуклеоз у детей.
20. Каковы принципы терапии инфекционного мононуклеоза, а также показания к назначению антибактериальных, гормональных препаратов, интерферона и индукторов интерферона.
21. Сроки диспансерного наблюдения.

2. **Практическая подготовка.** Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор и анализ анамнеза больного при подозрении на дифтерию и мононуклеоз, осмотр больного, назначения и интерпретации лабораторных обследований, проведение дифдиагноза, назначение адекватной терапии, проведение диспансеризации, заполнение документов))

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите клинические симптомы, подтверждающие Ваш диагноз.
3. Какие лабораторные исследования надо провести для подтверждения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз.
5. Принципы лечения и выписки из стационара.

Задача.

Мальчик 12-ти лет заболел внезапно, повысилась температура до 39°C, боли в горле при глотании, появилась припухлость на шее с обеих сторон.

Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ 2 раза в год. Ребенок не привит.

При осмотре на 2-й день заболевания: ребенок вялый, кожные покровы бледные, отек шейной клетчатки с обеих сторон шеи до ключиц. Ротоглотка застойного багрово-синюшного оттенка, резкий отек миндалин, дужек, мягкого неба, язычка. На обеих миндалинах сплошные серовато-белые налеты, выходящие на передние дужки. Изо рта сладковато-пригорный запах. Голос сдавлен. Боль при глотании. Передне-шейные лимфоузлы увеличены до 1,5-2 см, болезненные. При аускультации дыхание везикулярное. Перкуторный звук ясный, легочный. ЧД - 32. Тоны сердца звучные, тахикардия до 132. Живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в сутки, оформлен. Дизурии нет.

ОАК: Нб - 136 г/л; эр. - 3,8 x10¹²/л; ЦП - 1,0; Le. - 9 x10⁹/л; п/я - 4%; с/я - 65%; б. - 1%; л. - 18%; м. - 12%; СОЭ - 16 мм/час.

ЭТАЛОН К ЗАДАЧЕ

1. Дифтерия ротоглотки, распространённая форма, токсическая, II степени, тяжелая степень тяжести.
2. Симптомы: острое начало болезни, гипертермия, отек шейной клетчатки до ключиц, распространенные налеты в ротоглотке, вялость, бледность, сладковато-приторный запах изо рта, сдавленный голос.
3. Бактериоскопия мазка из ротоглотки, посев из ротоглотки на дифтерийную палочку, определение токсигенности дифтерийной палочки, определение антител к токсину дифтерии (до введения ПДС).
4. Инфекционный мононуклеоз, паратонзиллярный абсцесс, эпидемический паротит.
5. Лечение: противодифтерийная сыворотка в дозе 200 000 АЕ на курс, вводить необходимо по методу Безредко, первоначальная доза S - 2/3 курсовой; антибиотикотерапия - пенициллин по 100 000 ЕД/кг/сут; дезинтоксикация - реополиглюкин, 10% раствор глюкозы с инсулином, аскорбиновой кислотой и хлористым калием; витамины; строгий постельный режим. Сроки выписки: не ранее 50 дня болезни с 2 отрицательными бактериологическими посевами на дифтерийную палочку.
6. Осложнения: ИТШ, ранний и поздний миокардиты, ранние и поздние периферические параличи, нефроз.

Ситуационные задачи для разбора на занятии

Задача 1

Девочка 8 лет, почувствовала боль в горле при глотании, температура тела 37,5С. Участковый врач выставил фолликулярную ангину, назначил полоскание фурациллином, ампициллин по 200 тыс. 4 раза в сутки внутрь, взял посев слизи из зева и носа на ВЛ.

Наложения на миндалинах сохранялись в течение недели в виде островков на поверхности обеих миндалин, довольно легко снимались шпателем и не полностью растирались между стеклами, температура тела снизилась до нормальных цифр.

Девочка привита против дифтерии:

1 – я вакцина в 3 месяца – АКДС – вакциной. Сразу после вакцинации отмечался пронзительный крик в течении нескольких часов

2- я вакцина в 5 месяцев – АДС – М анатоксином

1 – я ревакцинация в 1 год и 6 месяцев – АДС – М анатоксином.

При бак. исследовании слизи из зева и носа выделена *Corynebacteriumdiphth. Mitis*.

Задача 2

Больной 12 лет обратился к врачу поликлиники с жалобами на ознобы, температуру выше 39°С, выраженную слабость, сильные боли в горле при глотании, затрудненное носовое дыхание, сыпь. Заболел остро 9 дней назад с повышением температуры до 38°С, затем появились боли в шее при движении головой. Через 2 дня заметил увеличение шейных лимфоузлов, их болезненность. Вчера появилась сильная боль в горле при глотании, ломота в теле, боль в суставах, температура 39,5°С, не мог проглотить слюну, стало трудно дышать, боль в шее усилилась. Самостоятельно начал принимать Ампициллин. После чего на теле появилась сыпь. Вызванный врач направил больного в инфекционную больницу с подозрением на дифтерию.

При осмотре в приемном отделении: кожа бледная, дыхание затруднено, дышит ртом. На коже туловища, конечностей - обильная пятнисто – папулезная сыпь, местами сливная. ЧД - 20 в минуту. Конфигурация шеи резко изменена за счет увеличенных (до 2,5 см) передне- и заднешейных лимфоузлов, больше справа. Лимфоузлы болезненны, эластичны, подвижны. Тризм жевательной мускулатуры. Слизистая ротоглотки ярко гиперемирована, миндалины увеличены до 2-й степени. Отека слизистой нет. В лакунах миндалин гнойный налет. Небная занавеска подвижна. Пульс - 100 в минуту. АД -120/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка увеличены, пальпируются. Менингеальных явлений нет.

4. Задания для групповой работы

- Составить дифференциально- диагностическую таблицу заболеваний, сопровождаемых изменениями в ротоглотке
- Организовать дискуссию по проблеме влияния ИМ на здоровье ребенка

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. В каком году был открыт возбудитель дифтерии?
2. Кто открыл возбудитель дифтерии?
3. Опишите патогенез поражения сердца при дифтерии
4. Назовите наиболее частые формы дифтерии, развивающиеся у детей
5. Клиника дифтерийного крупа
6. Дифференциальная диагностика ложного и истинного крупа у детей
7. Перечислите наиболее опасные осложнения при дифтерии
8. Назовите современные методы диагностики дифтерии
9. Принципы лечения полинейропатии при дифтерии
10. Принципы лечения миокардита
11. Назовите современные вакцины для профилактики дифтерии. В чем их отличия от АКДС?
12. Когда был открыт возбудитель мононуклеоза?
13. Какие вирусы могут вызывать мононуклеоз?
14. Дайте определение латенции и персистенции
15. Сравните клинику мононуклеоза, вызванного разными вирусами
16. Прогноз при мононуклеозе
17. Назовите методы лабораторной диагностики мононуклеоза. Почему сейчас не пользуются методом Пауля –Бунеля?
18. Поражение каких органов характерно для мононуклеоза
19. Характеризуйте группы антибиотиков, используемые для лечения мононуклеоза
20. В чем опасность мононуклеоза?
21. Перечислите принципы диспансеризации детей, перенесших мононуклеоз

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Для инфекционного мононуклеоза характерно увеличение лимфатических узлов:
 - 1) затылочных и заднешейных

- 2) передне- и заднешейных
 - 3) подчелюстных и переднешейных
2. При инфекционном мононуклеозе лимфатические узлы:
- 1) болезненные при пальпации
 - 2) безболезненные при пальпации
3. При инфекционном мононуклеозе характерно появление отека подкожной клетчатки шеи:
- 1) да
 - 2) нет
4. Для инфекционного мононуклеоза характерно нагноение лимфатических узлов:
- 1) да
 - 2) нет
5. Весь симптомокомплекс при инфекционном мононуклеозе чаще развивается:
- 1) в 1 - 2 дни заболевания
 - 2) в течение недели
6. Дифтерийный круп характеризует:
- 1) внезапные появления признаков стеноза
 - 2) постепенное развитие клинических симптомов
7. Выберите симптомы, характерные для а) дифтерии б) ангины:
- 1) яркая гиперемия в ротоглотке
 - 2) застойная гиперемия в ротоглотке
 - 3) налеты снимаются легко
 - 4) миндалины отечны
8. Выберите заболевания, при которых используют а) сывороточное лечение б) антибиотикотерапию
- 1) дифтерия
 - 2) ботулизм
 - 3) шигеллез
 - 4) пневмония
9. Выберите инфекции, которые являются а) управляемыми б) не управляемыми:
- 1) Дифтерия
 - 2) мононуклеоз
 - 3) скарлатина
 - 4) туляремия

10. Укажите заболевания, которые дифференцируют с

а) дифтерией б) сальмонеллезом:

- 1) ангина
- 2) шигеллез
- 3) скарлатина
- 4) брюшной тиф

Эталон: 1-2, 2-2, 3-2, 4-2, 5-2, 6-2, 7-а) 2, 4 б) 1, 3, 8 – а) 1, 2, б) 3, 4 9 – а) 1, 4 б) 2, 3, 10 – а) 2, 3 б) 1, 4

4) Подготовить аннотацию научной статьи по теме «Мононуклеоз, вызванный ВЭБ»

5) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине.

1. Составить план противоэпидемических мероприятий в очаге дифтерии
2. Составить план диспансеризации ребенка с мононуклеозом
3. Составить дифференциальную таблицу заболеваний с лимфаденопатией

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни: учебник	Под ред. Н. А. Геппе	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2018.	52	ЭБС «Консультант студента»).
2	Инфекционные болезни у детей: учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М.: "ГЭОТАР-Медиа", 2011.	50	ЭБС «Консультант студента»

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни [Электронный ресурс]: учебник	под ред. Р.Р. Кильдияровой.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	-	ЭБС «Консультант студента»
2	Острые респираторные вирусные инфекции: учебное пособие	А. Л. Бондаренко, Н. А. Савиных, М. В. Савиных.	Кировский ГМУ, 2017.	91	

**Кафедра пропедевтики детских болезней
Кафедра инфекционных болезней**

Приложение Б к рабочей программе дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

**для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся
по дисциплине**

«Педиатрия»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП - Лечебное дело
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.2. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента						
Знать	Фрагментарные знания методики сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Общие, но не структурированные знания методики сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания методики сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Сформированные систематические знания методики сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболевания пациента	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение получать информацию о жалобах, анамнезе	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию о жалобах, анамнезе	Сформированное умение получать информацию о жалобах, анамнезе жизни и заболевания пациента	решение ситуационных задач, учебная	решение ситуационных задач

		жизни и заболевания пациента	жизни и заболевания пациента		история болезни	
Владеть	Фрагментарное применение навыков осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	В целом успешное, но не систематическое применение навыков осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Успешное и систематическое применение навыков осуществления сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.3. Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)						
Знать	Фрагментарные знания методики оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	Общие, но не структурированные знания оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	Сформированные систематические знания оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастно-половых особенностей детей	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние и самочувствие ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать состояние и самочувствие ребенка, осматривать и оценивать органы	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать состояние и самочувствие ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка	Сформированное умение оценивать состояние и самочувствие ребенка, осматривать и оценивать органы и системы организма ребенка	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач

		и системы организма ребенка				
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастнополовых особенностей детей	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастнополовых особенностей детей	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастнополовых особенностей детей	Успешное и систематическое применение навыков проведения оценки состояния и самочувствия ребенка, органов и систем организма ребенка с учетом анатомо-физиологических и возрастнополовых особенностей детей	прием	прием
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.4. Формулирует предварительный диагноз и составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациента						
Знать	Фрагментарные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с уче-	Общие, но не структурированные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с уче-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания меди-	Сформированные систематические знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления детей на лабораторное и инструментальное обследование, с учетом действующих клинических рекомендаций (протоколами лечения), порядками оказания меди-	собесе-	тест, собеседование

	том стандартов медицинской помощи	том стандартов медицинской помощи	цинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	том стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента	Сформированное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, обосновывать необходимость и объем лабораторных и инструментальных обследований пациента	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии	Успешное и систематическое применение навыков оценки клинической картины болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям для формулирования предварительного диагноза, направлением детей на лабораторное и инструментальное обследование в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	прием практических навыков	прием практических навыков

	(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ческими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.5. Направляет пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам	Сформированные систематические знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания меди-	собеседование	тест, собеседование

	мощи с учетом стандартов медицинской помощи	дицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	цинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастнополовым группам, обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастнополовым группам, обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастнополовым группам, обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам	Сформированное умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования детей, интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастнополовым группам, обосновывать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков направления детей на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими клини-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков направления детей на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответ-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков направления детей на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специ-	Успешное и систематическое применение навыков направления детей на лабораторное, инструментальное обследование, на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующи-	прием практических навыков	прием практических навыков

	ческими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	алистам в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	щими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.6. Направляет пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	Общие, но не структурированные знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими ре-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	Сформированные систематические знания клинической картины болезней и состояний, требующих направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими ре-	собеседование	тест, собеседование

	ями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	комендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать необходимость направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать необходимость направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение обосновывать необходимость направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Сформированное умение обосновывать необходимость направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач

Владеть	Фрагментарное применение навыков направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое применение навыков направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое применение навыков направления детей для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	прием	прием
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.7. Проводит дифференциальную диагностику с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными						
Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болезней и состояний с учетом	Общие, но не структурированные знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болез-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клиниче-	Сформированные систематические знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики	собеседование	тест, собеседование

	возраста ребенка и исходного состояния здоровья	ней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья	ской симптоматики болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья	болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья		
Уметь	Частично освоенное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	Сформированное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	Успешное и систематическое применение навыков проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными	прием практических навыков	прием практических навыков
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза						
ИД ОПК 4.8. Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)						

Знать	Фрагментарные знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья, Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Общие, но не структурированные знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья, Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья, Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Сформированные систематические знания этиологии и патогенеза болезней и состояний у детей, клинической симптоматики болезней и состояний с учетом возраста ребенка и исходного состояния здоровья, Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	Сформированное умение оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания медицинской помощи детям, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных обследований пациента	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков постановки	В целом успешное, но не систематическое	В целом успешное, но содержащее отдельные	Успешное и систематическое применение навыков	прим прак-	прим прак-

	диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ческое применение навыков постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	пробелы применение навыков постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	постановки диагноза в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	тических навыков	тических навыков
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач						
ИД ОПК 5.6. Использует современные методы функциональной диагностики, интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики для оценки морфофункциональных и физиологических состояний, патологических процессов в организме человека						
Знать	Фрагментарные знания	Общие, но не структурированные знания современных методов функциональной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов функциональной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов	Сформированные систематические знания современных методов функциональной диагностики, лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов	себе-седование	тест, себе-седование
Уметь	Частично освоенное умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и ин-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать необходимость и объем	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение обосновывать необходимость и	Сформированное умение обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструменталь-	решение ситуационных задач, учебная	решение ситуационных задач

	струментального обследования пациента; анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований	лабораторного и инструментального обследования пациента; анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований	объем лабораторного и инструментального обследования пациента; анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований	ного обследования пациента; анализировать и интерпретировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований	история болезни	
Владеть	Фрагментарное применение навыков направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое применение навыков направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое применение направления пациента на лабораторное и инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	прим практических навыков	прим практических навыков

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.1 Разрабатывает план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания принципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания принципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	Сформированные систематические знания принципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), по-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекоменда-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекоменда-	Сформированное умение составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекоменда-	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач

	рядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	зания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
Владеть	Фрагментарное применение навыков разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое применение навыков разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое применение навыков разработки плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	прием	прием
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.2 Применяет план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания принципов и правил оказа-	Общие, но не структурированные знания принципов и правил	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания прин-	собеседование	тест, собеседование

	<p>ния медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи</p>	<p>оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи</p>	<p>принципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи</p>	<p>ципов и правил оказания медицинской помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов оказания медицинской помощи</p>		
Уметь	<p>Частично освоенное умение обосновывать план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение обосновывать план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение обосновывать план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Сформированное умение обосновывать план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания и в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>решение ситуационных задач, учебная история болезни</p>	<p>решение ситуационных задач</p>

Владеть	Фрагментарное применение навыков плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но не систематическое применение навыков плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Успешное и систематическое применение навыков плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	прием	прием
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.3. Назначает лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания современных методов медикаментозной терапии и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезней и состояний у детей в соответствии	Общие, но не структурированные знания современных методов медикаментозной терапии и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болез-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов медикаментозной терапии и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической кар-	Сформированные систематические знания современных методов медикаментозной терапии и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической кар-	собеседование	тест, собеседование

	с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	тины болезней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	ней и состояний у детей в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначать медикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной терапии, назначенной ре-	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать медикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной те-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать медикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной те-	Сформированное умение назначать медикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению медикаментозной те-	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач

	бенку врачами-специалистами	рапии, назначенной ребенку врачам-специалистами	рапии, назначенной ребенку врачам-специалистами	бенку врачами-специалистами		
Владеть	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи с назначением медикаментозной терапии и диетотерапии ребенку	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оказания медицинской помощи с назначением медикаментозной терапии и диетотерапии ребенку	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оказания медицинской помощи с назначением медикаментозной терапии и диетотерапии ребенку	Успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи с назначением медикаментозной терапии и диетотерапии ребенку	прием	прием
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.4. Назначает немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания современных методов немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с уче-	Общие, но не структурированные знания современных методов немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской по-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных методов немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам ока-	Сформированные систематические знания современных методов немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам ока-	собеседование	тест, собеседование

	том стандар- тов медицин- ской помощи	мощи с уче- том стандар- тов медицин- ской помощи	зания меди- цинской по- мощи с уче- том стандар- тов медицин- ской помощи	мощи с уче- том стандар- тов медицин- ской помощи		
Уметь	Частично освоенное умение назначать немедикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать немедикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать немедикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами	Сформированное умение назначать немедикаментозную терапию и диетотерапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, выполнять рекомендации по назначению немедикаментозной терапии, назначенной ребенку врачами-специалистами	реше- ние ситуа- цион- ных задач, учеб- ная исто- рия бо- лезни	реше- ние ситуа- цион- ных задач
Владеть	Фрагментарное применение навыков оказания медицинской помощи с назна-	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оказания медицинской	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение	Успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской по-	прие- м прак- тиче- ских навы- ков	прие- м прак- тиче- ских навы- ков

	чением немедикаментозной терапии ребенку	помощи с назначением немедикаментозной терапии ребенку	навыков оказания медицинской помощи с назначением немедикаментозной терапии ребенку	мощи с назначением немедикаментозной терапии ребенку		
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности						
ИД ОПК 7.5. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения						
Знать	Фрагментарные знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением	Общие, но не структурированные знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением	Сформированные систематические знания механизмов действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением	собеседование	тест, собеседование
Уметь	Частично освоенное умение анализировать действие лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение анализировать действие лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения по совокупности их фармакологического	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение анализировать действие лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения по совокупности их фармакологического	Сформированное умение анализировать действие лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости	решение ситуационных задач, учебная история болезни	решение ситуационных задач

	от возраста ребенка	воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка	воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка	от возраста ребенка		
Владеть	Фрагментарное применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения у детей	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения у детей	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения у детей	Успешное и систематическое применение навыков оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения у детей	прием	прием

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

<i>Код компетенции</i>	<i>Комплект заданий для оценки сформированности компетенций</i>
ОПК-4	<p>Примерные вопросы к экзамену (с №1 по №13 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Естественное вскармливание: определение, преимущества, требования, методы стимуляции. 2. Состав молозива и переходного женского молока. Значение молозива в питании новорожденных. Первое прикладывание к груди. Противопоказания к грудному вскармливанию. Принципы успешного вскармливания в родильном доме. 3. Прикорм. Готовность ребенка к введению прикорма. Правила введения прикорма. Основная схема введения прикормов. 4. Смешанное вскармливание. Показания к переводу на смешанное вскармливание. Докорм. Правила его введения. 5. Искусственное вскармливание. Показания для перевода на искусственное вскармливание, основные правила. Оценка достаточности питания. 6. Адаптированные смеси, используемые для питания детей первого года жизни. Классификация адаптированных смесей, характеристика их свойств. 7. Питание детей старше одного года. 8. Режим и диета беременной и кормящей женщины. Становление лактации и факторы, на нее влияющие. Лактационные кризы. 9. Гипогалактия, методы ее предупреждения. Лечение гипогалактии. 10. Физическое развитие ребенка. Оценка физического развития ребенка. 11. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Группы здоровья. 12. Оценка нервно-психического развития детей. Влияние среды, режима и воспитания. Группы нервно-психического развития. 13. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Основные рефлексы новорожденного. <p>Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №1 по №18 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Понятие физического развития. Факторы, влияющие на физическое развитие. 2. Методы оценки физического развития детей. 3. Антропометрия – взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы. 4. Изменение массы тела, длины тела, окружностей головы и грудной клетки у детей. 5. Формулы для расчета массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей. 6. Опорные точки массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей. 7. Центильный метод оценки физического развития детей. 8. Основные индексы, используемые для оценки физического развития. 9. Назовите критерии оценки состояния здоровья детей? 10. Какие факторы риска выделяют при оценке биологического анамнеза? 11. Дайте определение физического развития. 12. Назовите методы оценки физического развития. 13. Укажите порядок определения физического развития. 14. Какие физиометрические показатели используются при оценке физического развития? 15. Назовите соматоскопические показатели оценки физического развития. 16. Как оценивается форма позвоночника? 17. Какие основные индексы, используемые для оценки физического развития, Вы знаете? Как они рассчитываются? 18. Что такое «биологический возраст»?
	<p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</p> <p>1 уровень:</p> <p>№1</p> <p>Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> 22- 37 недель 2 <input type="radio"/> 28-37 недель 3 <input type="radio"/> 36-40 недель 4 <input checked="" type="radio"/> 37-42 недели 5 <input type="radio"/> более 42 недель <p>№2</p> <p>Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> катаболическую направленность белкового обмена 2 <input checked="" type="radio"/> катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию 3 <input type="radio"/> метаболический ацидоз, гипогликемию <p>№3</p> <p>Сразу после рождения температура тела новорожденного:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> не изменяется 2 <input checked="" type="radio"/> понижается 3 <input type="radio"/> повышается <p>№4</p> <p>Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input checked="" type="radio"/> 5-8% 2 <input type="radio"/> 10-12% 3 <input type="radio"/> более 12% <p>№5</p> <p>Физиологическая потеря массы у доношенных новорожденных характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input checked="" type="checkbox"/> Дефицитом массы не более 6% от исходной 2 <input type="checkbox"/> Восстановлением исходной массы тела к 14-му дню жизни

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций														
	<p>3 <input checked="" type="checkbox"/> Развитием в первые трое суток жизни</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Меньшей потерей массы при искусственном вскармливании</p> <p>№6</p> <p>Доношенный новорожденный в возрасте 10 дней в норме должен иметь:</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> Мышечный гипертонус в сгибателях</p> <p>2 <input type="radio"/> Мышечную дистонию</p> <p>3 <input type="radio"/> Гипотонию в руках и гипертонус в ногах</p> <p>4 <input type="radio"/> Гипотонию в руках и гипертонус в ногах</p> <p>5 <input type="radio"/> Мышечный гипертонус в группе разгибателей</p> <p>6 <input type="radio"/> Ни одно из вышеназванного</p> <p>№7</p> <p>Гормональный криз после рождения отмечается у:</p> <p>1 <input type="radio"/> мальчиков</p> <p>2 <input type="radio"/> девочек</p> <p>3 <input checked="" type="radio"/> мальчиков и девочек</p> <p>№8</p> <p>Прогноз новорожденного с задержкой внутриутробного развития более благоприятный при:</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> гипотрофическом варианте</p> <p>2 <input type="radio"/> гипопластическом варианте</p> <p>2 уровень:</p> <p>№1</p> <p>Укажите правильное соответствие копрологического симптома и патологии, при которой он может встречаться</p> <table data-bbox="335 1321 1508 1825"> <tr> <td>1 (2) стеаторея 1-го типа (наличие нейтрального жира)</td> <td>[1] внешнесекреторная недостаточность печени</td> </tr> <tr> <td>2 (1) стеаторея 2-го типа (наличие желчных кислот, мыл)</td> <td>[2] недостаточность липазы поджелудочной железы</td> </tr> <tr> <td>3 (5) креаторея</td> <td>[3] ускоренный транзит пищевого химуса, обильная растительная пища</td> </tr> <tr> <td>4 (4) амилорея</td> <td>[4] энтериты, панкреатическая недостаточность</td> </tr> <tr> <td>5 (3) лиенторея</td> <td>[5] ферментативная недостаточность желудка и поджелудочной железы, ускоренный транзит пищевого химуса</td> </tr> </table> <p>№2</p> <p>Укажите правильное соответствие возраста ребенка и pH желудочного сока:</p> <table data-bbox="335 1948 1101 2038"> <tr> <td>1 (2) Новорожденный</td> <td>[1] 2,0 – 1,5</td> </tr> <tr> <td>2 (3) Грудной</td> <td>[2] 6,5 – 8,0</td> </tr> </table>	1 (2) стеаторея 1-го типа (наличие нейтрального жира)	[1] внешнесекреторная недостаточность печени	2 (1) стеаторея 2-го типа (наличие желчных кислот, мыл)	[2] недостаточность липазы поджелудочной железы	3 (5) креаторея	[3] ускоренный транзит пищевого химуса, обильная растительная пища	4 (4) амилорея	[4] энтериты, панкреатическая недостаточность	5 (3) лиенторея	[5] ферментативная недостаточность желудка и поджелудочной железы, ускоренный транзит пищевого химуса	1 (2) Новорожденный	[1] 2,0 – 1,5	2 (3) Грудной	[2] 6,5 – 8,0
1 (2) стеаторея 1-го типа (наличие нейтрального жира)	[1] внешнесекреторная недостаточность печени														
2 (1) стеаторея 2-го типа (наличие желчных кислот, мыл)	[2] недостаточность липазы поджелудочной железы														
3 (5) креаторея	[3] ускоренный транзит пищевого химуса, обильная растительная пища														
4 (4) амилорея	[4] энтериты, панкреатическая недостаточность														
5 (3) лиенторея	[5] ферментативная недостаточность желудка и поджелудочной железы, ускоренный транзит пищевого химуса														
1 (2) Новорожденный	[1] 2,0 – 1,5														
2 (3) Грудной	[2] 6,5 – 8,0														

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>3 (1) Со 2 дня жизни [3] 5,8 – 3,8</p> <p>3 уровень:</p> <p style="text-align: center;">Задание 1</p> <p>Мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах. При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, PS 110 в мин, при пальпации живота — болезненность в эпигастральной области.</p> <p>№1</p> <p>Ваш предварительный диагноз</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся кровотечением 2 <input type="radio"/> Гастрит 3 <input type="radio"/> Отравление пищей</p> <p>№2</p> <p>Тактика врача</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> Госпитализация в хирургический стационар 2 <input type="radio"/> Оставить ребенка под наблюдением на дому 3 <input type="radio"/> Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение</p> <p>№3</p> <p>Необходимый объем обследования</p> <p>1 <input checked="" type="checkbox"/> Общий анализ крови 2 <input checked="" type="checkbox"/> Копрограмма 3 <input checked="" type="checkbox"/> ФЭГДС 4 <input type="checkbox"/> Рентгенография</p>
	<p>Примерные ситуационные задачи</p> <p>Задача № 1</p> <p>Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5 - 2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось. Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.</p> <p>Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухое дыхание, большие перерывы в еде.</p> <p>Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилорoduodenальной области. Печень +1см от края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9 /л$; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ -140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гиперемирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.</p> <p>Биопсийный тест на НР: (++).</p> <p>Дыхательный уреазный тест: положительный.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65 x 38 мм (норма 50 x 30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое.</p> <p>Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. 2. Этиопатогенез заболевания. 3. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете? 4. Назначьте диету по Певзнеру. 5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения. 6. Что такое эрадикация НР-инфекции? 7. Какие отягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания? 8. Назовите пути передачи хеликобактерной инфекции. 9. Оцените результаты общего анализа крови. 10. Оцените результаты общего анализа мочи. <p>Задача №2</p> <p>Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30 - 45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышеперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако, обследование и лечение не проводилось.</p> <p>Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.</p> <p>Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова положительный. Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,0 \times 10^9 /л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН-5,7; плотность - 1020; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АЛАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л (норма 70 -140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связ. -3 мкмоль/л.</p> <p>Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка -умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.</p> <p>Диастаза мочи: 32 ед.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь 85 x 37 мм (норма 75 x 30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания. 3. Назовите отягощающие факторы заболевания. 4. Назначьте дополнительные методы исследования. 5. Назначьте лечение данному ребенку. 6. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара. 7. Оцените результаты общего анализа крови и мочи. <p>Примерный перечень практических навыков</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать и оценить анамнез заболевания и жизни.

<i>Код компетенции</i>	<i>Комплект заданий для оценки сформированности компетенций</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 2. Составить генеалогическое дерево и определить наследственную предрасположенность. 3. Провести антропометрию и оценить полученные результаты по эмпирическим формулам и расчетным таблицам (центильным). 4. Оценить половое развитие. 5. Провести оценку нервно-психического развития ребенка и дать заключение по группе НПР. 6. Провести осмотр кожи, определить толщину, эластичность, влажность, температуру, чистоту кожи. 7. Провести и оценить эндотелиальные пробы («жгута», «щипка», «молоточка»). 8. Определить дермографизм. 9. Определить толщину подкожно-жирового слоя, оценить по таблицам (по четырем точкам). 10. Определить тургор тканей. 11. Определить наличие отеков. 12. Провести пальпацию периферических и перкуссию внутригрудных лимфатических узлов. 13. Обследовать глоточного кольца Пирогова-Вальдейера (небные, язычная, носоглоточные миндалины). 14. Провести обследование слизистых рта и глаз. 15. Определить массу, тонус, силу мышц. 16. Оценить состояние родничков, швов. 17. Оценить состояние позвоночника. 18. Определить возраст по количеству зубов. 19. Оценить форму, подвижность и величину суставов. 20. Провести осмотр живота. 21. Провести поверхностную, глубокую, скользящую топографическую пальпацию по Образцову и Стражеско 22. Провести перкуссию живота, определить границы желудка, печени, селезенки и их размеры. 23. Провести аускультацию живота, аускультацию аффрикцию границ желудка. 24. Осмотреть полости рта. 25. Определить симптомы Кера, Дежардена, Мейо-Робсона, Боасса, Опенховского, Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Грекова. 26. Определить частоту дыхания и оценить в соответствии с возрастной нормой. 27. Оценить тип дыхания, эластичность, резистентность грудной клетки. 28. Определить голосовое дрожание. 29. Провести топографическую и сравнительную перкуссию легких. 30. Провести непосредственную перкуссию легких. 31. Определить подвижность легочных краев. 32. Определить характер и звучность дыхания. 33. Выявить признаки дыхательной недостаточности. 34. Оценить симптомы Кораньи, Аркавина, Домбровской, Д'Эспина, «чаши Философова». 35. Оценить пульс (симметричность, частота, ритмичность, наполнение, напряжение пульса, форма пульсовой волны). 36. Определить локализацию, площадь, силу и высоту верхушечного толчка. 37. Провести перкуссия границ относительной тупости – правой, левой и верхней и оценить данные в соответствии с возрастной нормой. 38. Провести аускультацию тонов сердца в классических толчках, над всей поверхностью сердца, экстракардиально. 39. Измерить и оценить артериальное давление на руках и ногах. 40. Провести и оценить функциональные пробы (проба Шалкова). 41. Провести пальпацию почек, мочевого пузыря. 42. Провести перкуссию мочевого пузыря. 43. Определить наличие периферических отеков, асцита, псевдоасцита. 44. Оценить нормальную гемограмму – сопоставление с возрастом ребенка, выделение основных возрастных особенностей. 45. Оценка гемограмм при соматических и гематологических заболеваниях. 46. Оценка коагулограмм, миелограмм. 47. Оценка фракционного желудочного зондирования, Оценка фракционного дуоденального зондирования. 48. Чтение рентгенограммы грудной клетки. 49. Оценка нормальных ЭКГ – сопоставление с возрастом ребенка, выявление основных возрастных особенностей. 50. Оценка анализов мочи, почечных проб (Зимницкого, волдырной, Реберга). 51. Оценка биохимических анализов крови. 52. Оценить копрограмму.

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>53. На основании клинических данных (субъективных, объективных, антропометрических, лабораторных) оценить достаточность питания ребенка.</p> <p>54. Назначить рациональное вскармливание ребенку первого года жизни.</p> <p>Примерное задание к написанию учебной истории болезни</p> <p>Новорожденный при сроке гестации 38-39 нед., родившийся от матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, получивший оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, имеющий массу тела – 3500 г, длину тела – 52 см, массо-ростовой коэффициент – 67 ЕД. Нормальное течение периода адаптации. Ребенок находится на естественном вскармливании. Объективно: кожа нежная, бархатистая на ощупь, эластичная, розовая. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Тонус мышц повышен. Руки согнуты в локтях, ноги прижаты к животу. Движения ножками и ручками хаотичны. Выражены врожденные безусловные рефлексы (сосательный, глотательный и другие рефлексы периода новорожденности). Громкий крик. Достаточная терморегуляция. Правильный ритм дыхания и сердечных сокращений. Отсутствуют расстройства микроциркуляции. Отмечается нормальное функционирование всех органов и систем.</p> <p>Текст истории болезни должен быть представлен в печатном виде, возможен рукописный вариант, при этом текст должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) история болезни должна строго соответствовать плану написания, принятой на кафедре пропедевтика детских болезней; 2) изложение клинических данных должно быть предельно точным, логичным, понятным и последовательным; 3) результаты обследования приводятся в полном объеме; 4) все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены; 5) шрифт текста «Times New Roman», размер шрифта 12 или 14 пунктов, межстрочный интервал – одинарный, поля: верхнее – 2,5 см, нижнее – 3 см, левое – 3 см, правое – 3 см, нумерация страниц – внизу по центру. 6) историю болезни необходимо сдать на проверку преподавателю не менее чем за два занятия до окончания дисциплины, в противном случае оценка может быть снижена; 7) одинаковые истории болезни, подписанные разными кураторами, не принимаются (если один больной курируется двумя и более студентами совпадать могут, только данные анамнеза и обследования, причем последовательность изложения не обязательно должна быть одинаковой). 8) студент, получивший неудовлетворительную оценку за историю болезни, обязан переписать ее с учетом замечаний преподавателя; 9) студент не допускается до курсового экзамена, если история болезни не сдана, или сдана на неудовлетворительную оценку
ОПК-5	<p>Примерные вопросы к экзамену (с №31 по №43 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 31. Лечение гнойно-септических новорожденных. Преемственность терапевтической, акушерско-гинекологической и педиатрической служб. 32. Внутриутробная гипоксия плода. Асфиксия новорожденного. Этиология, патогенез, клинические проявления, основные принципы терапии. 33. Первичная реанимационная помощь новорожденным в родильном зале. 34. Внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, хламидиоз и др.) 35. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Морфологические и функциональные признаки недоношенности. Критерии зрелости. 36. Особенности питания и ухода за новорожденным и недоношенным ребенком. 37. Анатомо-физиологические особенности новорожденного. Первичный туалет новорожденного. 38. Адаптация новорожденных к условиям внеутробной жизни. Пограничные состояния у новорожденных. Уход за новорожденным ребенком. 39. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных. 40. Классификация хронических расстройств питания у детей. Основные формы. Этиология, патогенез, клиника. Принципы терапии. 41. Рахит у детей. Определение. Этиология. Патогенез. Метаболизм витамина Д в организме. 42. Рахит у детей. Классификация. Клиническая картина. Биохимические и рентгенологические данные. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика. 43. Анемии у детей. Классификация. Этиология, клиника, диагностика. <p>Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №214 по №224 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <ol style="list-style-type: none"> 214. Классификация пневмонии. 215. Особенности клиники пневмонии, в зависимости от этиологических факторов. 216. Критерии тяжести пневмонии.

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>217. Особенности клинической картины пневмонии у детей раннего возраста 218. Основные задачи лечения пневмонии. 219. Этиотропное лечение пневмонии. 220. Средства применения в комплексном лечении пневмонии. 221. Профилактика пневмоний у детей Прогноз болезни. 222. Патогенез формирования бронхитов. 223. Клинические проявления бронхитов. 224. Острый бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение.</p>
	<p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации 1 уровень:</p>
	<p>№1</p>
	<p>Доношенным считается новорожденный, родившийся на сроке гестации:</p> <p>1 <input type="radio"/> 22- 37 недель 2 <input type="radio"/> 28-37 недель 3 <input type="radio"/> 36-40 недель 4 <input checked="" type="radio"/> 37-42 недели 5 <input type="radio"/> более 42 недель</p>
	<p>№2</p>
	<p>Транзиторные особенности метаболизма новорожденного включают:</p> <p>1 <input type="radio"/> катаболическую направленность белкового обмена 2 <input checked="" type="radio"/> катаболическую направленность белкового обмена, метаболический ацидоз и гипогликемию 3 <input type="radio"/> метаболический ацидоз, гипогликемию</p>
	<p>№3</p>
	<p>Сразу после рождения температура тела новорожденного:</p> <p>1 <input type="radio"/> не изменяется 2 <input checked="" type="radio"/> понижается 3 <input type="radio"/> повышается</p>
	<p>№4</p>
	<p>Транзиторная потеря первоначальной массы тела новорожденного составляет:</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> 5-8% 2 <input type="radio"/> 10-12% 3 <input type="radio"/> более 12%</p>
	<p>№5</p>
	<p>Физиологическая потеря массы у доношенных новорожденных характеризуется:</p> <p>1 <input checked="" type="checkbox"/> Дефицитом массы не более 6% от исходной 2 <input type="checkbox"/> Восстановлением исходной массы тела к 14-му дню жизни 3 <input checked="" type="checkbox"/> Развитием в первые трое суток жизни 4 <input type="checkbox"/> Меньшей потерей массы при искусственном вскармливании</p>
	<p>2 уровень:</p>
	<p>№1</p>
	<p>Укажите правильное соответствие копрологического симптома и патологии, при которой он может встречаться</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>1 (2) стеаторея 1-го типа (наличие нейтрального жира) [1] внешнесекреторная недостаточность печени</p> <p>2 (1) стеаторея 2-го типа (наличие желчных кислот, мыл) [2] недостаточность липазы поджелудочной железы</p> <p>3 (5) креаторея [3] ускоренный транзит пищевого химуса, обильная растительная пища</p> <p>4 (4) амилорея [4] энтериты, панкреатическая недостаточность</p> <p>5 (3) лиенторея [5] ферментативная недостаточность желудка и поджелудочной железы, ускоренный транзит пищевого химуса</p>
	<p>№2</p> <p>Укажите правильное соответствие возраста ребенка и pH желудочного сока:</p> <p>1 (2) Новорожденный [1] 2,0 – 1,5</p> <p>2 (3) Грудной [2] 6,5 – 8,0</p> <p>3 (1) Со 2 дня жизни [3] 5,8 – 3,8</p>
	<p>3 уровень:</p> <p style="text-align: center;">Задание 1</p> <p>Мальчик, 13 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в эпигастральной области. Перед поступлением в больницу была рвота "кофейной гущей", после чего боли стихли, но появились слабость, сердцебиение, головокружение, шум в ушах. При осмотре: бледность кожных покровов, А/Д снижено, PS 110 в мин, при пальпации живота — болезненность в эпигастральной области.</p>
	<p>№1</p> <p>Ваш предварительный диагноз</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> Язвенная болезнь желудка, осложнившаяся кровотечением</p> <p>2 <input type="radio"/> Гастрит</p> <p>3 <input type="radio"/> Отравление пищей</p>
	<p>№2</p> <p>Тактика врача</p> <p>1 <input checked="" type="radio"/> Госпитализация в хирургический стационар</p> <p>2 <input type="radio"/> Оставить ребенка под наблюдением на дому</p> <p>3 <input type="radio"/> Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение</p>
	<p>№3</p> <p>Необходимый объем обследования</p> <p>1 <input checked="" type="checkbox"/> Общий анализ крови</p> <p>2 <input checked="" type="checkbox"/> Копрограмма</p> <p>3 <input checked="" type="checkbox"/> ФЭГДС</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p data-bbox="343 181 646 219">4 <input type="checkbox"/> Рентгенография</p> <p data-bbox="328 226 746 255">Примерные ситуационные задачи</p> <p data-bbox="424 255 564 284">Задача № 1</p> <p data-bbox="328 286 1520 376">Мальчик 11 лет, предъявляет жалобы на боли в околопупочной области и эпигастрии, появляющиеся через 1,5 - 2 часа после еды, иногда утром натощак. Отрыжка воздухом, тошнота. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 7 лет, однако обследование и лечение никогда не проводилось.</p> <p data-bbox="328 378 1520 436">Ребенок от 1 беременности, роды срочные. Находился на естественном вскармливании до 2 месяцев.</p> <p data-bbox="328 439 1520 497">Аллергические реакции на цитрусовые, морковь, яйца - сыпь. Режим дня не соблюдает, часто отмечается сухоедение, большие перерывы в еде.</p> <p data-bbox="328 499 1520 620">Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледно-розовые, периорбитальный цианоз. Живот не вздут, симптом Менделя (+) в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области. Печень +1 см от края реберной дуги, край мягко-эластичный, безболезненный. Стул регулярный 1 раз в сутки или через день, иногда типа "овечьего".</p> <p data-bbox="328 622 1520 680">Общий анализ крови: НЬ - 132 г/л; Эр - $4,4 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $7,3 \times 10^9 /л$; п/я - 3%, с/я - 47%, л - 38%, э - 4%, м - 8%; СОЭ - 5 мм/час.</p> <p data-bbox="328 683 1520 772">Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, рН - 5,5; прозрачность неполная; плотность - 1019; белок - нет, глюкоза - нет; эп. кл. - единичные в п/з, лейкоциты - 2,3 в п/з, слизь - немного, соли - небольшое количество оксалатов.</p> <p data-bbox="328 775 1520 864">Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, АсАТ - 38 Ед/л, АлАТ - 32 Ед/л, общий билирубин - 18 мкмоль/л, из них связ. - 0; ЩФ - 140 Ед/л (норма 70-142), амилаза - 38 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 3 ед.</p> <p data-bbox="328 866 1520 987">Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается. Слизистая антрального отдела желудка гнездно гипе-ремирована, отечная, содержит слизь, луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не изменены. Взяты два фрагмента биопсии слизистой оболочки антрального отдела на НР.</p> <p data-bbox="424 990 791 1019">Биопсийный тест на НР: (++)</p> <p data-bbox="424 1021 983 1050">Дыхательный уреазный тест: положительный.</p> <p data-bbox="328 1052 1520 1140">УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима ее гомогенная, эхогенность обычная, перипортальные тракты не уплотнены. Желчный пузырь грушевидной формы 65 x 38 мм (норма 50 x 30) с перегибом в области шейки, содержит гетерогенное содержимое.</p> <p data-bbox="424 1142 1382 1171">Поджелудочная железа с ровными контурами, обычной эхогенности, не увеличена.</p> <p data-bbox="424 1173 544 1202">Вопросы:</p> <ol data-bbox="411 1205 1453 1507" style="list-style-type: none"> 1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его. 2. Этиопатогенез заболевания. 3. Какие схемы лечения заболевания Вы знаете? 4. Назначьте диету по Певзнеру. 5. Назначьте лечение данному больному, укажите принципы диспансерного наблюдения. 6. Что такое эрадикация НР-инфекции? 7. Какиеотягощающие моменты можно выделить в течении данного заболевания? 8. Назовите пути передачи хеликобактерной инфекции. 9. Оцените результаты общего анализа крови. 10. Оцените результаты общего анализа мочи. <p data-bbox="424 1538 560 1568">Задача №2</p> <p data-bbox="328 1570 1520 1691">Девочка 12 лет, предъявляет жалобы на боли в животе тупые, ноющего характера, возникающие через 30 - 45 минут после приема пищи, а также слабость, быструю утомляемость, частые головные боли. Впервые вышперечисленные жалобы появились 6 месяцев назад, однако, обследование и лечение не проводилось.</p> <p data-bbox="328 1693 1520 1783">Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, срочных родов. С 10 лет находится на диспансерном учете у невропатолога по поводу вегетососудистой дистонии. Мать - 40 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отец - 42 года, хронический гастродуоденит.</p> <p data-bbox="328 1785 1520 1964">Осмотр: рост 137 см, масса 31 кг. Кожные покровы бледные, умеренной влажности. Живот не увеличен. При поверхностной и глубокой пальпации в правом подреберье отмечается напряжение мышц и болезненность, а также болезненность в эпигастрии. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см., край печени мягкий, эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера - Грекова положительный. Со стороны легких и сердца без патологии. Стул регулярный, оформленный, иногда осветленный.</p> <p data-bbox="328 1966 1520 2024">Общий анализ крови: НЬ - 130 г/л, Ц.п. - 0,93, Эр - $4,6 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,0 \times 10^9 /л$; п/я - 2%, с/я - 66%, э - 2%, л - 25%, м - 5%, СОЭ - 7 мм/час.</p> <p data-bbox="424 2027 1520 2056">Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачная; рН-5,7; плотность - 1020; белок - нет;</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>сахар - нет; эп. кл. - небольшое количество, Л 1-2 в п/з, Эр - 0-1 в п/з; слизь - немного, солей нет, бактерий нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 79 г/л, АлАТ - 30 Ед/л, АсАТ - 40 Ед/л, ЩФ - 150 Ед/л (норма 70 -140), амилаза - 78 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 17 мкмоль/л, из них связ. -3 мкмоль/л.</p> <p>Копрограмма: цвет - коричневый, оформленный, рН - 7,3; мышечные волокна - в небольшом количестве; крахмал внутриклеточный - немного; йодофильная флора - незначительное количество; растительная клетчатка - умеренное количество; слизь - немного, лейкоциты - 1-2 в п/з.</p> <p>Диастаза мочи: 32 ед.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень - контуры ровные, паренхима гомогенная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, порталная вена не изменена. Желчный пузырь 85 x 37 мм (норма 75 x 30), стенки не утолщены. Холедох до 3,5 мм (норма 4), стенки не утолщены. После желчегонного завтрака - желчный пузырь сократился на 10%.</p> <p>Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его. 2. Назовите этиопатогенетические причины возникновения данного заболевания. 3. Назовите отягощающие факторы заболевания. 4. Назначьте дополнительные методы исследования. 5. Назначьте лечение данному ребенку. 6. Тактика наблюдения за больным после выписки из стационара. 7. Оцените результаты общего анализа крови и мочи.
	<p>Примерный перечень практических навыков</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести антропометрию и оценить полученные результаты по эмпирическим формулам и расчетным таблицам (центильным). 2. Провести оценку нервно-психического развития ребенка и дать заключение по группе НПР. 3. Оценить пульс (симметричность, частота, ритмичность, наполнение, напряжение пульса, форма пульсовой волны). 4. Определить локализацию, площадь, силу и высоту верхушечного толчка. 5. Измерить и оценить артериальное давление на руках и ногах. 6. Провести и оценить функциональные пробы (проба Шалкова). 7. Оценить нормальную гемограмму – сопоставление с возрастом ребенка, выделение основных возрастных особенностей. 8. Оценка гемограмм при соматических и гематологических заболеваниях. 9. Оценка коагулограмм, миелограмм. 10. Оценка фракционного желудочного зондирования, Оценка фракционного дуоденального зондирования. 11. Чтение рентгенограммы грудной клетки. 12. Оценка нормальных ЭКГ – сопоставление с возрастом ребенка, выявление основных возрастных особенностей. 13. Оценка анализов мочи, почечных проб (Зимницкого, волдырной, Реберга). 14. Оценка биохимических анализов крови. 15. Оценить копрограмму. 16. На основании клинических данных (субъективных, объективных, антропометрических, лабораторных) оценить достаточность питания ребенка. 17. Назначить рациональное вскармливание ребенку первого года жизни.
	<p>Примерное задание к написанию учебной истории болезни</p> <p>Новорожденный при сроке гестации 38-39 нед., родившийся от матери, не имевшей осложнений во время беременности и родов, получивший оценку по шкале Апгар 8-10 баллов, имеющий массу тела – 3500 г, длину тела – 52 см, массо-ростовой коэффициент – 67 ЕД. Нормальное течение периода адаптации. Ребенок находится на естественном вскармливании. Объективно: кожа нежная, бархатистая на ощупь, эластичная, розовая. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Тонус мышц повышен. Руки согнуты в локтях, ноги прижаты к животу. Движения ножками и ручками хаотичны. Выражены врожденные безусловные рефлексы (сосательный, глотательный и другие рефлексы периода новорожденности). Громкий крик. Достаточная терморегуляция. Правильный ритм дыхания и сердечных сокращений. Отсутствуют расстройства микроциркуляции. Отмечается нормальное функционирование всех органов и систем.</p> <p>Текст истории болезни должен быть представлен в печатном виде, возможен рукописный вариант, при этом текст должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) история болезни должна строго соответствовать плану написания, принятой на кафедре пропедевтика детских болезней;

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>2) изложение клинических данных должно быть предельно точным, логичным, понятным и последовательным;</p> <p>3) результаты обследования приводятся в полном объеме;</p> <p>4) все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены;</p> <p>5) шрифт текста «Times New Roman», размер шрифта 12 или 14 пунктов, межстрочный интервал – одинарный, поля: верхнее –2,5 см, нижнее –3 см, левое –3 см, правое –3 см, нумерация страниц – внизу по центру.</p> <p>6) историю болезни необходимо сдать на проверку преподавателю не менее чем за два занятия до окончания дисциплины, в противном случае оценка может быть снижена;</p> <p>7) одинаковые истории болезни, подписанные разными кураторами, не принимаются (если одной курируется двумя и более студентами совпадать могут, только данные анамнеза и обследования, причем последовательность изложения не обязательно должна быть одинаковой).</p> <p>8) студент, получивший неудовлетворительную оценку за историю болезни, обязан переписать ее с учетом замечаний преподавателя;</p> <p>9) студент не допускается до курсового экзамена, если история болезни не сдана, или сдана на неудовлетворительную оценку</p>
ОПК-7	<p>Примерные вопросы к экзамену (с №57 по №67 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <p>57. Бронхиальная астма. Предрасполагающие факторы в развитии бронхиальной астмы у детей. Бронхиальная астма у детей до 5 лет. Этиология, патогенез, классификация, Клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.</p> <p>58. Бронхиальная астма у детей после 5 лет. Этиология, патогенез, классификация, Клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика</p> <p>59. Острый приступ бронхиальной астмы. Классификация. Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе. Астматический статус.</p> <p>60. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Лечение. Профилактика.</p> <p>61. Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины системной формы у детей. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.</p> <p>62. Ювенильный ревматоидный артрит. Олиго-полиуставные формы. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация. Прогноз.</p> <p>63. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей. Критерии диагностики системной красной волчанки, дерматомиозита, склеродермии. Патогенез. Принципы лечения. Профилактика.</p> <p>64. Геморрагический васкулит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.</p> <p>65. Системные васкулиты (Кавасаки, узелковый периартериит) Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.</p> <p>66. Врожденные пороки сердца у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Фазы адаптации.</p> <p>67. Неревматические кардиты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы лечения.</p> <p>Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля (с №230 по №247 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))</p> <p>230. Антибактериальная терапия при остром и хроническом пиелонефрите. Значение определения чувствительности возбудителя пиелонефрита к антибактериальным препаратам.</p> <p>231. Санаторно-курортное лечение больных пиелонефритом.</p> <p>232. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим пиелонефритом.</p> <p>233. Гломерулонефриты у детей. Классификация. Клинико-лабораторные синдромы.</p> <p>234. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез.</p> <p>235. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Клинико-лабораторные проявления. Диагностика.</p> <p>236. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Лечение, неотложная помощь при артериальной гипертензии.</p> <p>237. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозного хронического гломерулонефрита.</p> <p>238. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозно-пролиферативного хронического гломерулонефрита.</p> <p>239. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мезангиопролиферативного хронического гломерулонефрита.</p> <p>240. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения фокально-сегментарного гломерулосклероза.</p> <p>241. Нефротический синдром (липоидный нефроз).</p> <p>242. Осложнения хронического гломерулонефрита у детей.</p>

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>243. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (экстракапиллярный с полулуниями). Морфологические и клинические особенности, течение, диагностика, неотложная помощь и лечение.</p> <p>244. Хронические гломерулонефриты у детей. Классификация, морфологические варианты (мембранный, мембранозно-пролиферативный, мезангио-пролиферативный, фокально-сегментарный гломерулосклероз). Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения. Нефротический синдром (липидный нефроз). Осложнения хронического гломерулонефрита.</p> <p>245. ОПН у детей. Этиология. Патогенез.</p> <p>246. Клиника и фазы развития ОПН у детей.</p> <p>247. Лечение ОПН у детей. Показания к гемодиализу.</p>
	<p>Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации</p> <p>I уровень:</p> <p>№1</p> <p>Принципами терапии новорожденных с задержкой внутриутробного развития являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input checked="" type="radio"/> рациональное грудное вскармливание 2 <input type="radio"/> коррекция сердечной деятельности 3 <input type="radio"/> антибактериальная терапия 4 <input type="radio"/> инсулинотерапия <p>№2</p> <p>Гемолитическая болезнь новорожденного характеризуется:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> незрелостью глюкуронилтрансферазы печени 2 <input checked="" type="radio"/> изоиммунной гемолитической анемией 3 <input type="radio"/> гемоглобинопатией 4 <input type="radio"/> внутриутробной инфекцией <p>№3</p> <p>Более тяжелое течение гемолитической болезни новорожденного отмечается при несовместимости крови матери и плода по:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input checked="" type="radio"/> резус-фактору 2 <input type="radio"/> группе крови <p>№4</p> <p>Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по резус-фактору используют эритроцитарную массу:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> 0 (I) Rh-положительную 2 <input type="radio"/> 0 (I) Rh-отрицательную 3 <input type="radio"/> группы крови ребенка Rh-положительную 4 <input checked="" type="radio"/> группы крови ребенка Rh-отрицательную <p>№5</p> <p>Для проведения заменного переливания крови при гемолитической болезни новорожденного по АВО-системе используют:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 <input type="radio"/> эритроцитарную массу 0(1) и плазму 0(1) 2 <input type="radio"/> эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму 0(1) 3 <input checked="" type="radio"/> эритроцитарную массу 0(1) и плазму АВ(IV)

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций																				
	<p>4 <input type="radio"/> эритроцитарную массу группы крови ребенка и плазму АВ(1У)</p> <p>2 уровень:</p> <p>№1</p> <p>К каждому лекарственному средству подберите наиболее подходящий механизм действия</p> <table border="0"> <tr> <td>1 (2) Ранитидин</td> <td>[1] Ингибирует Н+К+ -АТФ-азу</td> </tr> <tr> <td>2 (1) Лансопрозол</td> <td>[2] Блокирует Н-2 гистаминовые рецепторы</td> </tr> <tr> <td>3 (5) Пирензепин</td> <td>[3] Стимулирует выработку гликопротеинов желудочной слизи</td> </tr> <tr> <td>4 (4) Домперидон</td> <td>[4] Блокирует периферические допаминовые рецепторы</td> </tr> <tr> <td>5 (3) Мизопростол</td> <td>[5] Блокирует М-холинорецепторы</td> </tr> </table> <p>№2</p> <p>Для каждого больного выберите наиболее подходящие лекарственные препараты</p> <table border="0"> <tr> <td>1 (1) Больной 16 лет. Диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки.</td> <td>[1] Эзомепразол + кларитромицин + амоксициллин</td> </tr> <tr> <td>2 (4) Больная 10 лет. Диагноз: ГЭРБ,эзофагит 1 степени</td> <td>[2] Гастроцепин + кларитромицин + метронидазол</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[3] Де-нол +альмагель + кларитромицин</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[4] Эзомепразол + тримебутин + гевискон</td> </tr> <tr> <td></td> <td>[5] Фамотидин + альмагель + кларитромицин</td> </tr> </table> <p>3 уровень:</p> <p style="text-align: center;">Задание 3</p> <p>На приеме ребенок 2-х мес. Его мать отмечает, что у малыша в последние две недели значительно сократился интервал между кормлениями, ребенок постоянно беспокоится. Ребенок на грудном вскармливании. За последний месяц поправился на 400,0 г и в настоящий момент весит 4200 г. Масса тела при рождении 3400 г. При контрольном взвешивании высасывает 100 мл грудного молока. При осмотре: бледность кожных покровов, уменьшение подкожно-жирового слоя на туловище, снижение эластичности кожи и тургор мягких тканей.</p> <p>№1</p> <p>Ваш предположительный диагноз</p> <p>1 <input type="radio"/> Анемия</p> <p>2 <input checked="" type="radio"/> Гипотрофия 1 степени</p> <p>3 <input type="radio"/> Гипотрофия 2 степени</p> <p>№2</p> <p>Тактика участкового педиатра</p>	1 (2) Ранитидин	[1] Ингибирует Н+К+ -АТФ-азу	2 (1) Лансопрозол	[2] Блокирует Н-2 гистаминовые рецепторы	3 (5) Пирензепин	[3] Стимулирует выработку гликопротеинов желудочной слизи	4 (4) Домперидон	[4] Блокирует периферические допаминовые рецепторы	5 (3) Мизопростол	[5] Блокирует М-холинорецепторы	1 (1) Больной 16 лет. Диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки.	[1] Эзомепразол + кларитромицин + амоксициллин	2 (4) Больная 10 лет. Диагноз: ГЭРБ,эзофагит 1 степени	[2] Гастроцепин + кларитромицин + метронидазол		[3] Де-нол +альмагель + кларитромицин		[4] Эзомепразол + тримебутин + гевискон		[5] Фамотидин + альмагель + кларитромицин
1 (2) Ранитидин	[1] Ингибирует Н+К+ -АТФ-азу																				
2 (1) Лансопрозол	[2] Блокирует Н-2 гистаминовые рецепторы																				
3 (5) Пирензепин	[3] Стимулирует выработку гликопротеинов желудочной слизи																				
4 (4) Домперидон	[4] Блокирует периферические допаминовые рецепторы																				
5 (3) Мизопростол	[5] Блокирует М-холинорецепторы																				
1 (1) Больной 16 лет. Диагноз: Язвенная болезнь 12 перстной кишки.	[1] Эзомепразол + кларитромицин + амоксициллин																				
2 (4) Больная 10 лет. Диагноз: ГЭРБ,эзофагит 1 степени	[2] Гастроцепин + кларитромицин + метронидазол																				
	[3] Де-нол +альмагель + кларитромицин																				
	[4] Эзомепразол + тримебутин + гевискон																				
	[5] Фамотидин + альмагель + кларитромицин																				

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>1 <input checked="" type="checkbox"/> Провести расчет питания ребенку</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Назначить препараты железа</p> <p>3 <input checked="" type="checkbox"/> Провести лечение гипогалактии маме</p>
	<p>Примерные ситуационные задачи</p> <p>ЗАДАЧА № 1 Катя М., 7 месяцев, больна 5 дней. Все дни лихорадит. Насморк с обильным отделением слизи. Кашель три дня был сухой, грубый, затем стал влажным. На третий день болезни на лице появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь. На следующий день сыпь распространилась на туловище. В контакте с инфекционными больными не была. Привита по возрасту. При осмотре на шестой день болезни: состояние тяжелое, температура 39,2°C, одышка. Лицо одутловатое, веки пастозные, выражен конъюнктивит. Обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. Влажный кашель. На коже лица, туловища и конечностей обильная крупная пятнисто-папулезная сыпь, фон кожи не изменен. Ротоглотка: умеренно гиперемированы миндалины, нёбные дужки. Слизистая щек гиперемирована, шероховата. В легких жесткое дыхание, сухие и мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии легких укорочение перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки. ЧД - 52 в 1ф. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 148 в 1ф. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформлен. Дизурии нет.</p> <p>В семье еще один ребенок, который посещает детский сад. 1. ОАК: Нб - 130 г/л; эр. - $3 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,87; Le. - $7 \times 10^9/л$; п/я - 5%; с/я - 42%; л. - 49%; м. - 4%; СОЭ - 20 мм/час. 2. Мазок из ротоглотки (метод ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы (-). Контрольные вопросы: Ваш диагноз? На основании каких клинических симптомов Вы его поставили? Дифференциальный диагноз. Назначьте обследование. Лечение. Какие противоэпидемические мероприятия надо провести в детском саду?</p> <p>ЗАДАЧА № 2 Катя М., 7 месяцев, больна 5 дней. Все дни лихорадит. Насморк с обильным отделением слизи. Кашель три дня был сухой, грубый, затем стал влажным. На третий день болезни на лице появилась розовая пятнисто-папулезная сыпь. На следующий день сыпь распространилась на туловище. В контакте с инфекционными больными не была. Привита по возрасту. При осмотре на шестой день болезни: состояние тяжелое, температура 39,2°C, одышка. Лицо одутловатое, веки пастозные, выражен конъюнктивит. Обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. Влажный кашель. На коже лица, туловища и конечностей обильная крупная пятнисто-папулезная сыпь, фон кожи не изменен. Ротоглотка: умеренно гиперемированы миндалины, нёбные дужки. Слизистая щек гиперемирована, шероховата. В легких жесткое дыхание, сухие и мелкопузырчатые хрипы. При перкуссии легких укорочение перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки. ЧД - 52 в 1ф. Тоны сердца ритмичные, тахикардия до 148 в 1ф. Живот мягкий, безболезненный. Стул оформлен. Дизурии нет.</p> <p>В семье еще один ребенок, который посещает детский сад. 1. ОАК: Нб - 130 г/л; эр. - $3 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,87; Le. - $7 \times 10^9/л$; п/я - 5%; с/я - 42%; л. - 49%; м. - 4%; СОЭ - 20 мм/час. 2. Мазок из ротоглотки (метод ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы (-). Контрольные вопросы: Ваш диагноз? На основании каких клинических симптомов Вы его поставили? Дифференциальный диагноз. Назначьте обследование. Лечение. Какие противоэпидемические мероприятия надо провести в детском саду?</p>
	<p>Примерный перечень практических навыков</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать и оценить анамнез заболевания и жизни. 2. Составить генеалогическое дерево и определить наследственную предрасположенность. 3. Провести антропометрию и оценить полученные результаты по эмпирическим формулам и расчетным таблицам (центильным). 4. Оценить половое развитие.

<i>Код компетенции</i>	<i>Комплект заданий для оценки сформированности компетенций</i>
	<ol style="list-style-type: none"> 5. Провести оценку нервно-психического развития ребенка и дать заключение по группе НПР. 6. Провести осмотр кожи, определить толщину, эластичность, влажность, температуру, чистоту кожи. 7. Провести и оценить эндотелиальные пробы («жгута», «щипка», «молоточка»). 8. Определить дермографизм. 9. Определить толщину подкожно-жирового слоя, оценить по таблицам (по четырем точкам). 10. Определить тургор тканей. 11. Определить наличие отеков. 12. Провести пальпацию периферических и перкуссию внутригрудных лимфатических узлов. 13. Обследовать глоточного кольца Пирогова-Вальдейера (небные, язычная, носоглоточные миндалины). 14. Провести обследование слизистых рта и глаз. 15. Определить массу, тонус, силу мышц. 16. Оценить состояние родничков, швов. 17. Оценить состояние позвоночника. 18. Определить возраст по количеству зубов. 19. Оценить форму, подвижность и величину суставов. 20. Провести осмотр живота. 21. Провести поверхностную, глубокую, скользящую топографическую пальпацию по Образцову и Стражеско 22. Провести перкуссию живота, определить границы желудка, печени, селезенки и их размеры. 23. Провести аускультацию живота, аускультоаффрикцию границ желудка. 24. Осмотреть полости рта. 25. Определить симптомы Кера, Дежардена, Мейо-Робсона, Боасса, Опенховского, Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Грекова. 26. Определить частоту дыхания и оценить в соответствии с возрастной нормой. 27. Оценить тип дыхания, эластичность, резистентность грудной клетки. 28. Определить голосовое дрожание. 29. Провести топографическую и сравнительную перкуссию легких. 30. Провести непосредственную перкуссию легких. 31. Определить подвижность легочных краев. 32. Определить характер и звучность дыхания. 33. Выявить признаки дыхательной недостаточности. 34. Оценить симптомы Кораньи, Аркавина, Домбровской, Д. Эспина , «чаши Философова». 35. Оценить пульс (симметричность, частота, ритмичность, наполнение, напряжение пульса, форма пульсовой волны). 36. Определить локализацию, площадь, силу и высоту верхушечного толчка. 37. Провести перкуссия границ относительной тупости – правой, левой и верхней и оценить данные в соответствии с возрастной нормой. 38. Провести аускультацию тонов сердца в классических толчках, над всей поверхностью сердца, экстракардиально. 39. Измерить и оценить артериальное давление на руках и ногах. 40. Провести и оценить функциональные пробы (проба Шалкова). 41. Провести пальпацию почек, мочевого пузыря. 42. Провести перкуссию мочевого пузыря. 43. Определить наличие периферических отеков, асцита, псевдоасцита. 44. Оценить нормальную гемограмму – сопоставление с возрастом ребенка, выделение основных возрастных особенностей. 45. Оценка гемограмм при соматических и гематологических заболеваниях. 46. Оценка коагулограмм, миелограмм. 47. Оценка фракционного желудочного зондирования, Оценка фракционного дуоденального зондирования. 48. Чтение рентгенограммы грудной клетки. 49. Оценка нормальных ЭКГ – сопоставление с возрастом ребенка, выявление основных возрастных особенностей. 50. Оценка анализов мочи, почечных проб (Зимницкого, волдырной, Реберга). 51. Оценка биохимических анализов крови. 52. Оценить копрограмму. 53. На основании клинических данных (субъективных, объективных, антропометрических, лабораторных) оценить достаточность питания ребенка. 54. Назначить рациональное вскармливание ребенку первого года жизни.

Код компетенции	Комплект заданий для оценки сформированности компетенций
	<p>Примерное задание к написанию учебной истории болезни</p> <p>Девочка 11 лет, больна 1 год. Жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак и ночью, часто возникают через 1,5 - 2 часа после еды, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный.</p> <p>Из анамнеза известно, что у матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца - гастрит, у бабушки по линии матери - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией.</p> <p>При осмотре: кожа бледно-розовая, чистая. Живот: при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии, пилородуоденальной области, симптом Менделя положительн в эпигастрии, болезненность в точке Дежардена и Мейо - Робсона. Печень не увеличена, безболезненна. По другим органам без патологии.</p> <p>Общий анализ крови: НЬ - 128 г/л, Ц.п. - 0,91; Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$; Лейк - $7,2 \times 10^9 /л$, п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозрачный; рН - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-3 в п/з; лейкоциты 2-3 в п/з.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АлАТ - 19 Ед/л, АсАТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. -3 мкмоль/л.</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум - очагово гиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8 × 0,6 см, округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность не изменена, сосудистая сеть не расширена. Желчный пузырь грушевидной формы 55 × 21 мм с перегибом в дне, содержимое его гомогенное, стенки 1 мм. В желудке большое количество гетерогенного содержимого, стенки его утолщены. Поджелудочная железа: головка 21 мм (норма 18), тело 15 мм (норма 15), хвост 22 мм (норма 18), эхогенность головки и хвоста снижена.</p> <p>Дыхательный уреазный тест: положительный. Биопсийный тест на НР-инфекцию: положительный (++).</p> <p>Текст истории болезни должен быть представлен в печатном виде, возможен рукописный вариант, при этом текст должен быть написан аккуратным, четким и разборчивым почерком, без сокращения слов. Должны быть соблюдены следующие требования:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) история болезни должна строго соответствовать плану написания, принятой на кафедре пропедевтика детских болезней; 2) изложение клинических данных должно быть предельно точным, логичным, понятным и последовательным; 3) результаты обследования приводятся в полном объеме; 4) все подзаголовки разделов истории болезни должны быть выделены; 5) шрифт текста «Times New Roman», размер шрифта 12 или 14 пунктов, межстрочный интервал – одинарный, поля: верхнее –2,5 см, нижнее –3 см, левое –3 см, правое –3 см, нумерация страниц – внизу по центру. 6) историю болезни необходимо сдать на проверку преподавателю не менее чем за два занятия до окончания дисциплины, в противном случае оценка может быть снижена; 7) одинаковые истории болезни, подписанные разными кураторами, не принимаются (если один больной курируется двумя и более студентами совпадать могут, только данные анамнеза и обследования, причем последовательность изложения не обязательно должна быть одинаковой). 8) студент, получивший неудовлетворительную оценку за историю болезни, обязан переписать ее с учетом замечаний преподавателя; 9) студент не допускается до курсового экзамена, если история болезни не сдана, или сдана на неудовлетворительную оценку

Критерии оценки экзаменационного собеседования, устного опроса, собеседования текущего контроля:

Оценка «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии,

проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценка «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценка «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки тестовых заданий:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;

«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;

«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;

«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач:

«отлично» - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение, знает фармакологические группы препаратов, механизм действия препаратов, главные противопоказания и побочные эффекты.

«хорошо» - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

«удовлетворительно» - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

«неудовлетворительно» - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить ЭКГ и ФВД; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

Критерии оценки практических навыков для текущего контроля:

«отлично» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений,

«хорошо»– обучающийся обладает теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет,

«удовлетворительно»– обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем,

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

Критерии оценки практических навыков для промежуточной аттестации:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки по написанию учебной истории болезни:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Не сделано заключение по оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов, неправильно интерпретированы лабораторные данные. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

2.2. Примерные вопросы к экзамену:

1. Естественное вскармливание: определение, преимущества, требования, методы стимуляции.

2. Состав молозива и переходного женского молока. Значение молозива в питании новорожденных. Первое прикладывание к груди. Противопоказания к грудному вскармливанию. Принципы успешного вскармливания в родильном доме.
3. Прикорм. Готовность ребенка к введению прикорма. Правила введения прикорма. Основная схема введения прикормов.
4. Смешанное вскармливание. Показания к переводу на смешанное вскармливание. Докорм. Правила его введения.
5. Искусственное вскармливание. Показания для перевода на искусственное вскармливание, основные правила. Оценка достаточности питания.
6. Адаптированные смеси, используемые для питания детей первого года жизни. Классификация адаптированных смесей, характеристика их свойств.
7. Питание детей старше одного года.
8. Режим и диета беременной и кормящей женщины. Становление лактации и факторы, на нее влияющие. Лактационные кризы.
9. Гипогалактия, методы ее предупреждения. Лечение гипогалактии.
10. Физическое развитие ребенка. Оценка физического развития ребенка.
11. Комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Группы здоровья.
12. Оценка нервно-психического развития детей. Влияние среды, режима и воспитания. Группы нервно-психического развития.
13. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Основные рефлексы новорожденного.
14. Иммунопрофилактика в педиатрии. Календарь профилактических прививок. Показания и противопоказания к вакцинации детей.
15. Периоды детского возраста и их характеристика.
16. Организация педиатрической службы. Непрерывное наблюдение за детьми первого года жизни.
17. Анатомо-физиологические особенности дыхательной системы и семиотика поражений.
18. Анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки, лимфатической системы и семиотика поражений
19. Анатомо-физиологические особенности костно-мышечной системы. Сроки и порядок прорезывания зубов у детей. Семиотика поражений опорно-двигательного аппарата.
20. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы и семиотика поражений
21. Особенности детской ЭКГ. Дифференциальная диагностика сердечных шумов.
22. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей и семиотика поражений
23. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы и семиотика поражений.
24. Анатомо-физиологические особенности системы кровотока и семиотика поражений.
25. Гемолитическая болезнь новорожденных. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Диагностика.
26. Гемолитическая болезнь новорожденных. Осложнения. Лечение, прогноз, профилактика. Дифференциальный диагноз желтух новорожденных.
27. Родовая травма. Этиология, клиника, диагностика. Основные принципы лечения.
28. Перинатальное повреждение ЦНС. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
29. Гнойно-септические заболевания новорожденных. Этиология, клиника, лечение. профилактика.
30. Сепсис у новорожденных. Этиология, патогенез, клиничко - лабораторная диагностика. Основные принципы лечения сепсиса у новорожденных.
31. Лечение гнойно-септических новорожденных. Преимущество терапевтической, акушерско-гинекологической и педиатрической служб.
32. Внутриутробная гипоксия плода. Асфиксия новорожденного. Этиология, патогенез, клинические проявления, основные принципы терапии.
33. Первичная реанимационная помощь новорожденным в родильном зале.
34. Внутриутробные инфекции (краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз, хламидиоз и др.)

35. Анатомо-физиологические особенности недоношенного ребенка. Морфологические и функциональные признаки недоношенности. Критерии зрелости.
36. Особенности питания и ухода за новорожденным и недоношенным ребенком.
37. Анатомо-физиологические особенности новорожденного. Первичный туалет новорожденного.
38. Адаптация новорожденных к условиям внеутробной жизни. Пограничные состояния у новорожденных. Уход за новорожденным ребенком.
39. Синдром дыхательных расстройств у новорожденных.
40. Классификация хронических расстройств питания у детей. Основные формы. Этиология, патогенез, клиника. Принципы терапии.
41. Рахит у детей. Определение. Этиология. Патогенез. Метаболизм витамина Д в организме.
42. Рахит у детей. Классификация. Клиническая картина. Биохимические и рентгенологические данные. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Профилактика.
43. Анемии у детей. Классификация. Этиология, клиника, диагностика.
44. Железодефицитная анемия у детей. Этиология. Патогенез. Метаболизм железа в организме. Классификация. Клиническая картина. Основной и дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика анемий у детей.
45. Гипотрофии у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина гипотрофии. Лечение. Профилактика.
46. Бронхиты у детей. Определение. Классификация. Острый бронхит. Этиология. Патогенез. Клиника картина. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
47. Обструктивный бронхит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
48. Бронхиолит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
49. Пневмонии у детей. Определение. Этиология. Патогенез. Критерии диагностики пневмоний у детей. Дифференциальный диагноз. Особенности клинического течения пневмоний у детей раннего возраста. Лечение. Профилактика.
50. Клинико-рентгенологические особенности различных форм пневмоний у детей (в зависимости от этиологии, морфологического варианта).
51. Пищевая аллергия у детей. Определение. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение и профилактика пищевой аллергии у детей.
52. Атопический дерматит у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагноз. Лечение. Особенности диетотерапии и ухода. Профилактика.
53. Атопический дерматит у детей. Дифференциальный диагноз. Лечение. Особенности диетотерапии и ухода. Профилактика.
54. Аллергический ринит. Этиология, патогенез, классификация Клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
55. Крапивница и отек Квинке. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
56. Поллиноз. Этиология, патогенез, Клинические проявления, лечение, профилактика.
57. Бронхиальная астма у детей до 5 лет. Этиология, патогенез, классификация, Клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
58. Бронхиальная астма у детей после 5 лет. Этиология, патогенез, классификация, Клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика
59. Острый приступ бронхиальной астмы. Классификация. Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе. Астматический статус.
60. Острая ревматическая лихорадка у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Осложнения. Лечение. Профилактика.
61. Ювенильный ревматоидный артрит. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины системной формы у детей. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
62. Ювенильный ревматоидный артрит. Олиго-полиуставные формы. Принципы лечения. Профилактика. Диспансеризация. Прогноз.

63. Диффузные заболевания соединительной ткани у детей. Критерии диагностики системной красной волчанки, дерматомиозита, склеродермии. Патогенез. Принципы лечения. Профилактика.
64. Геморрагический васкулит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
65. Системные васкулиты (Кавасаки, узелковый периартериит) Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика.
66. Врожденные пороки сердца у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Фазы адаптации.
67. Неревматические кардиты. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Принципы лечения.
68. Нарушения ритма и проводимости. Этиология. Клиническая картина. Неотложная помощь. Принципы лечения. Профилактика.
69. Острый гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика.
70. Хронический гломерулонефрит. Этиология. Классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения.
71. Пиелонефрит. Классификация, этиология, патогенез, клиника. Особенности течения у детей раннего возраста. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения
72. Острая почечная недостаточность. Этиология. Классификация. Критерии диагностики. Принципы лечения.
73. Хроническая почечная недостаточность. Этиология. Патогенез. Клиника. Критерии диагностики. Принципы лечения.
74. Инфекция мочевых путей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
75. Дискинезии желчевыводящих путей. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
76. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста (младенческие срыгивания, колики синдром руминации, функциональная диарея, запоры). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
77. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей старшего возраста (функциональная диспепсия, синдром раздраженной кишки, функциональный запор) Этиология, клиника, диагностика, лечение
78. Хронический гастрит и хронический гастроудоденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
80. Гастроэзофагальный рефлюкс. Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
81. Хронический колит. Клиника. Диагностика и лечение хронического колита. Дисбиоз кишечника. Причины. Клинические проявления. Лечение. Понятие о пре-пробиотиках.
82. Запоры. Причины запоров. Диагностика и лечение запоров у детей.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля

1. Понятие физического развития. Факторы, влияющие на физическое развитие.
2. Методы оценки физического развития детей.
3. Антропометрия – взвешивание и измерение длины тела, измерение окружностей грудной клетки и головы.
4. Изменение массы тела, длины тела, окружностей головы и грудной клетки у детей.
5. Формулы для расчета массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей.
6. Опорные точки массы тела, длины тела, окружности грудной клетки у детей.
7. Центильный метод оценки физического развития детей.
8. Основные индексы, используемые для оценки физического развития.
9. Назовите критерии оценки состояния здоровья детей?
10. Какие факторы риска выделяют при оценке биологического анамнеза?
11. Дайте определение физического развития.
12. Назовите методы оценки физического развития.

13. Укажите порядок определения физического развития.
14. Какие физиометрические показатели используются при оценке физического развития?
15. Назовите соматоскопические показатели оценки физического развития.
16. Как оценивается форма позвоночника?
17. Какие основные индексы, используемые для оценки физического развития, Вы знаете? Как они рассчитываются?
18. Что такое «биологический возраст»?
19. Какие критерии оценки биологического возраста Вы знаете?
20. Как оценивается половое развитие детей?
21. Какие существуют методы оценки нервно-психического развития детей?
22. Какие линии психомоторного развития оцениваются на 1 году жизни?
23. Какие линии психомоторного развития оцениваются на 2 году жизни?
24. Какие линии психомоторного развития оцениваются на 3 году жизни?
25. Какие группы психомоторного развития выделяют?
26. Как производится оценка психомоторного развития у детей 4-6 лет?
27. Назовите признаки нарушения психомоторного развития на 1 году жизни.
28. Охарактеризуйте этапы развития речи.
29. Что такое «сенсорная речь»?
30. Как определить функциональное состояние организма ребенка?
31. Что такое «резистентность организма»?
32. Как определяется резистентность?
33. Назовите и охарактеризуйте группы здоровья детей.
34. Назовите группы риска у детей первого года жизни.
35. Роль белков, жиров, углеводов, витаминов в питании ребенка.
36. Становление лактации у матери. Этапы.
37. Понятие грудного вскармливания.
38. Преимущества естественного вскармливания.
39. Ближайшие и отдаленные благоприятные последствия грудного вскармливания.
40. Режим и диета беременной женщины.
41. Режим и диета кормящей матери. Что такое «доминанта лактации»?
42. Значение раннего прикладывания новорожденного к груди матери. Что такое «биологический кювез» для новорожденного?
43. Особенности и состав молозива, переходного и зрелого женского молока (физико-химические и биологические свойства грудного молока).
44. Отличие женского молока от коровьего молока. Средний состав ингредиентов женского и коровьего молока (г/л).
45. 10 принципов успешного вскармливания в родильном доме. Дополнительные принципы вскармливания детей к 10 принципам ВОЗ на этапах, последующих за родильным домом.
46. Техника прикладывания к груди.
47. Техника сцеживания.
48. Противопоказания к раннему прикладыванию к груди (со стороны матери и со стороны ребенка).
49. Противопоказания для кормления грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
50. Затруднения, возникающие при кормлении грудью (со стороны матери и со стороны ребенка).
51. Способы расчета объема питания у детей первого года жизни. Режим кормления. Понятие о «свободном вскармливании».
52. Нормы потребления пищевых веществ и энергии у детей на первом году жизни.
53. Критерии достаточности питания.
54. Особенности сбора анамнеза по вскармливанию.
55. Понятие искусственного вскармливания.
56. Коровье молоко, количественный и качественный состав.
57. Что такое адаптация коровьего молока. По каким направлениям она проводится?
58. Классификация смесей, применяемых для искусственного вскармливания.

59. Сравнительная характеристика некоторых адаптированных смесей.
60. Лечебные смеси. Показания к применению.
61. Правила назначения и проведения искусственного вскармливания.
62. Потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах, калориях при искусственном вскармливании.
63. Недостатки искусственного вскармливания.
64. Ошибки при проведении искусственного вскармливания.
65. Стерилизация посуды, используемой для искусственного вскармливания.
66. Вскармливание недоношенных детей. Смеси для недоношенных.
67. Эмбриогенез кожи и ее придатков.
68. Возрастные морфологические и функциональные особенности кожи и ее придатков.
69. Возрастные морфологические и функциональные особенности подкожной жировой
70. клетчатки у детей.
71. Особенности анамнеза у детей с заболеваниями кожи.
72. Методика объективного обследования кожи.
73. Методика объективного обследования подкожной жировой клетчатки у детей.
74. Дополнительные методы исследования кожи и подкожной жировой клетчатки.
75. Семиотика поражений кожи при осмотре (бледность, гиперемия, желтушность, цианоз, нарушения пигментации и целостности кожи).
76. Клинические признаки и степени опрелости.
77. Семиотика изменений кожи при пальпации (нарушения влажности, эластичности и температуры).
78. Морфологические элементы кожи.
79. Патологические изменения кожи (дисплазии, дистрофии, инфекции, микозы) у детей.
80. Патологические изменения кожи (изменения кожи при инфекционных заболеваниях).
81. Патологические изменения кожи (семиотика аллергических поражений кожи).
82. Изменения придатков кожи и видимых слизистых оболочек.
83. Изменения подкожной жировой клетчатки (недостаточное отложение жира, избыточное отложение жира, липоматоз, липодистрофия, уплотнения, отеки).
84. Формирование физиологических изгибов позвоночника. Патологические изгибы позвоночника.
85. Порядок и сроки прорезывания молочных и постоянных зубов у детей. Формула для расчета молочных и постоянных зубов у детей.
86. Значимость оценки состояния родничков для детей раннего возраста.
87. Точки окостенения и сроки их появления.
88. Определение, этиология и патогенез рахита.
89. Функции витамина D. Функции паратормона.
90. Классификация, клиника и диагностика рахита.
91. Дифференциальный диагноз с рахитоподобными заболеваниями.
92. Лечение и профилактика рахита.
93. Дать определение хронических расстройств питания, основные виды.
94. Дать определение гипотрофии и паратрофии. Этиопатогенез.
95. Клинико-диагностические признаки гипотрофии и паратрофии у детей.
96. Принципы лечения гипотрофии и паратрофии.
97. Дать определение аномалиям конституции, перечислить их основные виды.
98. Экссудативно-катаральный диатез: определение, этиопатогенез, клинико-лабораторная характеристика, принципы коррекции и реабилитации детей.
99. Лимфатико-гипопластический диатез: определение, этиопатогенез, клинико-лабораторная характеристика, принципы коррекции и реабилитации детей.
100. Нервно-артритический диатез: определение, этиопатогенез, клинико-лабораторная характеристика, принципы коррекции и реабилитации детей.
101. Внутриутробное кроветворение, основные стадии.
102. Внеутробное кроветворение.

103. Физико-химические свойства крови (общее количество, относительная плотность, вязкость, кислотно-щелочное равновесие).
104. Биохимические свойства крови (белки, липиды, глюкоза, электролиты, ферменты, холестерин, билирубин и др.)
105. Возрастные особенности эритроцитов у детей (размеры, осмотическая резистентность, длительность жизни, цветной показатель, ретикулоциты, нормобласты). Кривая Прайс-Джонса.
106. Возрастные особенности лейкоцитов у детей (их количество, лейкоцитарная формула, 1 и 2 перекресты).
107. Тромбоциты, их количество, длительность кровотечения, время свертывания крови.
108. Особенности свертывающей системы крови у детей. Коагулограмма.
109. Показание к проведению костномозговой пункции. Миелограмма.
110. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями крови.
111. Основные жалобы при поражении крови у детей.
112. Анемии, классификация, этиология, патогенез.
113. Метаболизм железа в организме. Развитие дефицита железа в организме (пренатальный, натальный дефицит железа, железodefицитная анемия).
114. Клинико-гематологическая характеристика легкой, среднетяжелой и тяжелой форм железodefицитной анемии
115. Общие принципы лечения железodefицитной анемии. Составление плана профилактических и лечебных мероприятий. Расчет дозы препаратов железа для перорального и парентерального введения.
116. Гемолитические анемии: этиология, клиника, диагностика, принципы лечения. Наследственный микросфероцитоз.
117. Гемоглобинопатии: причины развития, географическая распространенность, клиника, диагностика, лечения.
118. Органогенез дыхательной системы.
119. Механизм первого вдоха новорожденного.
120. Анатомо-физиологические и функциональные особенности верхних дыхательных путей (нос и носоглоточное пространство, придаточные пазухи носа, глотка).
121. Анатомо-физиологические и функциональные особенности средних и нижних дыхательных путей (гортань, трахея, бронхи, легкие, плевра).
122. Особенности анамнеза у детей с бронхолегочной патологией.
123. Особенности объективного исследования детей при осмотре (цвет кожного покрова, осмотр лица, осмотр грудной клетки).
124. Особенности объективного исследования детей при пальпации (болезненность, голосовое дрожание, резистентность грудной клетки, состояние межреберных промежутков, симптом Филатова).
125. Особенности объективного исследования детей при перкуссии (общие правила и методика перкуссии, сравнительная перкуссия, топографическая перкуссия, ширина полей Кренига, экскурсия легких).
126. Особенности объективного исследования детей при аускультации (правила аускультации, виды нормального дыхания, бронхофония).
127. Функциональные методы исследования дыхательной системы (спирометрия, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия).
128. Инструментальные методы исследования дыхательной системы (рентгено- и радиологические методы, эндоскопические методы, микробиологические методы, аллергологические исследования, определение газового состава крови).
129. Определение пневмонии. Этиология пневмонии.
130. Факторы риска развития пневмонии. Патогенез пневмонии.
131. Морфологические изменения при очаговой пневмонии.
132. Классификация пневмонии.
133. Особенности клиники пневмонии, в зависимости от этиологических факторов.
134. Критерии тяжести пневмонии.
135. Особенности клинической картины пневмонии у детей раннего возраста

136. Основные задачи лечения пневмонии.
137. Этиотропное лечение пневмонии.
138. Средства применения в комплексном лечении пневмонии.
139. Профилактика пневмоний у детей Прогноз болезни.
140. Патогенез формирования бронхитов.
141. Клинические проявления бронхитов.
142. Острый бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение.
143. Обструктивный бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
144. Рецидивирующий бронхит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
145. Бронхиолит этиология, патогенез, клиники, диагностика и лечение
146. Дифференциальный диагноз острого простого и обструктивного бронхита у детей
147. Бронхиолит. Этиология и особенности патогенеза. Дифференциальный диагноз бронхиолита и пневмонии.
148. Анатомо-физиологические и гистологические особенности дыхательной системы детей.
149. Показатели и интерпретация функции внешнего дыхания у детей в различные возрастные периоды
150. Этиологию и факторы, предрасполагающие к развитию тяжелой бронхиальной астмы
151. Диагностику и дифференциальную диагностику тяжелой бронхиальной астмы
152. Лечение и профилактику тяжелой бронхиальной астмы.
153. Бронхиальная астма у детей: определение, распространенность (эпидемиология), качество жизни больного, смертность, возрастная эволюция.
154. Гиперреактивность бронхов.
155. Внешние факторы, способствующие развитию бронхиальной астмы у детей (аллергены, воздушные поллютанты, неаллергические триггерные факторы). Их роль в возникновении приступа у детей.
156. Аллергическое воспаление дыхательных путей при бронхиальной астме у детей. Особенности патогенеза бронхиальной астмы у детей. Синдром бронхиальной обструкции.
157. Классификация бронхиальной астмы у детей.
158. Клиника основных форм бронхиальной астмы у детей. Особенности клиники у детей раннего возраста.
159. Диагностика бронхиальной астмы у детей.
160. Оценка функции внешнего дыхания и особенности методики проведения функциональных методов обследования у детей (спирометрия, пикфлоуметрия).
161. Дифференциальная диагностика БА с другими хроническими заболеваниями легких.
162. Критерии оценки тяжести приступа и тяжести астмы у детей.
163. Терапия острого приступа в зависимости от степени тяжести. Ингаляционная техника у детей.
164. Базисная терапия бронхиальной астмы у детей. Ступенчатый подход к лечению.
165. Первичная и вторичная профилактика бронхиальной астмы у детей. Контроль бронхиальной астмы.
166. Развитие органов пищеварения в эмбриональном периоде. Факторы риска по развитию аномалий развития органов ЖКТ.
167. Какие АФО системы пищеварения у детей, предрасполагают к её поражению и развитию заболеваний?
168. Секреторная и моторная функции ЖКТ у детей в зависимости от возраста.
169. Характер и частота стула у детей различного возраста.
170. Копрограмма и копрологические синдромы.
171. Диагностическое значение копрограммы при заболеваниях органов пищеварения.
172. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях пищеварительной системы у детей.
173. Факторы риска развития заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей?
174. Какие особенности семиотики поражения органов пищеварительной системы у детей Вы знаете?
175. Основные жалобы и синдромы при поражении органов ЖКТ у детей.
176. Причины нарушения аппетита у детей.

177. Диагностическое значение изменения вкуса, изжоги и отрыжки у детей.
178. Тошнота и рвота при заболеваниях пищеварительной системы.
179. Болевой симптом у детей при поражении органов пищеварения.
180. Семиотика изменений стула у детей (запоры, поносы).
181. Нормальная микрофлора ЖКТ у детей. Зависимость ее от вида вскармливания.
182. Методы объективного обследования при поражении органов пищеварения у детей.
183. В чем заключаются особенности объективного обследования детей с заболеваниями пищеварительной системы?
184. Методы лабораторной диагностики заболеваний ЖКТ у детей.
185. Какие функциональные методы исследования органов ЖКТ применяются при обследовании больного ребенка?
186. Оценка данных дуоденального зондирования у детей.
187. Методы исследования кишечного пищеварения и абсорбции.
188. Назовите биохимические методы исследования крови при поражении пищеварительной системы.
189. Инструментальные методы исследования при заболеваниях ЖКТ у детей.
190. Ультразвуковой метод в исследовании поражений ЖКТ. Подготовка больного ребенка к исследованию.
191. Функциональные нарушения органов пищеварительной системы в детском возрасте (ФРЖ, дискинезии желчевыведительных путей, синдром раздраженного кишечника, дискинезии кишечника). Этиология, клинические проявления, дифференциальный диагноз с заболеваниями ЖКТ, коррекция.
192. Дисбактериоз кишечника. Определение. Факторы риска. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
193. Хронический гастрит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
194. Хронический гастродуоденит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
195. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
196. Хронический колит, этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
197. Перинатальная смертность и ее роль в структуре младенческой смертности.
198. Задачи неонатологии на современном этапе.
199. Влияние факторов риска (алкоголя, никотина, наркотиков) на развитие плода и здоровье новорожденного. Роль ЗОЖ в формировании здоровья ребенка.
200. Факторы риска по невынашиванию беременности.
201. Основные понятия и термины, используемые в неонатологии.
202. Организация оказания медицинской помощи новорожденным детям в РФ.
203. Диспансерное наблюдение ребенка в периоде новорожденности.
204. Уход за новорожденным (ежедневный утренний туалет, обработка пупочной ранки, обработка носовых ходов и глаз, купание, пеленание).
205. Грудное вскармливание. Преимущества для матери и ребенка.
206. Состав и биологические свойства грудного молока.
207. Раннее прикладывание к груди в родовом зале. Значение.
208. Способы расчета питания в соответствии с потребностями новорожденного, Способы оценки достаточности питания.
209. Методика проведения контрольного взвешивания.
210. Оценка лактации кормящей матери.
211. Лечение гипогалактии.
212. Какие АФО системы мочеобразования и мочевыделения у детей, предрасполагающие к её поражению и развитию заболеваний.
213. Особенности семиотики поражения органов мочевыведительной системы у детей.

214. Особенности объективного обследования детей с заболеваниями мочевыделительной системы.
215. Особенности сбора анамнеза при заболеваниях мочевыделительной системы.
216. Понятие о рефлюксе.
217. Экстраренальные признаки при заболевании почек у детей.
218. Отличие почечных отеков от сердечных.
219. Ведущая роль микробного агента в возникновении пиелонефрита. Наиболее частые возбудители пиелонефрита у детей. Пути проникновения микроорганизмов в почку.
220. Роль очагов хронической инфекции и сенсibilизации организма (кариозные зубы, хронический тонзиллит, отит, синусит, аденоидит) в развитии пиелонефрита.
221. Особенности мочевого синдрома при пиелонефрите.
222. Классификация острого и хронического пиелонефрита.
223. Клинические проявления острого пиелонефрита в активной стадии, периодах обратного развития и клинико-лабораторной ремиссии.
224. Клинические проявления хронического пиелонефрита в активной стадии, периодах частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии.
225. Рецидивирующее и латентное течение хронического пиелонефрита.
226. Сдвиги гемограмм в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
227. Изменения биохимических показателей функции почек в активной стадии острого и хронического пиелонефрита.
228. Характерные изменения на экскреторных урограммах при хроническом пиелонефрите.
229. Дифференциальный диагноз острого и хронического пиелонефрита с циститом, инфекцией мочевыводящих путей, интерстициальный нефрит, гломерулонефритом.
230. Антибактериальная терапия при остром и хроническом пиелонефрите. Значение определения чувствительности возбудителя пиелонефрита к антибактериальным препаратам.
231. Санаторно-курортное лечение больных пиелонефритом.
232. Диспансерное наблюдение детей с острым и хроническим пиелонефритом.
233. Гломерулонефриты у детей. Классификация. Клинико-лабораторные синдромы.
234. Острый постстрептококковый гломерулонефрит. Этиология. Патогенез.
235. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Клинико-лабораторные проявления. Диагностика.
236. Острый постстрептококковый гломерулонефрит Лечение, неотложная помощь при артериальной гипертензии.
237. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозного хронического гломерулонефрита.
238. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мембранозно-пролиферативного хронического гломерулонефрита.
239. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения мезангиопролиферативного хронического гломерулонефрита.
240. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения фокально-сегментарного гломерулосклероза.
241. Нефротический синдром (липоидный нефроз).
242. Осложнения хронического гломерулонефрита у детей.
243. Быстро прогрессирующий гломерулонефрит (экстракапиллярный с полулуниями). Морфологические и клинические особенности, течение, диагностика, неотложная помощь и лечение.
244. Хронические гломерулонефриты у детей. Классификация, морфологические варианты (мембранозный, мембранозно-пролиферативный, мезангиопролиферативный, фокально-сегментарный гломерулосклероз). Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения. Нефротический синдром (липоидный нефроз). Осложнения хронического гломерулонефрита.
245. ОПН у детей. Этиология. Патогенез.
246. Клиника и фазы развития ОПН у детей.
247. Лечение ОПН у детей. Показания к гемодиализу.
248. Хроническая почечная недостаточность в детском возрасте. Морфологические изменения и патогенез.

249. Парциальная стадия ХПН.
250. Тотальная стадия ХПН.
251. Терминальная стадия ХПН.
252. Клиническая симптоматика основных синдромов ХПН и их терапевтическая коррекция.
253. Хроническая почечная недостаточность. Морфологические изменения и патогенез. Парциальная, тотальная, терминальная стадия ХПН. Клиническая симптоматика основных синдромов ХПН и их терапевтическая коррекция
254. Санаторно-курортное лечение больных.
255. Диспансерное наблюдение детей.
256. Классификация герпесвирусов и их свойства.
257. Звенья эпидемической цепи. Понятия «управляемой» и «неуправляемой» инфекции.
258. Понятия «экзантемы» и «энантемы».
259. Характеристики пятна, папулы, везикулы, буллы, пустулы, корочки.
260. Патоморфологические изменения слизистых полости рта и ротоглотки под воздействием герпетических вирусов разных типов.
261. Какие серологические методы диагностики используются при заболеваниях, вызванных вирусами и в какие сроки.
262. Характеристика HSV, VZV, VEB, вируса ПВИ.
263. Эпидемиология заболеваний, вызванных HSV, VZV, VEB, вирусом ПВИ (источник инфекции, индекс контагиозности, иммунитет, сезонность заболевания, заболеваемость у детей до 1 года, новорожденных, взрослых, летальность).
264. Перечислить периоды болезни и указать их длительность.
265. Дать характеристику типичной клинической формы ветряной оспы, опоясывающего и простого герпеса. Указать причины развития атипичных форм.
266. Указать клинические проявления атипичных форм опоясывающего и простого герпеса.
267. Указать критерии тяжести опоясывающего и простого герпеса.
268. Указать клинические особенности неврологических проявлений при опоясывающем и простом герпесе, ПВИ.
269. Провести дифференциальную диагностику ветряной оспы, опоясывающего простого герпеса с ветряной оспой, с натуральной оспой, ящуроподобной формой энтеровирусной инфекции (по характеристике интоксикации, основному элементу сыпи, наличию сгруппированности элементов, наличию инфильтрации основания основного элемента, фона кожи, излюбленной локализации сыпи, характеру и времени разрешения сыпи, реакции периферических лимфоузлов, наличию болевой симптоматики).
270. Провести дифференциальную диагностику поражения слизистых полости рта при опоясывающем герпесе, ветряной оспе, герпангине и афтозном стоматите. Дифференциальный диагноз ангин, сиалоаденитов
271. Указать критерии постановки диагноза.
272. Указать основные принципы терапии больных:
273. при неосложненном течении типичной формы;
274. при наличии специфических и неспецифических осложнений;
275. при атипичных формах.
276. Дать характеристику противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции.
277. Какие эпидемиологические особенности следует выяснять при подозрении на данные инфекции.
278. Укажите клинические признаки энтеровирусной, коревой, краснушной, скарлатинозной экзантемы, проведите дифференциальный диагноз.
279. Укажите клинические признаки энтеровирусной герпангины, проведите дифференциальный диагноз.
280. Провести дифференциальный диагноз патологических изменений в полости рта и ротоглотки при данных заболеваниях.
281. Какие методы лабораторной диагностики данных заболеваний.
282. Укажите основные принципы терапии указанных заболеваний.

283. Перечислите противоэпидемические мероприятия в очагах энтеровирусной инфекции, кори, краснухи, скарлатины. Какова профилактика данных инфекции.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не прошел процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	30
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	30
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	40

Всего тестовых заданий	50
Итого баллов	100
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень

практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается индивидуальное задание с перечнем практических навыков, требующих проведения у постели больного или на симуляторах. После получения индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции продемонстрировать практические навыки в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины и других факторов.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

3.4. Методика проведения защиты истории болезни

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме защиты истории болезни, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины), оценка способности обучающегося к научно-исследовательской деятельности.

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль), по которой предусмотрено выполнение учебной истории болезни. В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится в соответствии с учебным планом и расписанием учебных занятий.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает в себя основные разделы истории болезни.

Описание проведения процедуры:

Законченную работу студент сдает на кафедру в бумажном виде. Студенты допускаются к защите истории болезни при условии полной проверки работы преподавателем. На титульном листе обязательна пометка преподавателя «Допущен к защите истории болезни» с указанием даты допуска и основных замечаний по истории болезни в конкретной форме.

Защита истории болезни состоит из устного опроса студента по всем разделам представленной работы.

Защита истории болезни проводится в соответствии с расписанием для данной группы.

Каждому студенту на защиту дается 15 минут. При собеседовании на защите студент имеет право пользоваться данными, представленными в истории болезни.

В конце защиты преподаватель выставляет оценку прописью на титульном листе, затем дату и ставит свою подпись.

Результаты процедуры:

Учебная история болезни оценивается по 4-х балльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценка заносится в ведомость и протокол защиты истории болезни.