

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедра детских болезней №1

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

**по дисциплине Госпитальная педиатрия
(Гастроэнтерология)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,
утвержденной 30.03.2022 г.

Владикавказ, 2022

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 6 курса (11,12 семестры) педиатрического факультета
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
по дисциплине Госпитальная педиатрия(Гастроэнтерология)

Составители:

Зав.каф. дет бол
№1,проф.



Т.Т. Бораева

Доцент каф.



А.Б.Ревазова

Рецензенты:

Зам глав. врача по КЭР ГБУЗ РДКБ МЗ РСО-Алания И.А. Газданова
Зав. кафедрой детских болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава РФ
д.м.н., профессор Касохов Т.Б.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.**

ТЕМА: 1. «Болезни пищевода».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение острого и хронического эзофагитов(ОЭ,ХЭ).
2. Причины развития ОЭ и ХЭ.
3. Патогенез ОЭ и ХЭ.
4. Клиническая картина ОЭ и ХЭ.
5. Лечение ОЭ и ХЭ.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Основная литература:</u>
1. Современные представления об основных теориях развития наиболее часто встречающихся	1. Шабалов Н.П. Учебник детских болезней. СПб 2007, с 736-746. 2 А. В. Мазурин.

заболеваний пищевода у детей. - Патологоанатомические нарушения. - Основные симптомы острого эзофагита - Методы обследования - Клинические проявления хронического эзофагита (ГЭРБ) у детей - Дифференциальный диагноз - Лечение <u>Студент должен уметь:</u> - Целенаправленно собрать анамнез - Выявить патогномичные симптомы заболевания - Провести объективное обследование больного - Определить форму заболевания - Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных данных. - Провести дифференциальный диагноз - На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследования поставить диагноз. - Наметить план лечения больного - Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях.	Гастроэнтерология детского возраста. Е. М. Лукьянова. Детская гастроэнтерология. 2002. С. Я. Долецкий и др. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. 2001. - А.С.Белоусов. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения. 2000. Е. М. Лукьянова. Справочник детского гастроэнтеролога. 1986. - Хаданов А.И. Лечение эзофагита. Рос. журнал гастроэнтер., гепатология, колопроктологии - 1997, 7 (2) с. 87 - 92. - Римарчук Г. В. Современные аспекты диагностики болезни пищевода у детей. Рос. педиатр, журнал 1998; 1 с. 43 - 49. - Римарчук Г. В. Лечение гастроэзофагеальных рефлюксов у детей. Русский мед. журнал - педиатрия, 2003, № 11 т. 7 с. 495 - 500. - Клинические лекции по педиатрии, РГМУ, 2001 г. <u>Дополнительная литература:</u> - Римарчук Г. В. Современные аспекты диагностики болезни пищевода у детей. Рос. педиатр, журнал 1998; 1 с. 43 - 49. - Римарчук Г. В. Лечение гастроэзофагеальных рефлюксов у детей. Русский мед. журнал - педиатрия, 2003, № 11 т. 7 с. 495 - 500. - Клинические лекции по педиатрии, РГМУ, 2001 г.
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Каковы особенности строения пищевода у детей дошкольного и школьного возраста.
2. Какие клинические формы заболеваний пищевода могут формироваться у детей.
3. Какие изменения регистрируются при ФЭГДС?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференц. диагноз?
5. Составить рекомендации по диетотерапии. Выписать наиболее эффективные лекарственные препараты.
6. Напишите недостающие сведения в тексте.

Острый эзофагит-полиэтиологическое заболевание, и его причиной могут быть:

- Инфекции (дифтерия,,,);
- Физические воздействия (термический ожог,);
- Химические воздействия (ожог кислотой, щелочью,);
- Пищевая ;

7. Составьте три тестовых задания по заболеваниям пищевода по следующему образцу:

Причинами острого эзофагита могут быть:

- а)Вирусные инфекции
- б)Ожог кислотой
- в)Грибковое поражение
- г)Пищевая аллергия
- д)Термический ожог

8. Заполните таблицу дифференциального диагноза

Стеноз пищевода	Врожденная ахалазия пищевода

9. Каковы основные симптомы рефлюкс-эзофагита:

- а)Жидкий стул
- б)Изжога
- в)Отрыжка кислым
- г)Отрыжка горьким
- д)Запоры

10. Составьте еще две примерные формулировки диагноза болезни пищевода

- Острый эзофагит (ожог кислотой).

11. Дайте определение:

Болезнь Баррета-это.....

12. Основной метод диагностики эзофагита –эндоскопический, в соответствии с эндоскопической классификацией охарактеризуйте каждую из 4 степеней эзофагита.

- 13.Диспансерное наблюдение больных с болезнями пищевода.

- 14.Какие осложнения могут быть при хроническом эзофагите:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

- 15.Характеристика нарушений структуры пищевода

- а)при рентгенографии/ скопии
- б) при ФЭГДС

16. Ситуационная задача:

Давид Б, 16 лет, госпитализирован в стационар с жалобами на боли, чувство жжения за грудиной, отрыжку кислым, воздухом, пищей, изжогу.

Из анамнеза: боли в животе беспокоят в течение 3-х лет. Амбулаторно не обследовался, лечение не получал. В течение последнего года у мальчика появилась изжога, отрыжка, периодически отмечающиеся эпизоды кашля по ночам.

Ребенок от I беременности, протекавшей на фоне тяжелой внутриутробной гипоксии плода, срочных самостоятельных родов. На 1-ом году жизни находился под наблюдением у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия ишемически-гипоксического генеза. У матери-хронический гастрит, у отца-эрозивный дуоденит.

Объективно. Масса 60 кг, рост 172 см.

Состояние средней тяжести. Положение активное. На осмотр реагирует адекватно. Кожные покровы чистые, отмечается мраморный рисунок, проявления дистального гипергидроза. Мальчик удовлетворительного питания. Тонус и сила мышц не нарушены. Скелет развит пропорционально, без деформации. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, хрипов не. ЧДД- 18 в 1 мин. Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. ЧСС – 78 в 1 мин. Язык обложен у корня неплотным налетом белого цвета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области эпигастрия. Печень у края реберной дуги. Симптомы Мерфи, Ортнера слабо положительные. Стул и диурез не нарушены.

Лабораторно: Общий анализ крови- Эр.- $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв 124г/л, цв.п. 0,9, Лей $6,5 \times 10^9$, э-1%, п/я-3%, с/я- 57%, лимф. -31%, мон. – 8%, СОЭ- 8 мм/ч

Общий анализ мочи – кол –во 50,0, уд вес- 1019, прозрачность полная, сахар нет, белок нет, Лей -1-2-0-1 в п/зр, эпителий клетки – ед в поле зрения.

Биохимический анализ крови – билирубин общий 14,1 мкмоль/л, прямой- 2,5 мкмоль/л, АЛТ – 48,1 нм/с л

УЗИ внутренних органов - со стороны печени, почек, поджелудочной железы без патологии, желчный пузырь увеличен в размерах, стенки не уплотнены, содержимое однородное.

ФЭГДС- отмечается отек, гиперемия пищевода в нижней трети, единичные эрозии. Слизистая антрального отдела желудка резко гиперемирована, отечна. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки гиперемирована. HELPiL-тест- резко положительный.

Реогастроимпедансометрия- кислотопродукция в теле повышена, нейтрализация в антруме декомпенсирована.

Суточная рН-метрия- общее число рефлюксов за сутки 82, время с рН менее 4,0-22,3%

ВОПРОСЫ

- 1.Поставьте клинический диагноз.
- 2.Обоснуйте поставленный вами диагноз.
- 3.Что способствовало развитию данного заболевания?
- 4.Какими методами исследования можно подтвердить поставленный Вами диагноз?
- 5.От чего зависит выбор терапии основного заболевания?
- 6.Составьте план лечения.

17.Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ «БОЛЕЗНИ ПИЩЕВОДА»

1. Причинами острого панкреатита могут быть:
 - а. Вирусные инфекции

- б. Ожог кистой
 - в. Грибковое поражение
 - г. Пищевая аллергия
 - д. Термический ожог
2. Причинами хронического эзофагита являются
- а. Недостаточность кардии
 - б. Пищевод Баррета
 - в. Отравление ртутью
 - г. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
 - д. Механическая травма пищевода инородным телом
3. На тонус нижнего пищеводного сфинктера влияют
- а. Состояние вегетативной регуляции
 - б. Шоколад
 - в. Цитрусовые
 - г. β -блокаторы
 - д. антибиотики
 - е. ферментные препараты
4. Болезнь Баррета это:
- а. Укорочение пищевода
 - б. Расширение пищевода в нижней трети
 - в. Патологическое сужение пищевода в нижней трети
 - г. Дистопия желудочного эпителия в нижней трети пищевода с хиатальной грыжей и несформированным нижним пищеводным сфинктером
5. В основе ГЭРБ лежит
- а. Бактериальное воспаление
 - б. Воздействие желудочного сока
 - в. Воздействие желчи
6. Основными симптомами рефлюкс – эзофагита являются
- а. Жидкий стул
 - б. Изжога
 - в. Отрыжка кислым
 - г. Отрыжка горьким
 - д. Запоры
7. К респираторным нарушениям при ГЭРБ относятся
- а. Ларингоспазм
 - б. Коклюш
 - в. Ночные приступы бронхиальной астмы
 - г. Плеврит
 - д. Бронхоспазм
8. При остром эзофагите период мнимого благополучия возникает на
- а. Вторые сутки
 - б. К концу 1 недели
 - в. К концу второго месяца
 - г. Через 3 часа
9. После острого эзофагита (без адекватной терапии) стенозирование пищевода

происходит в среднем

- а. Через 1-3 месяца
- б. Через 1 год
- в. Через 10 дней

10. Для I степени рефлюкс эзофагита характерно

- а. Гиперемия дистального отдела пищевода
- б. Не сливающиеся друг с другом эрозии пищевода
- в. Сливающиеся эрозии пищевода
- г. Хроническая язва пищевода, стеноз

11. Для II степени рефлюкс эзофагита характерно

- а. Гиперемия дистального отдела пищевода
- б. Не сливающиеся друг с другом эрозии пищевода
- в. Сливающиеся эрозии пищевода
- г. Хроническая язва пищевода, стеноз

12. Для III степени рефлюкс эзофагита характерно

- а. Гиперемия дистального отдела пищевода
- б. Не сливающиеся друг с другом эрозии пищевода
- в. Сливающиеся эрозии пищевода
- г. Хроническая язва пищевода, стеноз

13. Для IV степени рефлюкс эзофагита характерно

- а. Гиперемия дистального отдела пищевода
- б. Не сливающиеся друг с другом эрозии пищевода
- в. Сливающиеся эрозии пищевода
- г. Хроническая язва пищевода, стеноз

14. Для диагностики ГЭРБ используют

- а. ФЭГДС
- б. Р- скопия пищевода с барием
- в. УЗИ пищевода
- г. Суточная рН- метрия
- д. Р-графия легких и сердца

15. Для лечения ГЭРБ используют

- а. Ферментные препараты
- б. Горечи
- в. Прокинетики
- г. Антациды
- д. Ингибиторы протонной помпы
- е. Гормоны

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1. а, б, в, г, д
- 2. а, б, г
- 3. а, б, в, г
- 4. а, г
- 5. б, в
- 6. б, в, г

- 7. а, в, д
- 8. б
- 9. а
- 10. а
- 11. б
- 12. в

- 13. г
- 14. а, б, в, г
- 15. в, г, д

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.**

ТЕМА:2. «Панкреатиты у детей».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

- 1.Определение острого и хронического панкреатитов(ОП,ХП).
- 2.Причины развития ОП и ХП.
- 3.Патогенез ОП и ХП.
- 4.Клиническая картина ОП и ХП.
- 5.Лечение ОП и ХП.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Основная литература:</u>
1. Современные представления об основных теориях развития наиболее часто встречающихся панкреатитов у	1. А. В. Мазурин. Гастроэнтерология детского возраста.

детей. - Паталогоанатомические нарушения. - Основные симптомы острого панкреатита - Методы параклинического обследования - Клинические проявления хронического панкреатита у детей - Дифференциальный диагноз - Лечение - Диспансерное наблюдение, методы санаторно-курортного лечения, вопросы профилактики. <u>Студент должен уметь:</u> - Целенаправленно собрать анамнез - Выявить патогномоничные симптомы заболевания - Провести объективное обследование больного - Определить форму заболевания - Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных данных. - Провести дифференциальный диагноз - На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследования поставить диагноз. - Наметить план лечения больного - Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях.	Е. М. Лукьянова. Детская гастроэнтерология. 1996. Т. П. Гудзенко. Панкреатит у детей. 1980. С. Я. Долецкий и др. Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. 1999. А. С. Белоусов. Дифференциальная диагностика болезней органов пищеварения. 2001. Е. М. Лукьянова. Справочник детского гастроэнтеролога. 1986. <u>Дополнительная литература:</u> - Хаданов А. И. Лечение хронического панкреатита. Рос. журнал гастроэнтер., гепатология, колопроктологии - 2007, 7 (2) с. 87 - 92. - Римарчук Г. В. Современные аспекты диагностики хронического панкреатита у детей. Рос. педиатр. журнал 2000; 1 с. 43 - 49. - Римарчук Г. В. Лечение хронического панкреатита у детей. Русский мед. журнал - педиатрия, 1999, № 11 т. 7 с. 495 - 500.
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

- Каковы особенности функций поджелудочной железы в различные периоды детского возраста.
- Каковы факторы, способствующие развитию панкреатита?
- Каковы особенности ферментов поджелудочной железы в различные возрастные периоды?
- Роль дуоденального рефлекса в формировании панкреатита?
- Роль лизолецитина, колликреин-кининовой системы в формировании панкреатита.
- Какие изменения происходят в гемограмме, биохимических константах?
- Какие заболевания протекают с симптомами острого панкреатита?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференц. диагноз?

9. Какие факторы активируют энзимы поджелудочной железы?

10. Напишите недостающие сведения в тексте.

Наиболее частыми причинами возникновения ОП являются факторы:

- Инфекции (.....);
- Обструктивные нарушения(.....);
- Изменения общего желчного протока или Фатерова соска в виде(.....);
- Патология 12-перстной кишки:
- Дизметаболические причины.....
- Токсические поражения.....
- Медикаментозные поражения.....

11. Составьте три тестовых задания по заболеваниям поджелудочной железы по следующему образцу:

Биохимическими маркерами острого панкреатита являются:

- а) диспротеинемия
- б) гипермилаземия
- в) гиперлипаземия
- г) снижение уровня стандартных бикарбонатов

12. Заполните таблицу осложнения панкреонекроза

Ранние:	Поздние:
1.	1.....
2.	2.....
3.	3.....
4.	4.....
5.	

13. Осложнения острого панкреатита:

- а) некроз поджелудочной железы
- б) анурия
- в) диабетическая кома
- г) ретроперитонеальный синдром
- д) гнойный панкреатит

14. Составьте еще две примерные формулировки диагноза болезни поджелудочной железы по классификации: первичный хронический панкреатит, с постоянными болями, период субремиссии, средней тяжести.

15. выписать рецепты наиболее эффективных лекарственных средств (болеутоляющие, трасиюл, контрикал, рутин)

16. Ситуационная задача:

Мальчик 11 лет, болен 1-е сутки. Накануне в школе во время перемены получил удар ногой в живот, появились резкие, схваткообразные боли в животе, иррадиирующие в спину, ночью многократная рвота, тошнота. Диагноз острого живота был снят хирургами, переведен в гастроэнтерологическое отделение.

Ребенок 1 в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту. Прививки сделаны все, аллергоанамнез не отягощен.

Семейный анамнез: родители здоровы, дедушка (по матери) умер от опухоли прямой кишки.

Осмотр: ребенок беспокойный, с согнутыми ногами. Кожа бледная, Серовато-цианотичная. Сердце - тоны звучные, ЧСС - 100 в уд/мин, АД- 95/60 мм. рт. ст. Живот

умеренно вздут болезненный вокруг пупка, в точках Дежардена, Мейо -Робсона, зоне Шоффара, эпигастрии. Печень + 0 + 0, в/3, безболезненна.

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л.; Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $9,8 \times 10^9/л$; п/я - 5 %, с/я - 63 %, э - 3 %, л - 21 %, м - 8 %, СОЭ - 13 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачная; pH - 6,0. плотность - 1023; белок - нет; сахар - нет; Л - 2 - 3 в п/з; Эр - нет; соли немного, оксалаты.

Биохимический анализ крови: общий белок - 75 г/л, альбумины - 52 % глобулины: альфа1 - 4 %, альфа2 - 14 %, бета - 13 %, гамма - 17 %; ЩФ - 120 Ед/л. (норма 70 - 140), АлАТ - 24 Ед/л., АсАТ - 29 Ед/л, амилаза - 250 Ед/л (норма 10 - 120), тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин - 14 мкмоль/л. из них с вяз. - 2 мкмоль/л, СРБ (+).

Диастаза мочи: 256 ед.

УЗИ органов брюшной полости: печень - не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Желчный пузырь грушевидной формы 53 x 22 мм., перегиб в с/3 тела, содержимое негетогенное. Желудок - гетогенное содержимое, стенки не утолщены. Поджелудочная железа: головка - 29 мм. (норма 18), тело - 21 мм (норма 15). хвост - 28 мм (норма 19), эхогенность снижена.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. Какие причины привели к развитию болезни?
4. Какие другие факторы у детей приводят к заболеванию?
5. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
6. Оцените биохимический анализ крови.
9. Какие показатели биохимического анализа крови желательно исследовать?
10. Оцените УЗИ.
11. Требуется ли дополнительные инструментальные методы исследования?
12. План лечения донного ребенка.

17. Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. Наиболее часто встречающиеся этиологические факторы:

- а) бактериальные инфекции
- б) вирусные инфекции
- в) закрытая травма живота
- г) лекарственные препараты, в т. ч. глюкокортикоиды
- д) пороки развития Фатерова сосочка

2. В клинической картине преобладает:

- а) острая почечная недостаточность
- б) острый живот
- в) острая сердечная недостаточность
- г) гиповолемия
- д) высокая температурная реакция
- е) острая дыхательная недостаточность

3. В патогенезе центральное место занимает:

- а) активизация энзимов поджелудочной железы, аутолиз
- б) поражение капилляров брыжейки
- в) поражение капилляров желудочно-кишечного тракта
- г) токсическое воздействие метаболитов лецитина желчи

4. В остром периоде панкреатита наблюдается:
- а) повышение калликреиногена в сыворотке крови
 - б) гиперлипидемия, гиперамилаземия
 - в) понижение активности амилазы
 - г) препятствие для выхода энзимов в 12-п кишку
 - д) гипергликемия
5. Дифференциальный диагноз:
- а) экссудативный плеврит
 - б) острый аппендицит
 - в) тромбоз мезентериальных сосудов
 - г) онкологические заболевания брюшной полости
6. Для дифференциальной диагностики реактивного панкреатита и диспанкреатизма необходимо провести исследования:
- а) ферментов поджелудочной железы в крови
 - б) уроамилазы
 - в) ультразвуковое
 - г) ретро градную холепанкреатографию
7. Для уточнения диагноза острого панкреатита необходимо получить данные:
- а) о клеточном составе периферической крови
 - б) о сахаре крови
 - в) об уровне амилазы и липазы в сыворотке крови г) о кислотно-основном состоянии
8. Симптомами специфичными для острого панкреатита являются:
- а) высокая температура
 - б) боли в левом подреберье и/или опоясывающие
 - в) рвота
 - г) пятнисто-паплезная сыпь
 - д) коллаптоидное состояние
9. Наиболее информативными методами диагностики острого панкреатита являются:
- а) анамнез, жалобы непосредственное исследование больного
 - б) определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови,
 - в) рентгенорадиологический
 - г) ультразвуковой
10. Биохимическими маркерами острого панкреатита являются:
- а) диспротеинемия
 - б) гиперамилаземия
 - в) гиперлипаземия
 - г) снижение уровня стандартных бикарбонатов
11. При лабораторном обследовании ТТГ выявляют:
- а) лейкоцитоз резкий
 - б) гиперпротеинемия
 - в) снижение протромбинового времени, фибринолиз
 - г) тромбоцитоз

д) диастазурия

12. Признаками внешнесекреторной панкреатической недостаточности являются:

- а) гипермилаземия
- б) похудание
- в) полифекалия
- г) болевой абдоминальный синдром

13. Ультразвуковыми маркерами острого панкреатита являются:

- а) диффузное увеличение размеров поджелудочной железы
- б) неровный прерывистый контур поджелудочной железы
- в) повышенная эхогенность тканей
- г) снижение эхогенности тканей

14. Ультразвуковыми маркерами хронического панкреатита являются:

- а) локальное увеличение поджелудочной железы
- б) диффузное увеличение поджелудочной железы
- в) повышение эхогенности ткани поджелудочной железы
- г) снижение эхогенности ткани

15. Патогенетическими средствами лечения острого панкреатита являются препараты:

- а) H₂ - блокаторы
- б) антихолинергические
- в) сандостатин
- г) сульфаниламиды

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1-6. 9-6. г;
2-6, 10-6,
3-а; 11 - в,
4-6; 12-6,
5 - 6; 13 -а,
6 - в; 14-а,
7-в; 15 - а,
8-6.

**ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ
СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.**

ТЕМА: 3. «Болезни кишечника у детей».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Определение неспецифического язвенного колита и болезни Крона (НЯК).
2. Причины развития НЯК и болезни Крона.
3. Патогенез НЯК и болезни Крона.
4. Клиническая картина НЯК и болезни Крона.
5. Лечение НЯК и болезни Крона.

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Основная литература:</u>
1. Причины развития НЯК (теории)	1. А. В. Мазурин. Гастроэнтерология детского возраста.
2. Ранние клинические признаки НЯК	2. Копейкин В. Н. Механизмы формирования и система
3. Клинические симптомы и особенности течения заболевания в раннем и старшем возрасте	оптимизации лечения НЯК у детей. Авторефер. дисс. д.м.н. М. 1996, 26 с
4. критерии диагностики НЯК	

5. Лечение в периоде обострения 6. Лечение в периоде ремиссии 7. Особенности питания 8. Возможности санаторно- курортного и лечения амбулаторного этапа восстановительного лечения. 9. профилактика формирования НЯК у детей. <u>Студент должен уметь:</u> 1. Собрать анамнез 2. Провести объективное обследование больного 3. Оценить характер стула и копро-исследования 4. Составить программу параклинического обследования. 5. Наметить план лечения больного. 6. Дать программу оздоровления на других этапах диспансеризации (поликлиника, специализированные санатории).	3. Григорьев П. Я., Яковенко А. В. Справочное руководство по гастроэнтерологии М. 1997, 480 с. 4. Римарчук Г.В., Урусова Н.И., Щиплягина Л.А. Новые фармакотерапевтические подходы к лечению гастроэнтерологических заболеваний у детей. Материалы 3-го международного симпозиума М. 2000, <u>Дополнительная литература:</u> 5. Филин В. А., Салмова В. С. и др. Лечение НЯК у детей, педиатрия, 2000. №5, с. 91 -97. 6. Рот М. Воспалительные заболевания кишечника. Практическое руководство, 2004 7. Шабалов Н.П. Детские болезни. С-Пб., 2005
--	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Каковы особенности строения толстого кишечника у детей дошкольного и школьного возраста.
2. Назовите основные теории раскрывающие патогенетические механизмы формирования НЯК.
3. Какие клинические формы НЯК могут формироваться у детей?
4. Основные внекишечные симптомы НЯК?
5. Каковы изменения в функциональном состоянии органов и систем при НЯК
6. Какие изменения регистрируются при ректороминоскопии?
7. Какие показатели крови (красной и белой) изменяются?
8. Какие изменения наблюдаются на колоноскопии?
9. Напишите недостающие сведения в тексте. Медикаментозная терапия НЯК проводится по следующим направлениям:
 - Противовоспалительная
 -
 -
 -
 -
10. Чем характеризуются кожные нарушения?
11. Что такое токсический мегаколон?
12. Составьте три тестовых задания по заболеваниям кишечника по следующему образцу:
Наиболее информативными методами диагностики НЯК являются:

- а) эндоскопия
- б) УЗИ
- в) Морфологическое исследование биоптатов
- г) коагулограмма

13. Заполните таблицу: классификация НЯК

По форме	По степени тяжести	По протяженности поражения	По течению	По фазе
1.	1.	1.	1.	1.
2.	2.	2.	2.	2.
	3.	3.	3.	

14. Основными симптомами НЯК являются:

- а) гемоколит
- б) диарея
- в) полифекалия
- г) рвота

15. Составьте еще две примерные формулировки диагноза болезни кишечника по классификации: Неспецифический язвенный колит, рецидивирующий, средней тяжести, острое течение, проктосигмоидит, обострение.

16. Ситуационная задача:

Ребенок 3 лет, поступил в отделение с жалобами на повышение температуры до 38°, вялость, стул с кровью, боли в животе. В течении года у ребенка разжиженный частый стул до 7 раз в сутки, со слизью, прожилки крови. Аппетит снижен. Амбулаторное лечение антибиотиками, бактериофагом дает кратковременный эффект. С 2-х лет страдает атопическим дерматитом, аллергия к цитрусовым.

Больной правильного телосложения, пониженного питания, масса тела 11 кг., рост 96 см. Кожные покровы с сероватым оттенком. Над легкими дыхание пузрильное. Тоны сердца приглушены, систолический шум непостоянный в т. Эрба. Частота серд. сокр. 120 в мин. Губы, слизистая полости рта суховатая, язык обложен густым серым налетом у корня. Живот; мягкий, умеренно вздут, пальпируются петли толстого кишечника, **урчание**. Стул до 3 - 4 раз в сутки, оформлен, с прожилками алой крови. **Общий анализ крови:** Нв 60 гр/л., Ц.п. - 0,7; Эр - 3,1 x 10⁹/л; Лейк - 12 x 10⁹/л: э. - 0; п - 6 %, сегм. 70 %, л имф.- 21 %, мон. - 3 %; тр. - 310 x 10⁹/л: СОЭ - 21 мм/час, А/Г коэф. - 0,8; белок сыворотки крови - 57,0 гр/л.

Общий анализ мочи: без патологии.

Копрограмма: консистенция кала полужидкая, цвет коричневый, кровь небольшое количество, мышечные волокна - умеренное количество, жирные кислоты - умеренное количество, крахмал внеклеточный - много. Реакция Грегерсона - резко положительная. Л- 15- 18-25 в п/зр., Эр - 40 - 45 - 55 в п/зр., Слизь - много.

Ректороманоскопия нижних отделов толстого кишечника: сплошь отек и гиперемия слизистой, множественные кровоточащие эрозии, язвенные участки 0,5 x 0,3 см. в диаметре, покрытые гнойным налетом, единичные подины 0,5 см. с широким основанием.

Ирригоскопия: множественные мелкие язвенные поверхности 0,3 x 0,5 см.. гаустрация на отдельных участках толстого кишечника отсутствует. **Гистология фрагментов слизистой оболочки кишки:** интенсивная лимфо ретикулезная и эозинофильная инфильтрация слизистой оболочки и подслизистого слоя с лейкостазами, в эпителии крипт уменьшение бокаловидных клеток, криптогенные абсцессы.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Обоснуйте диагноз.
 3. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
 4. Этиопатогенез заболевания.
 5. Эндоскопические различия между различными периодами заболевания.
 6. Характерные гистологические признаки заболевания
 7. Локализация детского и взрослого типа заболевания.
 8. Оценка общего анализа крови
 9. Оцените данные копрограммы.
 10. Критерии тяжести болезни.
-
17. Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

ТЕМА: "НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ".

1. Факторы, способствующие формированию НЯК:
 - а) токсикоз беременности
 - б) перенесенные кишечные инфекции
 - в) пищевая аллергия
 - г) аутоиммунные реакции
 - д) хронический гастроуденит
2. Основным патоморфологический признак НЯК:
 - а) дивертикулит толстого кишечника
 - б) некроз толстого кишечника
 - в) деструктивно-язвенный процесс
 - г) кровоточивость грануляций
3. Изменения состояния кожи:
 - а) узловатая эритема
 - б) петехиальная сыпь
 - в) бледность
 - г) повышенная чувствительность к холоду
4. Основными симптомами НЯК являются:
 - а) гемоколит
 - б) диарея
 - в) полифекалия
 - г) рвота
5. Клинические признаки тяжелого течения НЯК с осложнениями:
 - а) постоянная рвота
 - б) токсический мегаколон
 - в) развитие пиелонефрита
 - г) полипоз кишечника
 - д) гиперплазия регионарных лимфоузлов
6. Наиболее информативные методы обследования при НЯК:
 - а) обзорная рентгенография брюшной полости
 - б) ректороманоскопия
 - в) пальцевое исследование прямой кишки
 - г) ирригоскопия
 - д) колоноскопия
 - е) еюноколоноскопия
7. Осложнениями при тяжелой форме могут быть:

- а) кишечное кровотечение
- б) перфорация толстокишечных язв
- в) выпадение прямой кишки
- г) инвагинация

8. Наиболее информативными методами диагностики НЯК являются:

- а) эндоскопия
- б) УЗИ
- в) Морфологическое исследование биоптатов
- г) коагулограмма

9. НЯК необходимо дифференцировать:

- а) с язвенной болезнью 12-перстной кишки
- б) с амебиазом
- в.) с дизентерией
- г) с полипозом кишечника

10. Медикаментозная терапия при НЯК проводится по следующим направлениям:

- а)противовоспалительное лечение
- б) иммуномодулирующее лечение
- в)антидиарейное лечение
- г)антибактериальное лечение
- д)местное лечение

11. К препаратам, обладающим противовоспалительным действием, при НЯК, относятся:

- а) препараты 5- аминсалициловой кислоты
- б) глюкокортикоиды,
- в) α - интерферон

12. При проведении иммунокоррегирующего лечения при НЯК используют:

- а) α - интерферон
- б)поливитамины
- в) ферментные препараты,
- г)6- меркаптопурин
- д) азатиоприн

13. К антидиарейным препаратам относятся:

- а) лоперамид
- б) кора крушины
- в) лист сенны
- г)гранатовые корки

14. Антибактериальная терапия должна быть назначена при

- а) тяжелых формах НЯК
- б) легких формах НЯК
- в) при присоединении бактериального процесса
- г) для профилактики присоединения вторичной инфекции

15. Местная терапия НЯК проводится с использованием

- а)6% раствора перекиси водорода
- б) отвара крапивы
- в)раствора йода
- г) облепихового масла

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1 - в, д;
2 - в;
3 - а;
4 - а, б, в;
5 - б;
6 - д;

7 - а, б;
8 - а, б, в;
9 - б, в, г.
10 - а, б, в, г, д
11 - а, б
12 - а, г, д

13 - а, г
14 - а, в
15 - б, г

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.

ТЕМА: 4. «Хронический гепатит и циррозы печени у детей».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Какие клинические формы ХГ и циррозов печени.
2. Какие функции печени нарушены при ХГ и циррозе? Виды нарушений?
3. Охарактеризуйте основные клинические симптомы:
 - а) ХГ персистирующего
 - б) ХГ активного
 - в) портального цирроза
 - г) билиарного цирроза
4. Напишите основные причины возникновения ХГ, цирроза?
5. Каковы причины формирования портального цирроза?

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Основная литература:</u>
1. Современные представления о ХГ у детей, их классификацию	1. Подымова С.Д. Болезни печени. М..

2. Клинические формы ХГ 3. Диагностику ХГ у детей 4. Перечень заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать ХГ, на основании каких симптомов необходимо проводить дифференциальную диагностику 5. Основные клинические признаки печеночной недостаточности 6. Лечение ХГ в зависимости от формы и тяжести течения 7. Принципы диспансерного наблюдения. Вопросы профилактики.	1993; 45-9. 2. Шерлок Ш, Джулии Дж. Заболевания печени и желчных путей. М., Гэзтар Мед., 1999; 250-73. 3. Гнидой И. М., Дихтярук И. И. Пищевые волокна в лечении заболевании гепатобилиарной системы у детей. Педиатрия, 2000, № 5, с. 97 - 102. Мазурин А. В., Цветкова Л. Н., Филин В/А. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии педиатрия, 2000, № 5, с. 19-23.
<u>Студент должен уметь:</u> 1. Целенаправленно обследовать ребенка. 2. Выявить патогномоничные симптомы заболевания 3. Провести объективное обследование больного Х 4. Определить форму и тяжесть заболевания 5. Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных исследований 6. Провести дифференциальную диагностику между различными формами ХГ 7. На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследований поставить диагноз. 8. Наметить план лечения больного 9. Дать рекомендации по диспансерному наблюдению и восстановительному лечению.	<u>Дополнительная литература:</u> 4. Денисов М.Ю. Практическая гастроэнтерология для педиатра, М., 2001, 376с. 5. Шабалов Н.П. Детские болезни. С-Пб., 2005. 6. Авторские лекции по педиатрии, РГМУ, 2005г, DVD

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Какие факторы способствуют возникновению хронического гепатита, цирроза.
 2. Клинические формы цирроза печени.
 3. Клиническая характеристика агрессивного гепатита.
 4. Показатели основных параклинических исследований при агрессивном гепатите и цирроз печени?
 5. Какова роль инфекционных болезней и пороков развития печени в формировании ХГ?
 6. Назовите основные причины формирования хронического гепатита?
 7. Основные "внепеченочные" симптомы активного гепатита?
 8. Почему противопоказаны белковые гидролизаты при активном гепатите?
- Определите дозы:
- а) делагила

- б) азатиоприна
- в) преднизолона

9.Патоморфологические признаки агрессивного гепатита?

10.Какие изменения в состоянии ребенка наблюдаются при его развитии?

11.Напишите недостающие сведения в тексте. По патогенезу портальную гипертензию различают:

- внутрипеченочная
- предпеченочная блокада
-
-

12. Составьте три тестовых задания по хроническому гепатиту и циррозам печени по следующему образцу:

Биохимическими маркерами активности цирроза печени являются:

- а) увеличение уровня щелочной фосфатазы, липопротеидов, глутаминтранс-пептидазы
- б) повышение уровня конъюгированного билирубина, гиперглобулинемия. повышение показателей тимоловой пробы
- в) гиперпротеинемия
- г) метаболический ацидоз

13.Какие функции печени нарушены при ХГ и циррозе? Виды нарушений?

14. Напишите методы исследования хронического гепатита:

- а) ферментного спектра
- б) обмена белков
- в) билирубина
- г) что такое галактозная проба
- д) охаракт. метод сканирования печени.
- е) показания к пункционной биопсии.

15.Составьте еще две примерные формулировки диагноза болезни кишечника по классификации: Хронический гепатит С , умеренная активность, стадия умеренного фиброза, фаза репликации.

16.Ситуационная задача:

Девочка 6 лет поступила в стационар с жалобами на повышенную утомляемость, раздражительность, бледность, боли в животе, приступообразного характера, преимущественно в правом подреберье, тупые, не связанные с приемом пищи. В возрасте 3 лет перенесла вирусный гепатит, протекавший тяжело, лечилась в стационаре 2,5 месяца. Часто болели простудными заболеваниями. В 4 года болела ветряной оспой, корью, наблюдается у ЛОР врача детской поликлиники по поводу хронического риносинусита. Аппетит значительно снижен. Состояние тяжелое. Бледна, на кистях рук ладонная эритема. Температура 37,4° , отмечает боли в суставах кистей рук. Генерализованная микрополиадения. Склеры желтушны. Носовое дыхание затруднено, зев рыхлый. Приглушение сердечных тонов, АД 90/45 мм т. ст. Язык обложен густым сероватым налетом, живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 - 5 см., уплотнена умеренно, подвижна, болезненна. Моча темно-желтого цвета. Селезенка уплотнит, выступает на 2,5 см. подвижна. Стул с запорами, светлый.

Общий анализ крови: Эр - $3,4 \times 10^{12}/л$; Нв - 80 г/л; Лейкоц. - $4,1 \times 10^9/л$; эоз. - 6 %, се/м. - 46 %, пал. - 7 %, лимф. - 29 %, мон. - 12 %, СОЭ -41 мм-час.

Биохимия крови: белок крови - 82 гр/л., альбуминов - 34 %, а/г. коэффициент 0,7
глобулины: альфа1 - 4 %, альфаг - 3,1 %, бета - 3,0 %, гамма - 26,3 %. Билирубин общий
25,4 мкмоль/л, прямой 5,2 ммоль/л., непрямой - 20,2 ммоль/л. Моча на желч. п.
пигменты положительная, уровень щелочн. фосфатазы в сыворотке крови 37 ед., АлТ -
650 нмоль/л., АсТ - 210 нмоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена в размерах, ткань органи
равномерно повышенной эхогенности во всех отделах. Желчный пузырь
правильной формы, больших размеров, в полости густой осадок. Стенки не
изменены.

Гепатобиопсия: резко выраженная инфильтрация лимфоцитами, некроз по периферии
долек печени, мостовидные некрозы печеночной ткани, дистрофия гепатоцитов.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте интерпретацию биохимического анализа крови.
3. Оцените результаты УЗИ органов брюшной полости.
4. Оцените данные гепатобиопсии.
5. Определите срок заболевания.
6. Клинические проявления тяжести процесса.
7. Назначьте лечение.
8. Критерии прогноза заболевания.
9. Принципы диспансерного наблюдения

17. Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

ТЕМА: "ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ".

1. Этиологические факторы:
 - а) сочетание нескольких повреждающих гепатотропных факторов
 - б) стеатоз печени
 - в) индивидуальная непереносимость лекарств
 - г) ферментные аномалии
2. Клинически характерно
Общее состояние:
 - а.) тяжелое
 - б) удовлетворительное
 - в) средней тяжести
 - г) крайне тяжелое
3. Болевой синдром:
 - а.) острая приступообразная боль в животе
 - б) острая боль в правом подреберье
 - в) тупые боли
 - г) усиливается после еды
 - д) болевой синдром не выражен
4. Течение портального цирроза:
 - а) чаще с обострениями
 - б) волнообразно прогрессирующее
 - в) латентное
5. Течение билиарного цирроза:
 - а) прогрессирующее
 - б) с непрерывными рецидивами

- а) волнообразно прогрессирующее
- 6. Характерными морфологическими признаками цирроза печени являются:
 - а) инфильтрация портальных трактов, дегенерация гепатоцитов
 - б) массивный некроз печени
 - в) ступенчатые некрозы, разрастание соединительной ткани
 - г) диффузный фиброзный процесс с перестройкой архитектоники ткани и сосудистой системы, узелковая трансформация печени.
- 7. Биохимическими маркерами активности цирроза печени являются:
 - а) увеличение уровня щелочной фосфатазы, липопротеидов, глютаминтраис-пептидазы
 - б) повышение уровня конъюгированного билирубина, гиперглобулинемия. повышение показателей тимоловой пробы
 - в) гиперпротеинемия
 - г) метаболический ацидоз
- 8. Исследование сыворотки крови:
 - а) постоянная диспротеинемия
 - б) повышение сывороточной холинэстеразы
 - в) нормальное содержание билирубина
 - г.) отрицательная бромсульфалеиновая проба
- 9. Клинические признаки постнекротического цирроза:
 - а) большая печень
 - б) увеличение печени умеренное, асцит
 - в) спленомегалия часто
 - г) спленомегалия редко
 - д) кровоточивость
- 10. Биохимические тесты при постнекротическом циррозе:
 - а) высокая активность трансаминаз
 - б) увеличение содержания непрямого билирубина
 - в) снижение фибринолитической активности сыворотки крови
 - г) изменений почечных проб нет
 - д) снижение протромбинового индекса и сулемового теста
- 11. Признаки билиарного цирроза:
 - а) гепатомегалия, желтушность, пигментация кожи
 - б) спеномегалия
 - в) остеопороз позвонков, диспептический синдром
 - г) лейкопения, эритроцитоз
- 12. Биохимические признаки билиарного цирроза:
 - а) снижение активности щелочной фосфатазы
 - б) высокий уровень холестерина
 - в) положительная тимоловая проба
 - г) высокая щелочная фосфатаза
 - д) высокая активность трансаминаз
 - е) гиперпротеинемия
- 13. Уровень аминотрансфераз в терминальной стадии цирроза:
 - а) резко повышен
 - б) нормальный или незначительно повышен
 - в) нормальный или резко повышен
- 14. Показаниями к назначению глюкокортикоидной терапии при циррозах печени являются:
 - а) степень гепатомегалии
 - б) активная стадия цирроза печени
 - в) желудочно-кишечные кровотечения
 - г) развитие асцита

15. Основными признаками цирроза печени являются:

- а) стойкая желтуха
- б) гепатомегалия
- в) развитие признаков портальной гипертензии
- г) функциональная недостаточность печени

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ:

1-а;	9- б,д;	14-6;
2- а;	10 -а,д;	15-в, г;
3-а;	11 а,в;	
4-в; 5-в; 6-г; 7-6;	12-б,г;	
8- б, г;	13-6;	

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ВНЕАУДИТОРНОЙ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.

ТЕМА: 5 «Гельминтозы у детей».

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний:

1. Особенности кишечника в различные периоды детского возраста
2. Каковы особенности пищеварения в кишечнике в различные возрастные периоды?
3. Какие факторы активируют пищеварение в кишечнике?
4. Механизмы попадания гельминтов в организм человека
5. Созревание яиц гельминтов, наличие переносчиков, промежуточные и окончательные хозяева..

II. Целевые задачи.

<u>Студент должен знать:</u>	<u>Основная литература:</u>
1.Современные представления об основных теориях развития наиболее часто встречающихся гельминтозов у детей.	1.Лысенко А.Я., Авдохина Т.и, Константинова Т.Н. и др. Токсакароз: Учебное пособие. М., 1992, 39с.
2.Основные симптомы гельминтозов	2.Шабалов Н.П., Староверов Ю.И. Лямблиоз у детей. Эпидемиология, клиника, диагностика и лечение//Новый мед. журнал. 1998.№3. с.22-26.
3.Методы параклинического обследования	3.Корнакова Е.Е. Осторожно: паразиты
4.Клинические проявления гельминтозов у детей	

5.Дифференциальный диагноз 6.Лечение 7.Диспансерное наблюдение, методы лечения, вопросы профилактики <u>Студент должен уметь:</u> 1.Целенаправленно собрать анамнез 2.Выявить патогномоничные симптомы заболевания 3.Провести объективное обследование больного 4.Определить форму заболевания 5.Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных данных. 6.Провести дифференциальный диагноз 7.На основании данных анамнестического, клинического и параклинического обследования поставить диагноз. 8.Наметить план лечения больного 9.Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях.	человека.Сб:ИД «невский проспект», 2002, 128с. 4.Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В. и др. 5.Лямблиоз: Уч пособие, М., 2003, 31с. <u>Дополнительная литература:</u> 6.Авдохина Т.И.. Константинова Т.Н. Энтеробиоз. Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика: Учеб. Пособие для врачей. М., 2003. 56с. 7.Торопова Н.П.. Сафронова Н.А., Синявская О.А. и др. Дерматозы и паразитарные болезни у детей и подростков: Аспекты патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики: Практ. пособие для врачей-педиатров, дерматологов, аллергологов. М., 2004 8.Шабалов Н.П. Детские болезни, 2005
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Какие изменения происходят в гемограмме, иммунологических анализах крови?
2. Напишите основные клинические симптомы заболевания?
3. Какие жалобы характерны для энтеробиоза?
- 4.Какие жалобы характерны для аскаридоза?
- 5.Какие жалобы характерны для цестодозов?
- 6.Чем вызвана серая окраска кожи, сухость слизистых, геморрагическая сыпь, сыпь?
- 7.Какие изменения характерны для внутренних органов?
- 8.Какие органы и системы поражаются преимущественно?
- 9.Какие гельминтозы имеют сходную клиническую картину?
- 10.Составить схему лечения гельминтозов.
- 11.Выпишите рецепты наиболее эффективных противопаразитарных лекарственных средств.
- 12.Напишите недостающие сведения в тексте. Наиболее часто встречаются в России гельминтозы:
 - нематозы
 -
 -
13. Составьте три тестовых задания по заболеваниям кишечника по следующему образцу: К нематодозам относят:
 - а. Ляблиоз
 - б. Энтеробиоз
 - в. Аскаридоз

г. Гименолепидоз

д. Описторхоз

14. Составьте систему профилактических противоглистных мероприятий

15. Какие заболевания относятся к трематозам?

16. Сколько составляет цикл развития аскариды?

17. Ситуационная задача:

Карина М, 5 лет, госпитализирована в стационар с **жалобами** на приступообразные боли в животе, преимущественно вечером и ночью, тошноту, неприятный запах изо – рта, снижение аппетита, головные боли.

Из анамнеза. Девочка от нормально протекавшей беременности, первых самостоятельных срочных родов. Развивалась гармонично, физиологично. Наследственный анамнез не отягощен. Первые симптомы заболевания появились 2 недели назад (за месяц до госпитализации девочка гостила у бабушке в деревне). Амбулаторно не обследовалась. Прием но – шпы боли не купировал.

Объективный статус. Масса 21 кг. Рост 119 см.

Состояние средней тяжести. Положение активное. Девочка вялая. Аппетит снижен. Кожные покровы с мраморным рисунком, отмечаются «тени» под глазами, шершавость кожи на ощупь. Тонус и сила мышц не нарушены. Над легкими перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно- пуэрильное дыхание. Хрипов нет. ЧДД-22 в 1 мин Тоны сердца средней звучности, ритм правильный. ЧДД 96 уд в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, болезненный в области правого подреберья. Печень выступает из- под края реберной дуги на 1,5 см. Симптомы Мерфи, Ортнера, Керра положительные. Стул со склонностью к разжижению, диурез не нарушен.

Лабораторно. Общий анализ крови: Эр.- $4,2 \times 10^{12}$, НВ- 122 г/л, Лей.- $8,3 \times 10^9$, э-2%, п/я – 4%, с/я-43%, л- 39%, м- 2%, СОЭ – 9 мм/ч

Общий анализ мочи – кол – во 50,0, уд.вес. 1024, лей- ед в п/зр.

Биохимический анализ крови- общий билирубин – 10,2 мкмоль/л, прямой 1,5 мкмоль/л, АЛТ 36,5 нм/с л

Копрограмма – непереваренная клетчатка+++, мышечные волокна++, нейтральный жир++, жирные кислоты+++.

Кал на я/ глист и цисты лямблий –обнаружены цисты *Lambliae intestinalis*

УЗИ внутренних органов- печень на 1,5 см ниже реберной дуги, структура однородная, сосудистый рисунок не изменен, желчный пузырь увеличен в размерах, содержимое однородное, стенки уплотнены.

ВОПРОСЫ

1. Поставьте клинический диагноз
2. Каков путь инфицирования?
3. Назовите признаки интоксикации.
4. Оцените физическое развитие ребенка
5. Составьте план лечения
6. Каков прогноз при данном заболевании?

18. Составьте ситуационную задачу по предлагаемому образцу.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ «ГЕЛЬМИНТОЗЫ»

1. К нематодозам относят
 - а. Ляблиоз
 - б. Энтеробиоз
 - в. Аскаридоз

- г. Гименолепидоз
 - д. Описторхоз
2. Цестодозы включают в себя
- а. Гименолепидоз
 - б. Трихинеллез
 - в. Описторхоз
 - г. Эхинококкоз
 - д. Тениоз
3. К трематодозам относятся
- а. Аскаридоз
 - б. Трихоцефалез
 - в. Описторхоз
 - г. Фасциллез
4. К геогельминтам относятся
- а. Аскаридоз
 - б. Анкилостомидоз
 - в. Энтеробиоз
 - г. Эхинококкоз
5. К зоогельминтам относятся окончательным хозяином бычьего цепня является
- а. Аскаридоз
 - б. Эхинококкоз
 - в. Тениаринхоз
 - г. Анкилостомидоз
6. Окончательным хозяином бычьего цепня является
- а. Человек
 - б. Крупный рогатый скот
7. Промежуточным хозяином свиного цепня является
- а. Человек
 - б. Свинья
8. Цикл развития аскариды длится
- а. 2-3 недели
 - б. 1 месяц
 - в. 11-12 недель
 - г. Более года
9. Длительность жизни острицы длится
- а. 1 год
 - б. 1 мес
 - в. 6 мес
10. Трихинеллез развивается при употреблении в пищу
- а. Куриных яиц
 - б. Мяса птицы
 - в. Свинины
 - г. Мяса кабана

11. Клиническая картина аскаридоза характеризуется
 - а. Поносом
 - б. Рвотой
 - в. Болями около пупка
 - г. Головные боли
12. Для трихинеллеза характерно
 - а. Резкое похудание
 - б. Отеки век
 - в. Боли в мышцах
 - г. Ожирение
13. При ляблиозе отмечают
 - а. Явления мальабсорбции
 - б. Синдром вегетативной дисфункции
 - в. Снижение массы тела
14. Для гельминтозов характерно
 - а. Лейкоцитоз
 - б. Лейкопенияэозинофилия
 - в. Палочкоядерный сдвиг
 - г. Ускорение СОЭ
 - д. СОЭ не инменено
15. В коплексной терапии гельминтозов используют
 - а. Сорбенты
 - б. Гормоны
 - в. Паротивогельминтные препараты
 - г. Ферментные препараты
 - д. Антибиотики

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- | | | |
|-----------|-------------|------------|
| 1. б, в | 6. а | 13. а,б,в |
| 2. а, г,д | 7. б | 14. а,в,д |
| 3. в,г | 8. в | 15. а, в,г |
| 4. а,б | 9. б | |
| 5. б,в | 10. в,г | |
| | 11. а,б,в,г | |
| | 12. б,в | |