

№ ПЕД-15

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**

**Факультетская педиатрия, эндокринология**

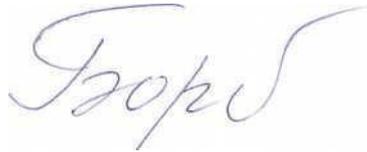
основной профессиональной образовательной программы высшего образования -  
программы специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия,  
утвержденной 24.05.2023 г.

Владикавказ, 2023

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы  
студентов 4курса (7,8 семестр) педиатрического факультета  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России  
по дисциплине Факультетская педиатрия, эндокринология

Составители:

Зав.каф. дет бол  
№1, проф.



**Т.Т. Бораева**

Ассистент каф.



**Ф.В.Базрова**

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.

---

**Задание для самостоятельной работы студентов 4 курса  
педиатрического факультета  
«Аномалии конституции»**

**I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.**

1. Дайте определение диатеза.
2. Какие факторы предрасполагают к развитию диатезов?
3. Какими свойствами обладает аллерген?
4. Перечислите последовательность появления клинических симптомов заболевания.
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать аномалии конституции?
6. Перечислите основные принципы лечения диатезов.

**II. Целевые задачи:**

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Современное представление об аномалиях конституции, классификацию;</li><li>• Особенности этиологии, патогенеза;</li><li>• Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания у детей;</li><li>• Методы обследования больных;</li><li>• Особенности клинических проявлений;</li><li>• Лабораторные методы обследования;</li><li>• Вопросы дифференциальной диагностики</li></ul>	<p><u>Литература:</u></p> <p><i>Основная</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Н. П. Шабалов, «Детские болезни», - М., 2007г.</li><li>2. А. Ф. Тур и соавт. "Детские болезни", - М., 1985г.</li></ol> <p><i>Дополнительная</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Аллергические болезни у детей, под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина, - М., «Медицина», 1998г.</li><li>4. Справочник семейного врача, - Минск, «Беларусь», 2000г.</li><li>5. Синдромная диагностика в педиатрии, под ред. А.А. Баранова, - М., «Медицина», 2001г.</li><li>6. И. Н. Усов, Л. Н. Астахова. Система глюкоза-пируват-лактат у детей с нервно-артритическим диатезом. "Вопросы охраны материнства и детства", - М., 1984г.</li></ol>
<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Собрать анамнез, выделяя факторы риска;</li><li>• Правильно интерпретировать данные клинического обследования;</li><li>• Выделить характерные клинические симптомы, позволяющие рано</li></ul>	<p><u>Литература:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. А.В. Мазурин, И.М. Воронцов, «Пропедевтика детских болезней», М. 2000г.</li><li>2. В.А. Таболин, Е.В. Неудахин. Болезни детей раннего возраста. Методическое пособие - М., 1997г.</li><li>3. Руководство по лечебному питанию</li></ol>

<p>диагностировать это заболевание;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Обосновать и составить план обследования;</li> <li>• Назначить лечение с учетом тяжести состояния;</li> <li>• Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз</li> </ul>	<p>детей, под ред. К.С. Ладодо, - М., «Медицина», 2003г.</p> <p>4. И.Я. Шахтмейстер, Г.Я. Шварц. Новые лекарственные препараты в дерматологии. М., 2005; 5-21.</p>
--	--

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определения:

Диатез – это ....

Лимфатико-гипопластический диатез – это...

Нервно-артритический диатез – это...

2. Заполните этиологические факторы диатезов:

экссудативно-катаральный диатез (ЭКД)	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> </div>
лимфатико-гипопластический диатез (ЛГД)	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> </div>
Нервно-артритический диатез (НАД)	→	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> </div>

3. Что определяет «Синдром нестабильности мембран» при ЭКД?

Перечислите:

- 
- 
- 

4. Какое общее патогенетическое звено объединяет ЭКД и аллергический диатез (АД)?

- 

5. Какова интенсивность синтеза катехоламинов и глюкокортикоидов у детей с ЛГД? Выделите правильный ответ:

понижена

повышена

6. Дайте характеристику каждому симптому экссудативно-катарального диатеза:

Гнейс – это...

Молочный струп - это...

Неправильное нарастание массы тела - это...

Строфулюс – это...

7. Перечислите основные маркеры ЛГД :

1.....

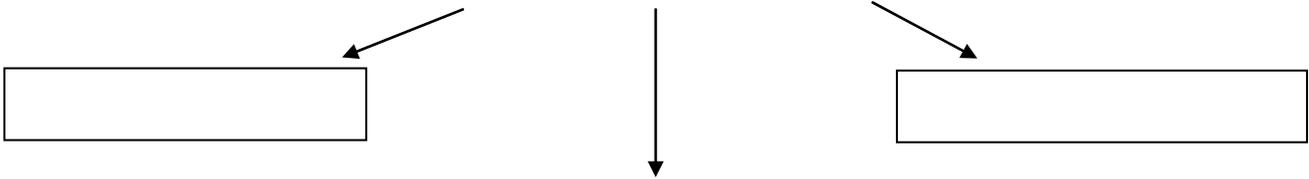
2.....

3.....

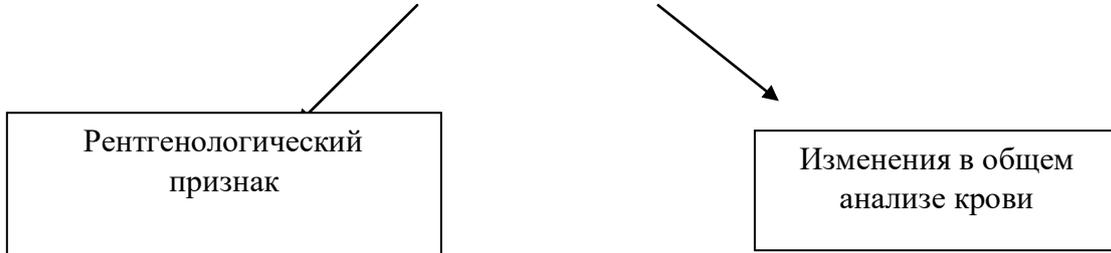
4....

5....

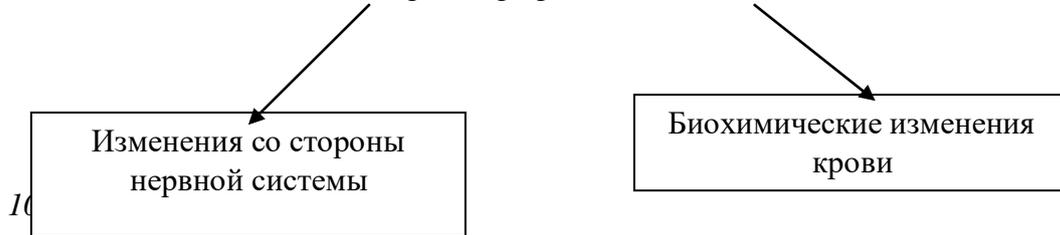
8. Укажите синдромы, характерные для НАД



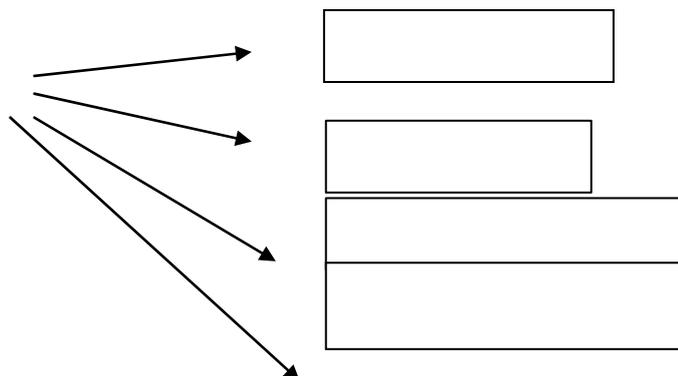
9. Расшифруйте диагностические критерии лимфатико-гипопластического диатеза



9. Расшифруйте диагностические критерии нервно-артритического диатеза



Принципы терапии диатезов



11. Перечислите известные Вам облигатные аллергены:

-  
-  
-

12. Распишите диету, свойственную каждому виду диатез:

1. Экссудативно-катаральный диатез.....

2. Лимфатико-гипопластический диатез....

3. Нервно-артритический диатез....

13. Выберите антигистаминные препараты:

<i>препараты</i>	<i>+/-</i>
Флемоксин	
Диазолин	
Макмирор	
Фенкарол	
Тавегил	
Омепразол	
Зиртек	
Задитен	
Ранитидин	
Супрастин	
Аллергодил	
Кетотифен	

## Задание для самостоятельной работы студентов 4 курса

### педиатрического факультета

#### «Хронические расстройства питания»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.

1. Определение хронических расстройств питания (ХРП)
2. Факторы, способствующие развитию ХРП.
3. Патогенез ХРП.
4. Клиническая картина ХРП.
5. Принципы лечения ХРП.

#### II. Целевые задачи.

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Современное представление о наиболее часто встречающихся формах ХРП у детей.</li><li>• Лабораторную диагностику.</li><li>• Клинические проявления заболеваний.</li><li>• Дифференциальный диагноз.</li><li>• Лечение.</li><li>• Диспансерное наблюдение, вопросы профилактики.</li></ul>	<p><b>Литература</b></p> <p><i>Основная</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. «Детские болезни», под ред. Н.П. Шабалова.- М., 2007г</li><li>2. «Болезни органов пищеварения», под ред. А.В. Мазурина.- М., 1984г.</li></ol> <p><i>Дополнительная</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. И.О. Смиян, В.Ф. Лобода, О.Е. Федорцев, «Гипотрофия», - Киев, 1989г.</li><li>4. Р. М. Харькова «Принципы рационального вскармливания детей первого года жизни», - М.2003г.</li><li>5. Руководство по лечебному питанию детей под ред. К.С.Ладодо, -М., «Медицина», 2003г.</li><li>6. Справочник семейного врача, - Минск, «Беларусь», 2000г.</li><li>7. Вельтищев Ю.Е., Ермолаев М.В., Князев Ю.А. Обмен веществ у детей – М.: Медицина, 1993.</li><li>8. Лабораторные методы исследования в клинике: Справочник / Под ред. Меньшикова В.В. – М.:Медицина, 1997.</li></ol>
<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Целенаправленно собрать анамнез.</li><li>• Выявить патогномичные симптомы заболеваний.</li><li>• Провести объективное обследование больного с ХРП.</li><li>• Определить степень тяжести больного.</li><li>• Составить план параклинического</li></ul>	<p><b>Литература</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Таболин В. А., Неудахин Е. В. Болезни детей раннего возраста Методическое пособие - М., 1997г.</li><li>2. А.В. Мазурин, И.М. Воронцов, «Пропедевтика детских болезней». - М. 2000г.</li><li>3. Синдромная диагностика в педиатрии, под ред. А.А.Баранова, - М., «Медицина», 2001г.</li></ol>

<p>обследования, уметь интерпретировать результаты полученных исследований.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Провести дифференциальную диагностику между различными формами ХРП.</li> <li>• Наметить план лечения больного.</li> <li>• Дать рекомендации по ведению больного в поликлинических условиях.</li> <li>• Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.</li> </ul>	<p>4. Гипотрофия и её предупреждение (лекция для врачей № 13)//Российский вестник перинатологии и педиатрии (приложение), - М.2005г.</p> <p>5.Регистр лекарственных средств России:/ Под ред. Крылова Ю.Ф. – М.: Ремако, 2006.</p> <p>6. Захаров И.Н. Каталог продуктов детского питания. – М., 1996.</p>
--	---

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы указанной выше.

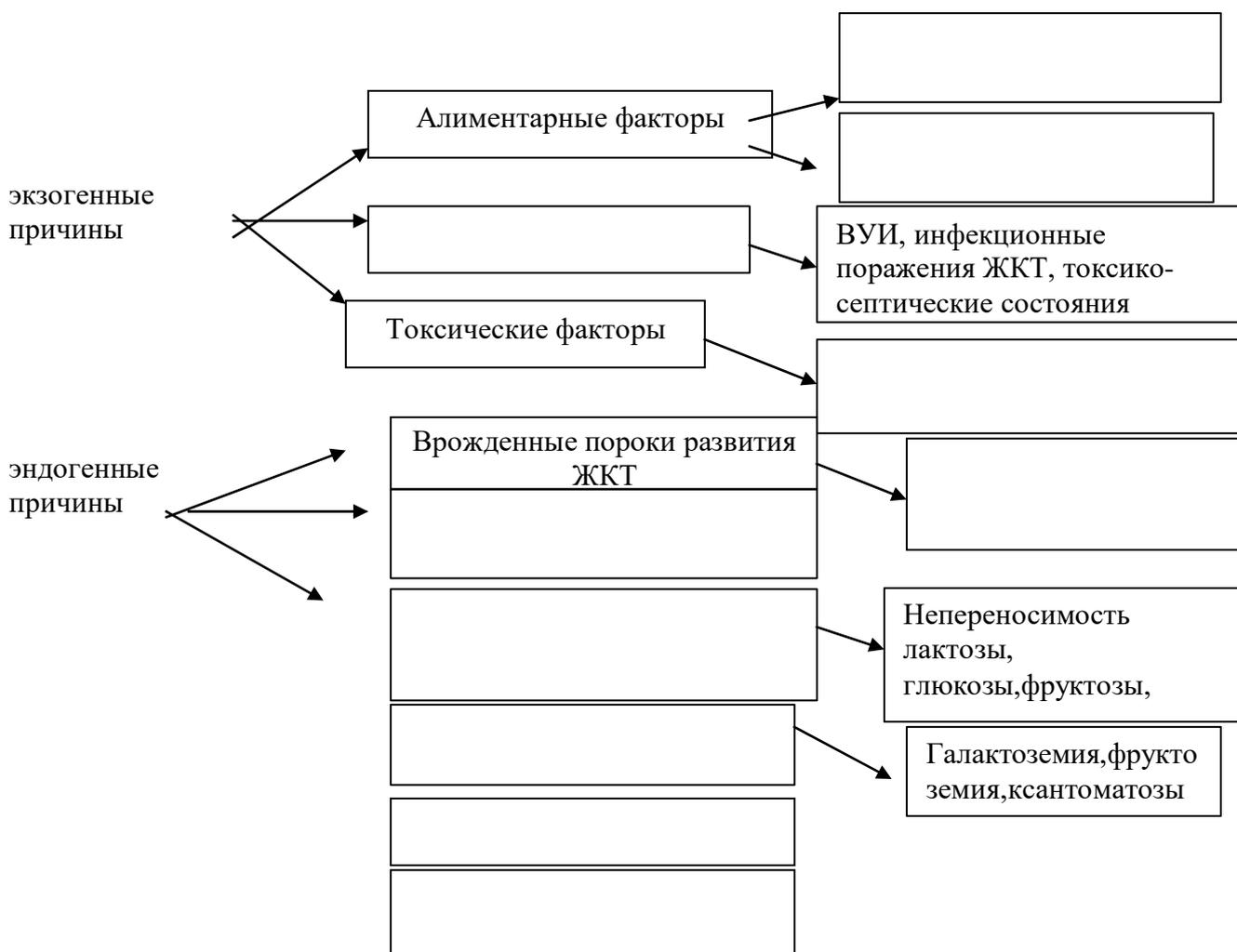
### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Дайте определение. Продолжите:

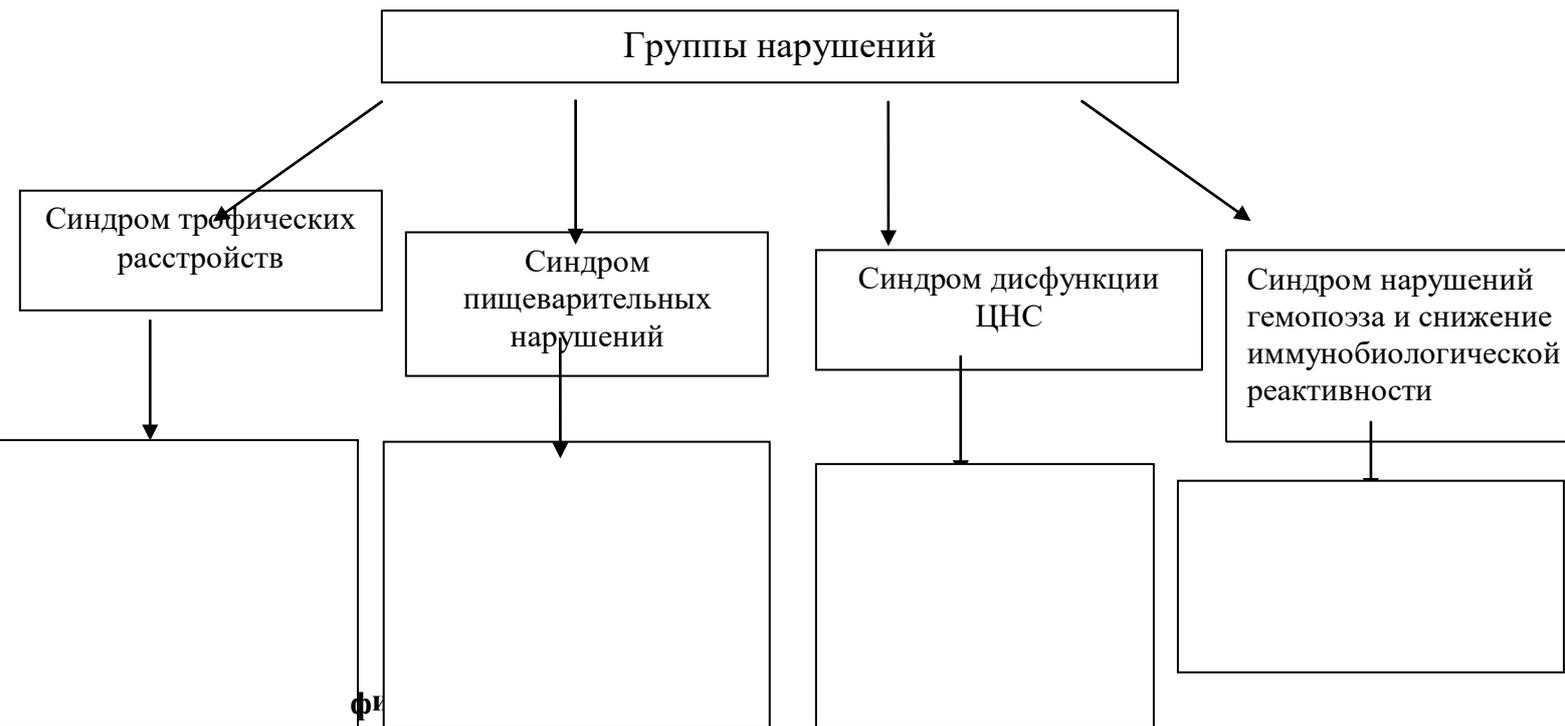
**Гипотрофия** – это ...

**Паратрофия** – это ...

2. *Этиология гипотрофий. Заполните:*



3. Патогенез. Дайте характеристику каждому синдрому



Заполните таблицу

Степень тяжести	этиология	генез	Варианты течения
1.Легкая I	1.Первичная	1.Алиментарная	1.Внутриутробная

5. Сформулируйте пример диагноза по классификации.

---



---



---

6. Клинические признаки гипотрофии. Заполните таблицу

Основные клинические симптомы	Нарушение упитанности		
	I Степень гипотрофии	II Степень гипотрофии	III Степень гипотрофии
1. истончение п/к жирового слоя			
2. трофические изменения			
3. снижение тургора тканей			
4. кривая массы тела в			

динамике			
5.рост			
6.индекс Чулицкой (упитанности)			

## 7. Лечение

*Принципами диетотерапии при гипотрофии является трехфазное питание. Назовите периоды*

1. период .....
2. период .....
3. период.....

8. Сколько дней составляет 1 период?

при гипотрофии I степени .....

при гипотрофии II степени .....

при гипотрофии III степени .....

9. Суточный объем молочной смеси в первые дни дают:

при гипотрофии I степени .....

при гипотрофии II степени .....

при гипотрофии III степени .....

10. Решите ситуационную задачу.

### Задача №1

Больная Ш., 7 мес, поступила в клинику по поводу плохой прибавки в массе тела, беспокойства, частого срыгивания, неустойчивого стула, задержки психомоторного развития.

Девочка от 4-ой беременности. Родилась с массой тела 3,000 кг дл. 50 см. Приложена к груди на 3 сутки. За месяц до родов мать перенесла ОРВИ, осложнившуюся пневмонией. Получала симптоматическое лечение. Выписана из роддома через месяц, из-за патологии матери (пневмония). С месячного возраста переведена на смешанное вскармливание. В связи с гипогалактией у матери, докармливалась смесью №2 две недели, затем до 3 мес. - смесью №3. С 3 мес. переведена полностью на искусственное вскармливание. Получала цельное коровье молоко. Соки введены с 2 мес, с 4 мес. начала получать манную кашу. Коррекция питания, взвешивание и контроль за прибавкой в массе не проводились. Голову девочка начала держать с 4 мес. Не садится. В 5 мес. ребенок был госпитализирован в районную больницу по поводу острой пневмонии. В связи с тем, что состояние улучшилось незначительно, срыгивание почти после каждого кормления, отсутствие прибавки в массе, учащение стула до 6-8 раз в сутки. Для дальнейшего лечения девочка переведена в ДРКБ.

Объективно - при поступлении общее состояние средней тяжести, при осмотре - беспокойна, отрицательно реагирует на осмотр. Масса тела 5800,0 кг, дл. 64 см. Голову держит неуверенно, не гулит. Не улыбается на обращенную к ней речь. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие, в паховых складка -опрепелость, на коже спины, живота -

потница. Эластичность и упругость кожи, тургор тканей снижены. Подкожная основа сильно истончена. Индекс Чулицкой = 6. Пропорции тела нарушены, дефицит массы тела 29%. Выражены теменные и лобные бугры, пальпируются рахитические «четки», затылок уплощен. Тоны сердца приглушены, живот мягкий, несколько вздут. Стул 6 раз в сутки, кашецеобразный, желтого цвета, с комочками не переваренной пищи, с небольшим количеством слизи.

**Общий анализ крови:** НЬ -132 г/л. Эр -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, цв.п. - 0,9%, Тромб -  $320 \times 10^9$ /л, Лейк -  $1,5 \times 10^9$ , п/я - 3%, с - 50%, э - 2%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 5 мм/час.

**Общий анализ мочи:** относительная плотность 1,015, реакция кислая, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты -отсутствуют.

### ВОПРОСЫ

1. Укажите предварительный диагноз
2. Возможные причины патологических состояний у ребенка
3. В консультации каких специалистов нуждается ребенок
4. Рассчитайте массо-ростовой коэффициент при рождении и оцените его.
5. Какие изменения в биохимическом анализе крови следует ожидать у больного?
6. План кормления и медикаментозного лечения
7. Какова тактика ухода за ребенком?
8. Какие профилактические меры следует проводить ребенку?
9. Какова симптоматическая терапия?
10. В какой дозе следует назначать витамин D?
11. Каков прогноз?

**Кафедра госпитальной педиатрии с ЛФК и ВК  
4 курс педиатрический факультет**

**«ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ»  
( задание для самостоятельной работы)**

**Студент должен знать:**

1. Современное представление о ЖДА, ее классификацию.
2. Клинические проявления ЖДА у детей.
3. Лабораторную диагностику ЖДА у детей.
4. Перечень заболеваний, с которыми надо дифференцировать заболевание, на основании каких симптомов необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Лечение ЖДА у детей.
6. Принципы диспансерного наблюдения, вопросы профилактики.

**Студент должен уметь:**

1. Целенаправленно собрать анамнез.
2. Выявить патогномичные симптомы заболевания.
3. Провести объективное обследование больного с подозрением на ЖДА.
4. Определить степень тяжести больного.
5. Составить план параклинического обследования, уметь интерпретировать результаты полученных исследований.
6. Провести дифференциальную диагностику между различными формами анемии.
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.

## **Тестовый контроль знаний**

- 1) *Особенно интенсивно железо накапливается в организме плода*
  - а) в I триместре беременности
  - б) во II триместре беременности
  - в) в III триместре беременности
  
- 2) *Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:*
  - а) нормохромной
  - б) гиперхромной
  - в) гипохромной
  
- 3) *Костномозговое кроветворение при железодефицитной анемии характеризуется:*
  - а) гипоплазией
  - б) аплазией
  - в) направленностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови.
  
- 4) *Императивные позывы на мочеиспускание и ночное недержание мочи у больных железодефицитной анемией связаны*
  - а) с инфекцией мочевыводящих путей
  - б) с мышечной слабостью
  - в) с поражением отделов центральной нервной системы
  
- 5) *При железодефицитной анемии выявляется снижение*
  - а) продукта насыщения трансферрина
  - б) уровня сывороточного железа
  - в) уровня ферритина в сыворотке
  - г) концентрации гемоглобина в эритроците
  - д) железосвязывающей способности сыворотки крови.
  
- б) *Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются*
  - а) алиментарная (недостаточное поступление железа с пищей)
  - б) синдром мальабсорбции
    - в) инфекционные заболевания
    - г) аплазия костного мозга
    - д) повышение потребности организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды.
    - е) ювенильные маточные кровотечения у девочек.
  
- 7) *Депозиты железа в организме являются*
  - а) костный мозг
  - б) мышцы
  - в) печень
  - г) селезенка
  - д) лимфатические узлы
  
- 8) *Депонированное железо представлено в организме в виде*
  - а) двуокиси железа
  - б) гемосидерина
  - в) закиси железа

г) ферритина

9) *Клинические симптомы железодефицитной анемии*

- а) нарастающая бледность кожных покровов
- б) лимфаденопатия
- в) утомляемость, раздражительность
- г) трофические нарушения кожи, волос, ногтей
- д) гектическая лихорадка
- е) систолический шум с пунктум максимум на вершине.

10) *Принципами лечения железодефицитных анемий являются*

- а) заместительная терапия препаратами крови
- б) витаминотерапия витамином В12
- в) витаминотерапия витамином С
- г) витаминотерапия витаминами группы В
- д) использование в диетотерапии продуктов, богатых железом, витаминами, белками
- е) назначение препаратов железа
- ж) глюкокортикоидная терапия

11) *Железодефицитной анемии свойственны сидеропенические симптомы, характеризующиеся*

- а) дистрофическими изменениями кожи, ногтей, волос.
- б) извращением вкуса
- в) увеличением печени
- г) мышечной слабостью
- д) судорожными подергиваниями конечностей
- е) увеличением селезенки.

12) *При микроскопии эритроцитов при железодефицитной анемии выявляются*

- а) шизоцитоз
- б) анизоцитоз с наклонностью к микроцитозу
- в) сфероцитоз
- г) пойкилоцитоз
- д) мишеневидные эритроциты

13) *Железодефицитную анемию необходимо дифференцировать*

- а) с гипобластическими анемиями
- б) с талассемиями
- в) с серповидно-клеточной анемией
- г) с анемиями, связанными с нарушением синтеза порфиринов и гема
- д) с приобретенными гемолитическими анемиями.

Дополнить

14) *Анемии, возникающие в результате недостаточного поступления в организм или нарушенного всасывания продуктов, необходимых для построения*

*называются*

15) *Наиболее распространенной, причиной развития железодефицитной анемии у детей (по данным ВОЗ) является \_\_\_\_\_*

16) Большая часть железа всасывается в желудочно-кишечном тракте в \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ кишке.

17) Постоянным клиническим симптомом железодефицитной анемии является \_\_\_\_\_

18) Анемия при дефиците железа носит \_\_\_\_\_  
характер (по уровню цветового показателя)

#### **УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЯ**

19) Заболевание

Лабораторные показатели

1) железодефицитная анемия

а) мишеневидные эритроциты

2) талассемия

б) гипохромия

в) сфероцитоз

3) наследственный сфероцитоз

20) Для железодефицитной анемии характерно

а) снижение гемоглобина

б) снижение цветового показателя

в) снижение гематокрита

г) снижение количества эритроцитов

д) снижение количества ретикулоцитов

21) Среди клинических симптомов при железодефицитной анемии реже всего отмечается

а) глоссит

б) бледность

в) желтуха

г) анорексия

д) выпадение волос.

22) Наиболее частой причиной железо дефицитной анемии у детей старшего возраста является

а) глистная инвазия

б) нарушение всасывания железа

в) хроническая кровопотеря

г) авитаминоз

д) недостаточное поступление железа с пищей.

23) Препараты железа следует запивать

а) водой

б) молоком

в) соком

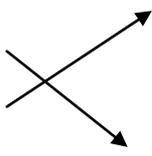
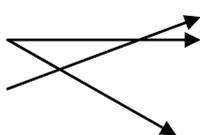
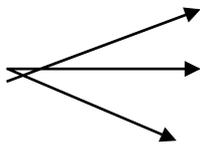
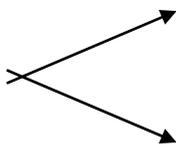
д) повышение уровня сывороточного железа

Железодефицитная анемия – это \_\_\_\_\_.

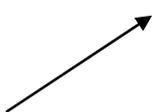
### ЭТИОЛОГИЯ

Выберите и укажите правильные варианты ответов

#### Аntenатальные факторы риска развития ЖДА

Беременность матери		нормальная	<input type="checkbox"/>
		недоношенная	<input type="checkbox"/>
		многоплодная	<input type="checkbox"/>
Заболевания матери		анемии	<input type="checkbox"/>
		инфекц. заболевания	<input type="checkbox"/>
		врожденные пороки сердца	<input type="checkbox"/>
Дефицит железа в организме матери		дефицита нет	<input type="checkbox"/>
		недлительный дефицит	<input type="checkbox"/>
		глубокий и длительный дефицит	<input type="checkbox"/>
Нарушение транспорта железа		из-за снижения активности трансферрина	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

#### Интранатальные факторы риска развития ЖДА

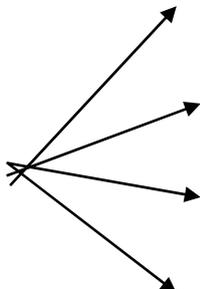
	преждевременная	<input type="checkbox"/>
---	-----------------	--------------------------

Перевязка пуповины



своевременная

Риск интранатального кровотечения



из-за травматических акушерских пособий

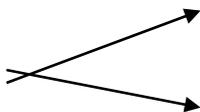
из-за аномалий развития плаценты

нормальное развитие плаценты

из-за аномалий развития сосудов пуповины

### Постнатальные факторы риска развития ЖДА

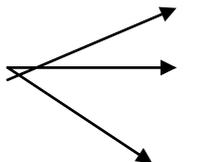
Вскармливание



естественное

раннее искусственное

Использование

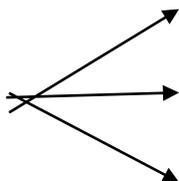


адаптированных смесей

неадаптированных смесей

цельного коровьего молока

Избыточные потери



синдром мальабсорбции

дети с лимфатическим диатезом

длительные геморрагические маточные выделения у девочек

### Выберите детей, подверженных риску развития ЖДА

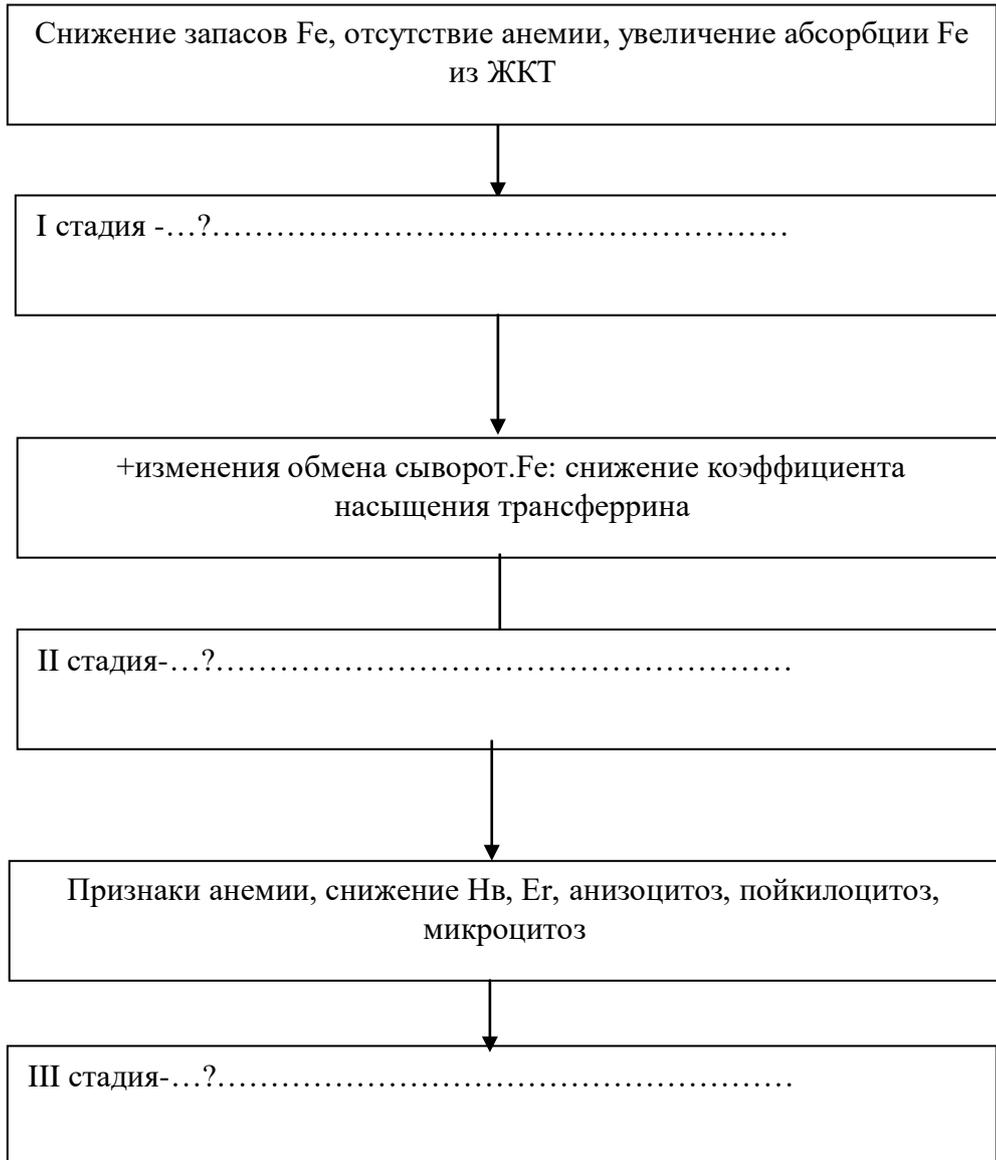
1. Ребенок 9 месяцев, от первой нормальной беременности, первых срочных родов, масса при рождении 3400 г. На грудном вскармливании находился до 7 месяцев. Получает прикорм по возрасту.
2. Ребенок 3 месяцев, от первой беременности, протекавшей с токсикозом второй половины, первых родов в 36 недель, масса при рождении 2800г. Из роддома был переведен в отделение патологии новорожденных с диагнозом язвенно-некротический энтероколит. С рождения находится на искусственном вскармливании.
3. Ребенок 9 месяцев с лимфатико-гипопластическим диатезом. От первой нормальной беременности, первых срочных родов, масса при рождении 4200 г. На грудном вскармливании находился до 4 месяцев. В настоящее время вскармливается цельным коровьим молоком, прикорм не получает.
4. Девочка 14 лет, вегетарианка. Предъявляет жалобы на нерегулярный менструальный цикл.

### ПАТОГЕНЕЗ

Указать факторы, усиливающие и ослабляющие всасывание железа в тонком кишечнике:

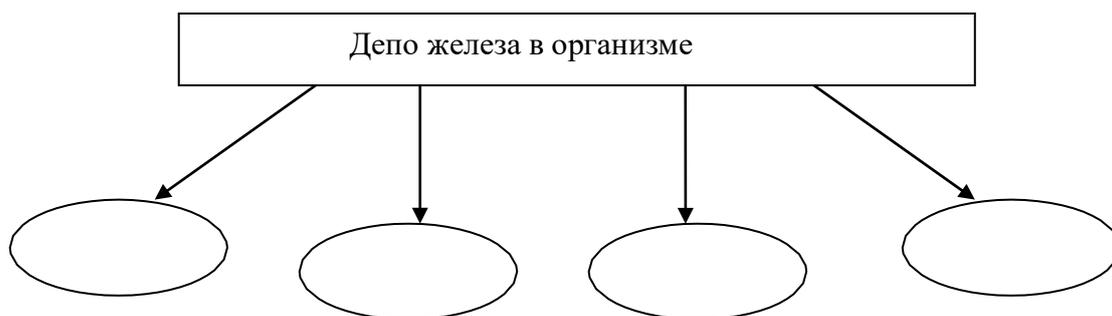
Факторы	Усиливают(+)	Ослабляют(-)
1. Приём молока		
2. Аскорбиновая к-та		
3. Оксалаты		
4. Танин		
5. Препараты кальция		
6. Фруктоза		
7. Сорбит		

**Заполните и укажите стадии развития железодефицитных состояний:**



**Продолжить алгоритм обмена Fe в организме:**





Указать суточную потребность в железе:

Возраст	Потребность в железе, мг		
	0,5	0,7	1,0
0-4 мес			
5-12 мес			
1-12 лет			

### КЛАССИФИКАЦИЯ

Заполните таблицы

Таблица 1

Степень тяжести	Нв	Ег
Легкая		
Средняя		
Тяжелая		

Таблица 2

По числу ретикулоцитов	
	Ретикулоцитоз от 5 до 50%
	Ретикулоцитоз свыше 50%
	Низкий ретикулоцитоз, отсутствие ретикулоцитов

Напишите пример диагноза по классификации.

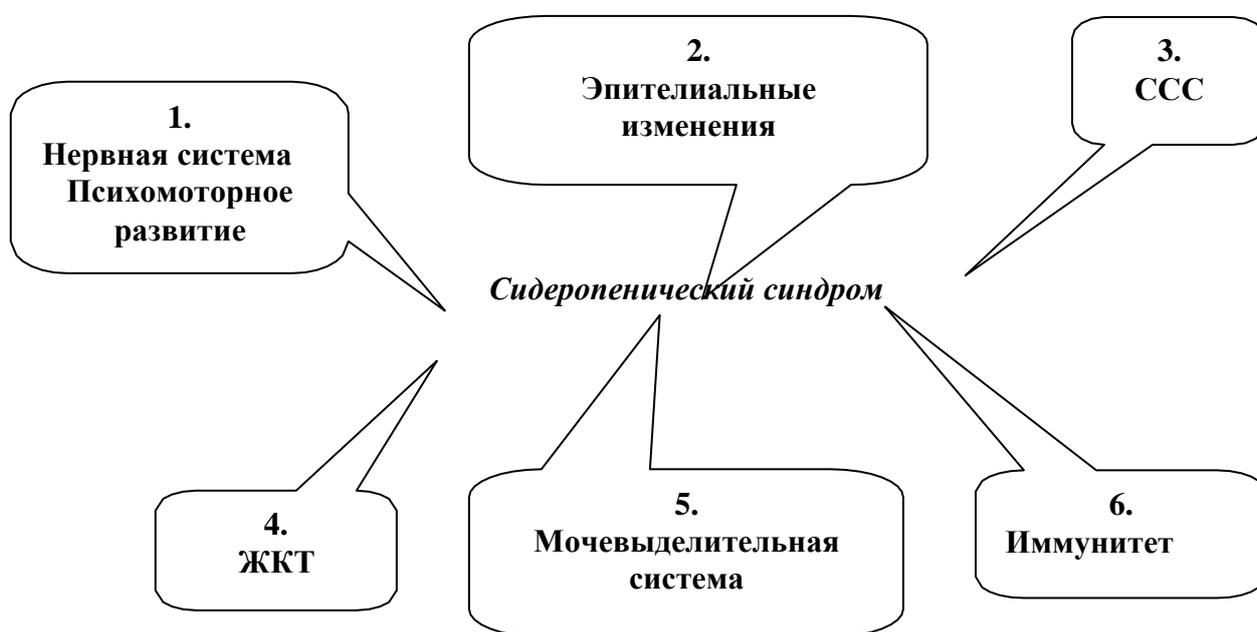
## КЛИНИКА

Перечислите общеанемические симптомы:

- 
- 
- 
- 
- 

Назовите симптомы, патогномоничные для дефицита железа.

Заполните таблицу, объясните механизм развития каждого симптома.



Органы и системы	Сидеропенические симптомы	Механизм развития
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Укажите лабораторные критерии ЖДА, их изменения и нормативы:

	Критерии	Норма
Гематологические показатели		

	Критерии	Норма
Показатели обмена железа		

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГИПОХРОМНЫХ АНЕМИЙ**  
(сходства и отличия)

<b>Заболевания</b>		<b>Общие признаки</b>	<b>Отличия</b>
ЖДА+талассемия	клинич		
	лаборат		
	терапевт		
ЖДА+сидеробластные анемии	клинич		
	лаборат		
	терапевт		
ЖДА+отравл.свинцом, изониазидом	клинич		
	лаборат		
	терапевт		

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЖДА

Выберите и укажите правильные варианты ответов

Возместить дефицит железа		Возместить дефицит железа без железodefицитных препаратов невозможно	<input type="checkbox"/>
		Возместить дефицит железа без железodefицитных препаратов возможно при легкой степени ЖДА	<input type="checkbox"/>
Выбор терапии		Терапия должна проводиться железосодержащими препаратами	<input type="checkbox"/>
		Терапия может проводиться не только железосодержащими препаратами	<input type="checkbox"/>
Метод назначения препаратов		Терапия железodefицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами железа для перорального применения	<input type="checkbox"/>
		Терапия железodefицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами железа для парентерального применения	<input type="checkbox"/>
Длительность терапии		Терапия ЖДА не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
Применение гемотрансфузии		Гемотрансфузии при ЖДА возможны только по жизненным показаниям	<input type="checkbox"/>
		Гемотрансфузии при ЖДА возможны при анемии II, III степени тяжести	<input type="checkbox"/>

**Поставьте диагноз по классификации,  
назначьте лечение и профилактические мероприятия  
( выпишите рецепты)**

**Задача № 1**

1. Ребенку 8 месяцев.

**Общий анализ крови:**  $E_r - 3,5 \times 10^{12}/л$ ,  $H_b - 60$  г/л, ретикулоциты – 2%,  
 $MCV - 50$  фл,  $MCH - 20$  пг,  $MCHC - 24$  г/л.

**Б/х анализ крови:** сывороточное железо - 5 мкмоль/л.

**Задача № 2**

2. Ребенку 10 лет.

**Общий анализ крови:**  $E_r - 4,2 \times 10^{12}/л$ ,  $H_b - 105$  г/л, ретикулоциты – 15%,  $MCV - 65$  фл,  
 $MCH - 24$  пг,  $MCHC - 26$  г/л.

**Б/х анализ крови:** сывороточное железо - 9 мкмоль/л.

### Использованная литература

1. Анемии у детей. / Под ред. В. И. Калиничевой. — М.—Л.: Медицина, 1978 - 49-62 с.
2. Бисярина В.П., Казакова Л.М. Железодефицитные анемии у детей раннего возраста.— М.:Медицина, 1976.— 176 с.
3. Демидова А.В. Анемии. – М. – 1993. – 88 с.
4. Идельсон Л.И. Гипохромные анемии. – М.:Медицина, 1981.— 192 с.
5. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Левина А.Л. Проблемы терапии железодефицитной анемии у детей // Педиатрия.-2002- № 6- с. 4-10.
6. Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Захарова И.Н. Железодефицитные анемии у детей (руководство для врачей). — М., 1999. — 64 с.
7. Левицкая С.В. Гипохромные анемии у детей. – М. – 1988. – 22 с.
8. Малаховский Ю.Е., Манеров Ф.К., Чернов О.И. и др. Иммунный ответ и заболеваемость некоторыми инфекциями у детей с железодефицитной анемией. // Педиатрия. – 1983. – № 8. – С. 28-31.
9. Папаян А. В., Жукова Л. Ю. Анемии у детей. — С.-Пб., 2001 — 381 с.
10. Румянцев А.Е, Морщакова Е.Ф., Павлов А.Д. Эритропоэтин. — Изд. Дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. - 399 с.
11. Султанова Г.Ф. Анемия недоношенных детей. – Чебоксары. – 1989.-144 с.
12. Финогенова Н.А. и др. Анемии у детей: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение: Пособие для врачей-педиатров и гематологов – 2-е издание дополненное и переработанное – М.:МАКС Пресс, 2004. – 216 с.

**Задание для самостоятельной работы студентов 4 курса педиатрического факультета по циклу « Ранний возраст. Пульмонология» «ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ»**

**I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.**

1. Определение острых пневмоний у детей
2. Факторы, способствующие развитию острых пневмоний у детей
3. Патогенез острых пневмоний у детей
4. Клиническая картина острых пневмоний у детей
5. Принципы лечения острых пневмоний у детей

**II. Целевые задачи.**

<p><b><u>Студент должен знать</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Современные представления о пневмонии. Классификацию пневмоний.</li> <li>2. Клинические проявления пневмоний</li> <li>3. ОДН</li> <li>4. Лабораторную и рентген диагностику пневмоний, бронхитов</li> <li>5. Перечень заболеваний, с которыми необходимо дифференцировать пневмонии</li> <li>6. Лечение пневмоний, профилактику и диспансерное наблюдение</li> </ol>	<p><b>Литература</b> <i>Основная</i> 1.«Детские болезни», под ред. Н.П. Шабалова.- М., 2007г <i>Дополнительная</i> Калманова Е.н., Айсанов З.Р. Исследование респираторной функции и функциональный диагноз в пульмонологии.// Рус.мед.журнал, 2000, №12,с 510-514. .Таточенко В.К. Практическая пульмонология детского возраста.- М., 2001.- 268с. Мизерницкий Ю.Л. Бронхообструктивный синдром при ОРВИ у детей раннего возраста: дифференциальный диагноз в педиатрической практике.// пульмонология детского возраста: проблемы и решения, Вып.2., М, 2002. С.102-108.</p>
<p><b><u>Студент должен уметь</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить психологический контакт с родителями и больным ребенком</li> <li>2. Выяснить жалобы. Целенаправленно собрать анамнез</li> <li>3. Выявить признаки, присущие поражению дыхательной системы</li> <li>4. Оценить характер кашля</li> <li>5. Определить частоту дыхания, форму</li> </ol>	<p><b>Литература</b> 1. Таболин В. А., Неудахин Е. В. Болезни детей раннего возраста Методическое пособие - М., 1997г. 2. А.В. Мазурин, И.М. Воронцов, «Пропедевтика детских болезней». - М. 2000г. 3. Синдромная диагностика в педиатрии, под ред. А.А.Баранова, - М., «Медицина», 2001г. 5.Регистр лекарственных средств России:/ Под ред. Крылова Ю.Ф. – М.: Ремако, 2006. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. Под ред. Царегородцева А.Д., Таболина В.А.- Том 1 (под ред. С.Ю. Каганова)-М.: Медпрактика.- 2002</p>

<p>одышки</p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>6.</b> Провести перкуссию и аускультацию легких</li><li><b>7.</b> Оценить тяжесть состояния</li><li><b>8.</b> Составить план параклинического обследования и уметь интерпретировать результаты полученных данных</li><li><b>9.</b> Провести дифференциальную диагностику пневмоний с бронхитами, бронхолитами, бронхиальной астмы.</li><li><b>10.</b> На основании полученных данных поставить диагноз</li><li><b>11.</b> Наметить план лечения</li><li><b>12.</b> Дать рекомендации по ведению больного в амбулаторных условиях</li><li><b>13.</b> Уметь оформить историю болезни, написать эпикриз.</li></ol>	
--	--

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы указанной выше.

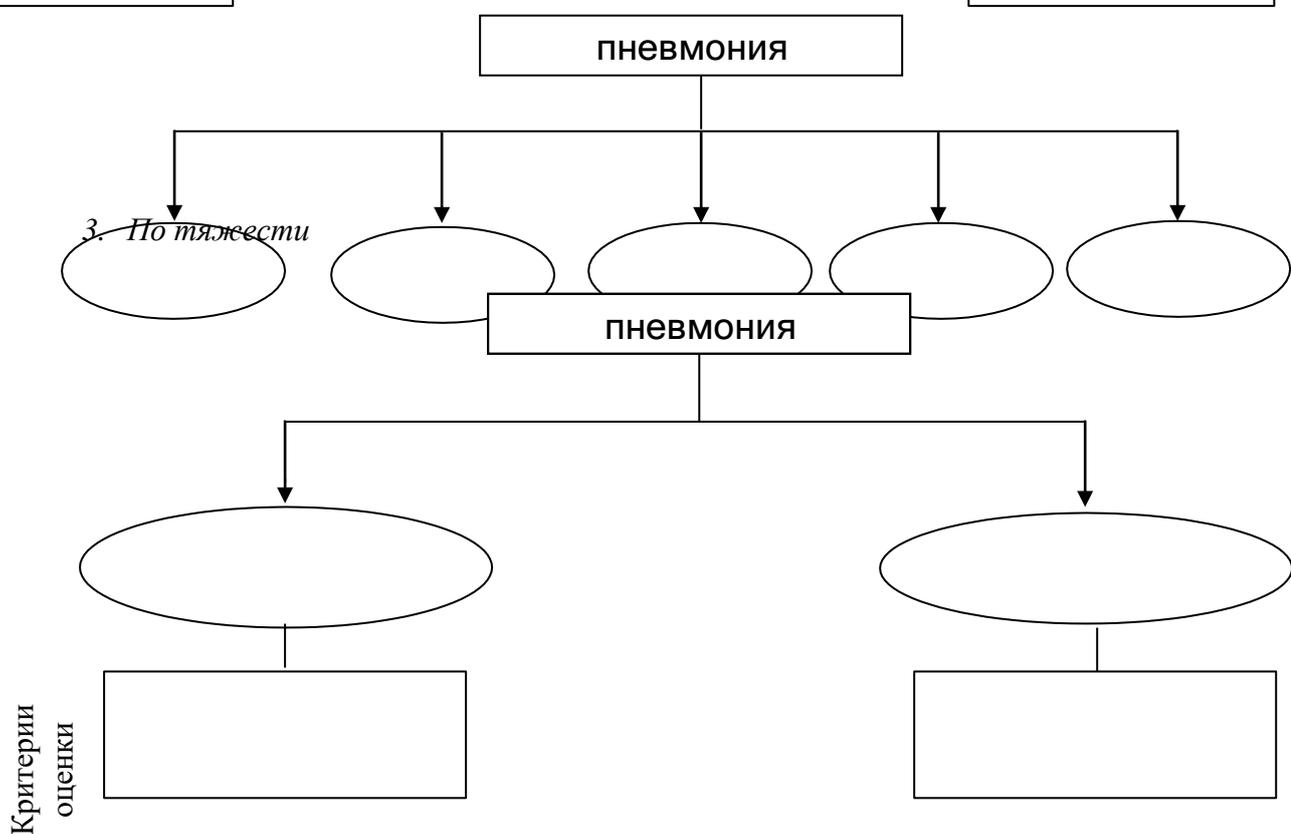
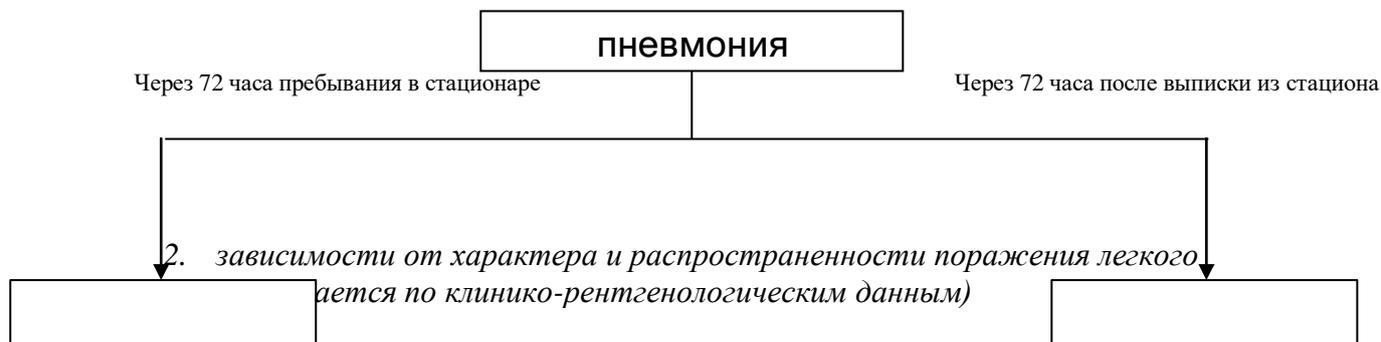
## Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

I. Дайте определение пневмонии \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II. Классификация пневмоний

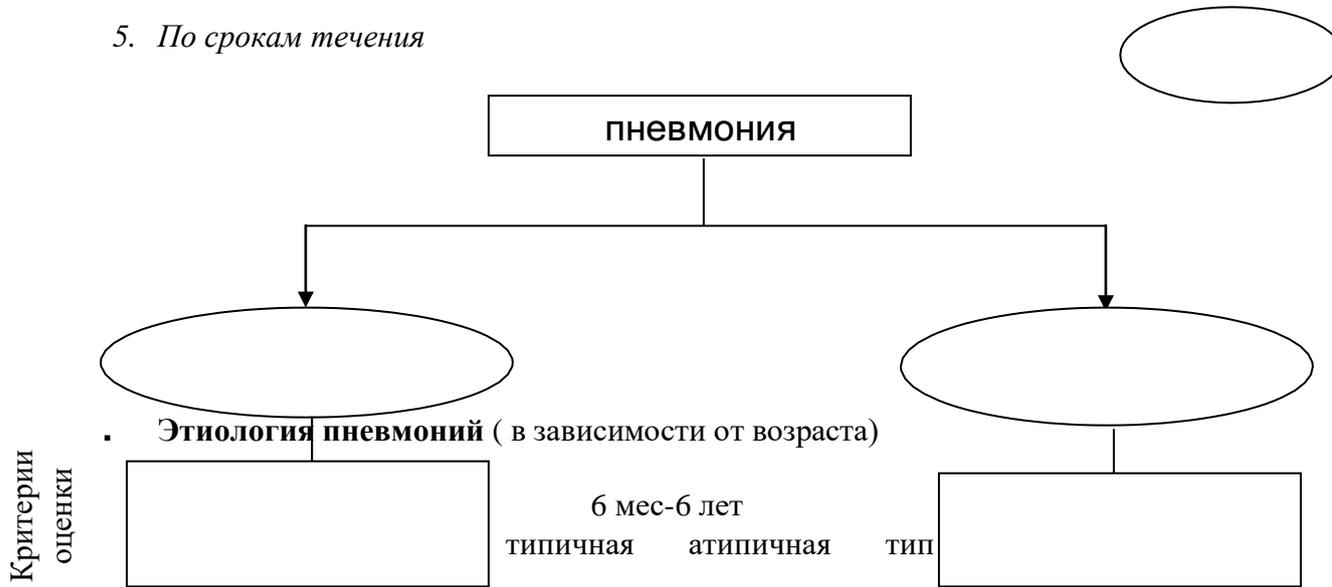
1. По условиям инфицирования и срокам развития



4. Основные осложнения пневмонии

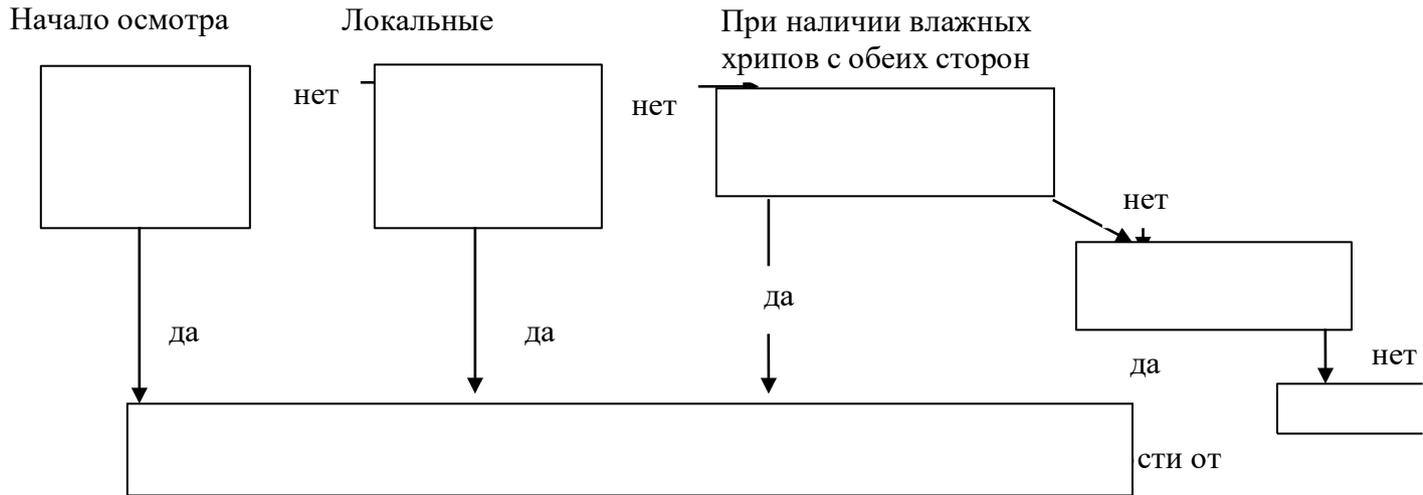
### Основные осложнения пневмоний

5. По срокам течения



**IV. Составьте схему патогенеза пневмоний**

**Заполните схему диагностического алгоритма пневмоний**

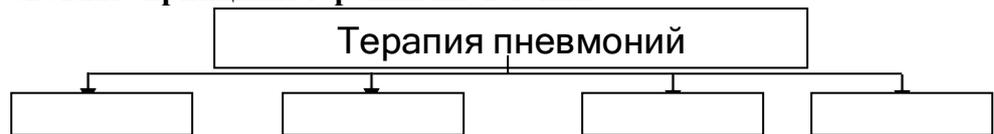


**VI.** возраста)

*Заполните таблицу*

1-6 мес		6 мес-6 лет		7-15 лет	
типичная	атипичная	типичная	атипичная	типичная	атипичная

**VII. Основные принципы терапии пневмоний**



**VIII. Заполните алгоритмы антибактериальной терапии внебольничных пневмоний у детей**

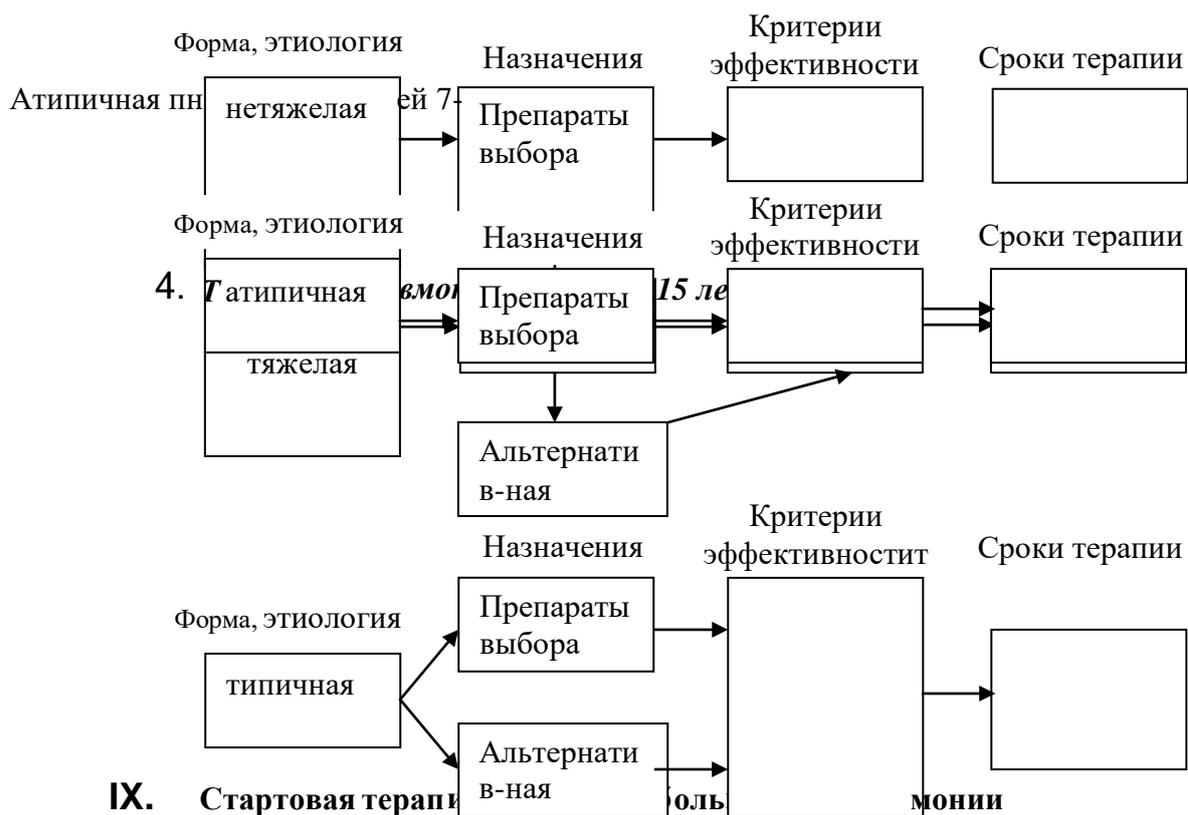
1. Атипичная пневмония у детей 1- 6 месяцев



2. Типичная пневмония

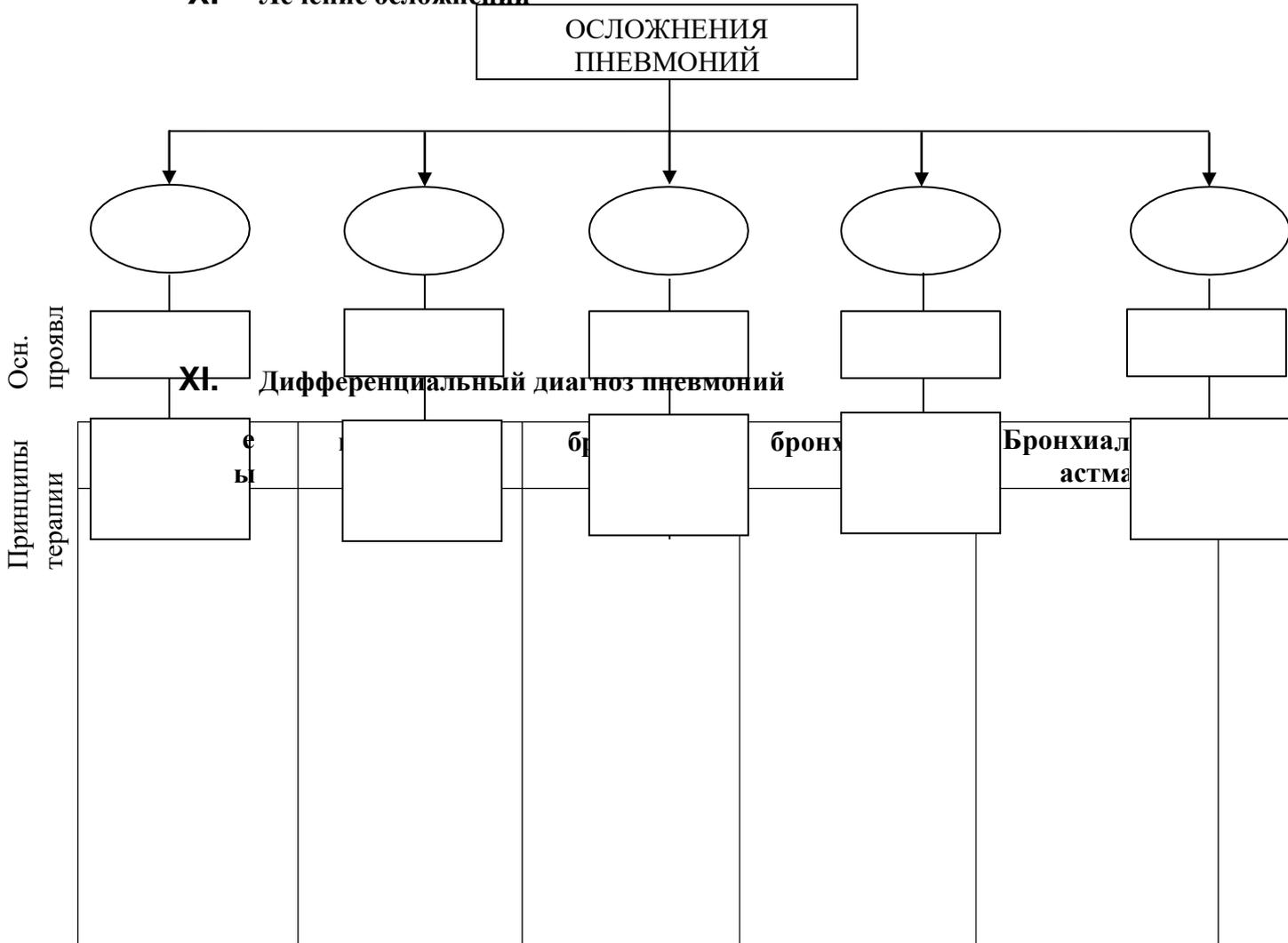


### 3. Типичная пневмония у детей 6 месяцев- 6 лет



Терапия до пневмонии	Вероятный возбудитель	Рекомендуемые препараты
Не проводилась	Пневмококк, микоплазма	
Пенициллин, ампициллин	Стафилококк, микоплазма	
Макролид	Кокковая флора, устойчивый пневмококк, H.influenzae	
Цефалоспорин-1, оксациллин, линкомицин	Кишечная палочка, др.гр-отр.флора, резистентный стафилококк	
Аминогликозид	Пневмококк или гр-отр.флора, резистентный стафилококк	
Аминогликозид+цефалоспорин 2-3	Резистентная гр-отр.флора, резистентный стафилококк	

## X. Лечение осложнений



## XII. Характеристика кашля

Характер кашля	Описание кашля	Для каких заболеваний характерен
Сухой		
Лающий		
Влажный		
Коклюшный		
Коклюшеподобный		
Кашель стокато		
Спастический		
Битональный		

### Задание №1

Оценить анализ крови ребенка 4 месяцев, госпитализированного по поводу повышения температуры тела до  $38,7^{\circ}$ , одышку до 52 в 1 мин, влажный кашель на 5 день от начала заболевания.

На рентгенограмме очаговое затемнение в нижних отделах слева

Эр	НВ			Цв пок	Тр		
4,0 x 10 <sup>12</sup> /л	119 г/л			0,9	230 x 10 <sup>9</sup> /л		
Лей	нейтрофилы			лимф	эоз	мон	СОЭ
	ю	П/я	с/я				
12,0 x 10 <sup>9</sup> /л	2	8	42	42	0	6	27 мм/ч
Токсическая зернистость нейтрофилов +++							

### Задание №2

Оценить анализ крови ребенка 3 лет повышением температуры тела до 38°, на 5 день от начала заболевания, постепенно усиливающийся кашель

На рентгенограмме гомогенный инфильтрат справа

Эр	НВ			Цв пок	Тр		
4,2 x 10 <sup>12</sup> /л	121 г/л			0,9	250 x 10 <sup>9</sup> /л		
Лей	нейтрофилы			лимф	эоз	мон	СОЭ
	ю	П/я	с/я				
9,0 x 10 <sup>9</sup> /л	0	4	30	60	0	6	17 мм/ч
Токсическая зернистость нейтрофилов -							

### Задание №3

У девочки 7 месяцев, госпитализированной в стационар по поводу повышения температуры тела до 39° при объективном осмотре выявлен серовато- белый колорит кожи, цианоз носогубного треугольника. Выражены лобные и теменные бугры, мышечная гипотония. ЧД- 69 в 1 мин. Перкуторно – укорочение перкуторного звука справа в нижних отделах. Аускультативно – удлинение вдоха и выдоха, в нижних отделах справа-крепитация. Тоны сердца приглушены. ЧСС-120 в 1 мин. Живот распластан. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Мочится мало.

Перечислите признаки, указывающие на поражение дыхательной системы.