

№ 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**

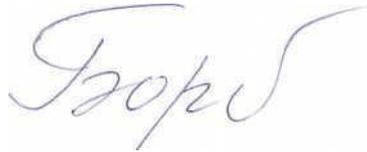
**по дисциплине
Пропедевтика детских болезней**

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 3 курса (5,6 семестр) педиатрического факультета ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России по дисциплине Пропедевтика детских болезней

Составители:
Зав.каф. дет бол
№1, проф.



Т.Т. Бораева

Доцент каф.



Л.В.Павловская

Доцент каф.



Ф.С.Дздебисова

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.

ТЕМА: «Физическое развитие детей первого года жизни»

Инструкция к тестовым заданиям: укажите один правильный ответ

1. В комплексную оценку физического развития входят:
 - а. антропометрия
 - б. половая и зубная формулы
 - в. физиометрические
 - г. гемодинамические показатели
 - д. все перечисленные

2. Критерии оценки биологического развития детей первого года жизни, кроме:
 - а. пропорции тела
 - б. показатели массы и роста
 - в. количество постоянных зубов
 - г. появление молочных зубов
 - д. психомоторное развитие

3. Период первого ускорения роста:
 - а. 1 – 3 года
 - б. 3 – 4 года
 - в. 4 – 6 лет
 - г. 6 – 9 лет
 - д. 10 – 11 лет

4. Средняя длина тела доношенного новорожденного:
 - а. 46 см.
 - б. 48 см.
 - в. 50 см.
 - г. 54 см.
 - д. 56 см.

5. Средняя масса новорожденного:
 - а. 2500 гр.
 - б. 3000 гр.
 - в. 3500 гр.
 - г. 4000 гр.
 - д. 4500 гр.

6. Причина физиологической убыли массы:
 - а. становление лактации у матери
 - б. потеря воды через кожу и легкие при дыхании
 - в. отпадение пуповинного остатка
 - г. выделение мекония и мочи
 - д. все перечисленное

7. Прорезывание молочных зубов заканчивается к:
- а. к 1 году
 - б. 2 годам
 - в. 2,5 годам
 - г. 3 годам
 - д. 4 годам
8. В третьем квартале первого года жизни рост увеличивается:
- а. на три сантиметра ежемесячно или на 9 см за квартал
 - б. на 2,5см ежемесячно или на 7,5см за квартал
 - в. на 1,5см ежемесячно или на 4,5см за квартал
 - г. на 1,0см ежемесячно или на 3см за квартал
9. Масса тела к одному году по сравнению с массой тела при рождении увеличивается
- а. в два раза
 - б. в три раза
 - в. на 50%
 - г. на 150%

Тестовый контроль на выходе.

Инструкция к тестовым заданиям: укажите один правильный ответ

1. Окружность головы ребенка составляет 46 см в возрасте:
- а) 11-12 месяцев
 - б) 8-9 месяцев
 - в) 9-10 месяцев
 - г) 6-8 месяцев
2. Показатели массы тела 10 кг и длины тела 75 см соответствуют возрасту ребенка:
- а) 12 месяцев
 - б) 1год 2 месяца
 - в) 6 месяцев
 - г) 9 месяцев
3. Показатели окружности головы у доношенного новорожденного равны:
- а) 34-36см.
 - б) 32-34см.
 - в) 38-40см
 - г) 30-32см
4. Средние показатели здорового ребенка в возрасте 2 месяцев следующие:
- а) масса 3600 г, длина 63 см
 - б) масса 4500 г, длина 55 см.
 - в) масса 5100 г, длина 59 см.

г) масса 5500 г, длина 54 см

5. Ребенку в возрасте 12 месяцев соответствуют следующие показатели:

- а) окружность головы 46 -48; окружность груди 48-50
- б) окружность головы 48 -50; окружность груди 50-52
- в) окружность головы 44 -46; окружность груди 46-49
- г) окружность головы 42 -44; окружность груди 46-48

6. Масса- ростовой показатель используется в качестве:

- а) критерия доношенности
- б) критерия зрелости
- в) критерия жизнеспособности
- г) критерия пропорциональности физического развития

7. Масса-ростовой показатель у новорожденных равен:

- а) 10-20
- б) 30-40
- в) 35-45
- г) 55-65

8. Одинаковые размеры окружности головы и груди определяются у ребенка в возрасте:

- а) при рождении
- б) в 2-3 месяца
- в) 5 месяцев
- г) 6 месяцев

9. Значение индекса Чулицкой упитанности у ребенка на первом году жизни составляет:

- а) 10-15 см
- б) 0-5 см
- в) 20-25 см
- г) 30-35 см

10. В первые три месяца первого года жизни рост увеличивается: а) на три сантиметра ежемесячно или на 9 см за квартал

- б) на 2,5 см ежемесячно или на 7,5 см за квартал
- в) на 1,5 см ежемесячно или на 4,5 см за квартал
- г) на 1,0 см ежемесячно или на 3 см за квартал

11. Во втором квартале первого года жизни рост увеличивается:

- а) на три сантиметра ежемесячно или на 9 см за квартал
- б) на 2,5 см ежемесячно или на 7,5 см за квартал
- в) на 1,5 см ежемесячно или на 4,5 см за квартал
- г) на 1,0 см ежемесячно или на 3 см за квартал

12. В третьем квартале первого года жизни рост увеличивается:

- а) на три сантиметра ежемесячно или на 9 см за квартал
- б) на 2,5 см ежемесячно или на 7,5 см за квартал
- в) на 1,5 см ежемесячно или на 4,5 см за квартал
- г) на 1,0 см ежемесячно или на 3 см за квартал

13. В четвертом квартале первого года жизни рост увеличивается:

- а) на три сантиметра ежемесячно или на 9 см за квартал
- б) на 2,5 см ежемесячно или на 7,5 см за квартал
- в) на 1,5 см ежемесячно или на 4,5 см за квартал
- г) на 1,0 см ежемесячно или на 3 см за квартал

14. За первый год жизни длина тела увеличивается в целом на:

- а) 20 см
- б) 25 см
- в) 30 см
- г) 10 см

15. Длина тела по сравнению с длиной тела при рождении удваивается:

- а) к году
- б) к трем годам
- в) к 4 годам
- г) к 12 годам

16. Длина тела по сравнению с длиной тела при рождении утраивается:

- а) к году
- б) к трем годам
- в) к 4 годам
- г) к 12 годам

17. Масса тела доношенного новорожденного составляет:

- а) 2500-3500 г
- б) 2700-4000 г
- в) 3500-4000 г
- г) 2000 -4000 г

18. Убыль массы тела сразу после рождения называется:

- а) физиологической
- б) патологической
- в) стандартной
- г) классической

19. Максимальная физиологическая убыль массы тела отмечается:

- а) к 5 дню
- б) в конце 1 суток
- в) к 3 дню

г) к 10 дню

20. Максимальная физиологическая убыль массы тела составляет:

- а) более 8%
- б) 6-8%
- в) менее 5%
- г) менее 3%

21. Восстановление массы тела после физиологической убыли происходит к:

- а) 7 -10 дню
- б) 10 - 11 дню
- в) 5 - 7 дню
- г) концу 1 месяца жизни

22. Масса тела к одному году по сравнению с массой тела при рождении увеличивается:

- а) в два раза
- б) в три раза
- в) на 50%
- г) на 150%

23. Средняя ежемесячная прибавка массы тела в течение второго полугодия жизни составляет:

- а) 800 г
- б) 600 г
- в) 400 г
- г) 1000 г

24. Средняя ежемесячная прибавка массы тела в течение первого полугодия жизни составляет:

- а) 800 г
- б) 600 г
- в) 400 г
- г) 1000 г

25. Показатели окружности головы у новорожденного составляют:

- а) 34-36см.
- б) 32-34см.
- в) 38-40см
- г) 30-32см

Ситуационные задачи

6.2.1. Оцените показатели физического развития. Катя М. 4 - х месяцев, родилась массой 3200 г, длиной 50 см, окружностью головы 34 см., окружностью груди 32 см. В настоящее время масса 6200 г, длина 62 см, окружность груди 37 см, окружность

головы 38 см. За 1 - й месяц прибавка массы составила 800 г, за 2 - й месяц 800 г, 3 - й – 750 г, 4 - й 600 г.

6.2.2. Определите возраст ребенка по следующим показателям физического развития: масса ребенка 10 кг 500 г, длина тела 75 см, окружность головы 46 см, окружность груди 48 см.

6.2.3. Определите возраст ребенка по следующим данным: масса 6700 г, длина 63 см, окружность головы 37 см, окружность груди 39 см. Масса ребенка при рождении 3400 г, длина 50 см, окружность головы 34 см, окружность груди 32 см.

6.2.4. Ребенок от молодых здоровых родителей (матери – 22 года, отцу – 24 года), наследственность не отягощена. Беременность I-ая, беременность протекала без токсикоза, заболеваний во время данной беременности не отмечено. Девочка родилась с массой 3400 г., длина тела 50 см. На грудном вскармливании. Развивалась хорошо. В настоящее время масса девочки составляет 10 кг.300 г., длина ее тела – 73 см., окружность головы – 46 см., окружность груди – 48 см.

а) определить возраст ребенка;

б) рассчитать индексы Чулицкой упитанности, Тура, Эрисмана.

6.2.5. Определить возраст ребенка, если: вес – 3400 г., рост – 50 см., окр. головы – 34 см., окр. груди – 32 см., высота головы – 1/4 часть длины тела, средняя точка длины тела – на пупке.

Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой:

Учебно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем по НИРС и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента.

При проведении НИРС студент пользуется услугами библиотеки, internet-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. При проведении НИРС студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

Темы НИРС:

7.1.1. Физическое развитие ребенка первого года жизни

7.1.2. Задержка внутриутробного развития у доношенных новорожденных

7.1.3. Задержка внутриутробного развития у недоношенных новорожденных

7.1.4. Классификация задержки внутриутробного развития

Формы НИРС:

7. 2.1. Мультимедийная презентация «Методы оценки физического развития детей первого года жизни»

7. 2.2. Реферат по предлагаемым темам

7.2.3. Составление таблиц, алгоритмов, схем

7.2.4. Оформление фото, видеоматериалов.

Рекомендуемая литература:

- обязательная:

1. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

1. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
2. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
3. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
4. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
5. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
6. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
7. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
8. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ **по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»**

ТЕМА: «Оценка состояния физического развития»

1. Тема: «Общий осмотр больного старше года. Оценка состояния физического развития»

2. Значение изучаемой темы:

Физическое развитие ребёнка – динамический процесс роста (увеличение длины, массы, отдельных частей тела) в разные периоды детства. На физическое развитие детей влияет множество факторов, что иногда чрезвычайно затрудняет выявление причин его нарушения. К основным критериям физического развития относят массу и длину тела, окружность головы и грудной клетки, пропорции тела (телосложение, осанку).

Знания современных методов оценки физического развития, позволят провести комплексную оценку состояния здоровья ребенка.

Учебное значение данной темы состоит в том, чтобы научить студента хорошо ориентироваться в непараметрических и параметрических методах оценки физического развития ребенка на первом году жизни; применять компетенции по анатомо-физиологическим особенностям детей первого года жизни для характеристики темпов физического развития и оценки биологического возраста.

Профессиональное значение: подготовить будущего специалиста, умеющего квалифицированно владеть современными методами оценки физического развития детей первого года жизни, как одного из основных критериев здоровья.

Личностное значение темы: развитие профессиональной и моральной ответственности будущего врача за жизнь и здоровье ребенка, за правильное проведение клинического соматометрического обследования ребенка, с учетом деонтологических принципов общения с детьми и их родителями, воспитание врачебной ответственности за качество проведенной работы.

3. Цели занятия: используя компетенции в области анатомии и физиологии детей первого года жизни, освоить новые теоретические знания и практические умения. Для этого обучающийся должен:

знать основные факторы, влияющие на параметры физического развития и их динамику в различные возрастные периоды; правила проведения соматометрии у детей старше года;

уметь проводить расспрос и сбор анамнестических данных у детей старше года по динамике показателей физического развития; уметь проводить антропометрию (измерять длину тела, массу тела, окружности головы, грудной клетки, окружность бедра, голени, длину конечностей и др.); оценить параметры физического развития детей старше года по центильным таблицам

иметь представление о причинно-следственных связях возникновения отклонений физического развития от возрастных норм детей старше года; значении физического развития в комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков.

овладеть навыками соматометрического исследования ребенка (измерять длину тела, массу тела, окружности головы, грудной клетки, окружность бедра, голени, длину конечностей и др.); расчета основных антропометрических индексов (масса-ростовой коэффициент (Кетле²), индексы Чулицкой упитанности, Эрисмана); анализа параметров физического развития детей старше года с помощью центильных таблиц.

4. План изучения темы:

4.1. Организация занятия, раскрытие учебно-целевых вопросов, контроль исходного уровня знаний, умений – 30 мин.

4.2. Самостоятельная работа - 120 мин.

- курация детей различных возрастных групп;
- проведение антропометрии ребенка старше года;
- дать заключение по физическому развитию курируемого ребенка, запись результатов в рабочую тетрадь;
- аналитический разбор (на примере одного из пациентов) и обсуждение полученных данных;
- выявление типичных ошибок.

4.3. Итоговый контроль знаний - 30 мин.:

- опрос по основным понятиям темы;
- выполнение заданий (тесты, ситуационные задачи) для уяснения темы;
- подведение итогов с оглашением оценки каждого обучающегося за теоретические знания и практические навыки по изученной теме занятия;
- задание на следующее занятие

5. Основные понятия и положения темы.

Под термином «**физическое развитие ребенка**» понимают динамический процесс роста (увеличение длины тела, массы, отдельных частей тела) в разные периоды детства. Для оценки физического развития детей используются соматоскопические, соматометрические (антропометрические), физиометрические (функциональные) показатели.

Соматоскопический метод оценки ФР- визуальная оценка типа конституции, пропорциональности телосложения;

Соматометрический (антропометрический) – измерение и оценка основных параметров ФР: массы, длины тела, окружностей головы и грудной клетки);

Физиометрический – определение с использованием аппаратуры жизненной емкости легких (ЖЕЛ), измерение силы с помощью динамометра и др.

При **соматоскопии** оценивают степень развития жирового, мышечного и костного компонентов, вторичных половых признаков (у детей старшего возраста), форму грудной клетки, живота, верхних и нижних конечностей. Из **соматометрических** показателей чаще всего используют: длину тела, массу тела, окружность головы, окружность груди. При **физиометрической оценке** ограничиваются определением жизненной емкости легких и динамометрией.

По физическому развитию можно выделить следующие периоды:

I - период первой полноты (2-4 года). Дети имеют своеобразный внешний вид. Лицо круглое, «кукольное», мало выражен рельеф, нос относительно небольшой, щеки на уровне с носом. Подкожно-жировой слой распределен равномерно, имеются поперечные складки на животе. Голова относительно большая, конечности короткие, туловище имеет цилиндрическую форму с небольшим передне-задним уплощением, нет четкой границы между грудью и животом. Высота головы составляет около 1/4- 1/5 от роста, средняя точка несколько ниже пупка.

II - период первого ростового сдвига (5-7 лет). Происходит рост за счет конечностей. Подкожно-жировой слой истончается, меняется форма туловища, появляется разграничение между грудью и животом, грудь уплощается. Исчезает поперечная складка на животе, появляется мышечный рельеф. Овал лица делается продолговатым, нос выступает. Высота головы – 1/6-1/6,5 от роста. Средняя точка длины тела находится между пупком и симфизом (к концу периода, ближе к последнему). Тест «филиппинский» делается положительным.

III - период второго округления (8-10 лет). Тормозится рост, увеличивается отложение подкожно-жирового слоя. Выявляется половой диморфизм/половые различия – ширина таза больше у девочек, масса мышц больше у мальчиков, подкожно-жировой слой больше выражен у девочек. Высота головы 1/6,5-1/7 от роста. Средняя точка длины тела на симфизе.

IV - период второго ростового сдвига (11-14 лет). Идет интенсивный рост дистальных отделов конечностей. Раньше растут стопы, а потом дистальные отделы рук, потом голени, потом бедро. Дети длинноногие и длиннорукие. Высота головы 1/8 от роста, средняя точка длины тела на бедре (ниже лонного сочленения). Появляются вторичные половые признаки.

При оценке физического развития ребенка необходимо учитывать качественные и количественные характеристики. Если первые чисто формально отражают рост, то вторые свидетельствуют именно о развитии, созревании организма. Вторая группа показателей (качественных) оценивает не абсолютные размеры, а соотношения между собой различных частей тела, то есть всевозможные индексы, пропорции.

Среди количественных показателей физического развития наибольшую информативность имеет рост (длина тела). Вообще нужно подчеркнуть, что в качестве

характеристик физического развития (созревания) гораздо большее значение имеют продольные размеры, чем поперечные (окружности). Кроме того, измеряют высоту и окружность головы, массу тела, окружности грудной клетки, бедра, плеча и голени. Последние 3 окружности оцениваются не самостоятельно, а в составе индексов пропорциональности и упитанности Чулицкой (у детей до 3 лет).

Обязательна оценка качественных показателей физического развития – пропорций. К числу наиболее часто оцениваемых пропорций относятся соотношение высоты к росту, локализация средней точки тела, соотношение верхнего и нижнего сегментов. Как показатель созревания оценивается и Филиппинский тест. Иногда, особенно при диспропорциональном развитии, при подозрении на эндокринные нарушения оценку пропорциональности проводят более детально, дополняя перечисленные выше пропорции отношением расстояния растяжения (расстояние между кончиками 3 пальцев, горизонтально вытянутых, выпрямленных во всех суставах рук) к росту, определением уровня окончания пальцев вытянутых «по швам» рук, соотношением биакромиального и битрохантерного размеров.

Эмпирические формулы для расчета антропометрических данных у детей старше 1 года

Определяемый признак	Способ расчета
Длина тела (от 1 до 6 лет)	Длина тела ребенка 4 лет равна 100 см. на каждый недостающий год вычитается по 8 см, на каждый год свыше 4 прибавляется по 7 см.
Длина тела (свыше 6 лет)	Длина тела ребенка 8 лет равна 130 см. на каждый недостающий год вычитается по 7 см, на каждый год свыше 8 прибавляется по 5 см.
Масса тела (от 1 до 12 лет)	Масса тела ребенка 5 лет равна 19 кг на каждый год до 5 вычитается по 2 кг, на каждый год свыше 5 прибавляется по 3 кг.
Масса тела (свыше 12 лет)	Определяется по формуле $5 \times p - 20$ кг, где p – возраст в годах
Окружность груди	У ребенка 10 лет окружность груди равна 63 см. на каждый год до 10 лет вычитается по 1,5 см., на каждый год свыше 10 – прибавляется по 3 см.
Окружность головы	В 5 лет окружность головы равна 50 см, на каждый год до 5 лет вычитается по 1 см, на каждый год свыше 5 – прибавляется по 0,6 см

Параметрический метод (сигмальный)

ОСНОВАН НА РАСЧЕТЕ СРЕДНЕАРИФМЕТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ (M) И ЕГО СРЕДНЕКВАДРАТИЧНОГО ОТКЛОНЕНИЯ (δ – СИГМА) В СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВОЗРАСТНО-ПОЛОВОЙ ГРУППЕ.

Вариабельность антропометрических показателей предусматривает выделение следующих оценочных категорий:

«средний» уровень – при величине признака с колебаниями в пределах $\pm 1,5 \delta$ от М; «ниже среднего» - от $-1,5 \delta$ до -2δ ; «низкий» - от -2δ до -3δ ; «очень низкий» - более -3δ ; «выше среднего» - от $+1,5 \delta$ до $+2 \delta$; «высокий» - от $+2 \delta$ до $+3 \delta$; «очень высокий» - более $+3 \delta$.

Для крайних степеней отставания или опережения -3 и $+3$ используются соответственно термины «нанизм» и «гигантизм».

Критерии оценки биологической зрелости у детей

Степень биологической зрелости у дошкольников проводится по количеству постоянных зубов, соответствию длины тела ребенка возрастным нормативам и коэффициенту соматической зрелости (КСЗ).

«Зубной возраст» определяется путем подсчета числа прорезавшихся зубов и сопоставление его с существующими возрастными стандартами.

Сроки прорезывания постоянных зубов у мальчиков

(Прахин Е.И., Грицинская В.Л., Л.И. Покидышева, 2003 г.)

Возраст	Отставание	Средний темп	Опережение
6,5 лет	0-1	2-8	Более 8
7 лет	Менее 5	5-10	Более 10
7,5 лет	Менее 7	7-12	Более 12

Сроки прорезывания постоянных зубов у девочек

(Прахин Е.И., Грицинская В.Л., Л.И. Покидышева, 2003 г.)

Возраст	Отставание	Средний темп	Опережение
6,5 лет	0-2	3-9	Более 9
7 лет	Менее 6	6-11	Более 11
7,5 лет	Менее 8	8-13	Более 13

Коэффициент соматической зрелости определяется по формуле:

$$КСЗ = \frac{Оголовы \times 100}{рост}$$

Возрастная динамика коэффициента соматической зрелости у детей 6-7 лет

(Прахин Е.И., Грицинская В.Л., Л.И. Покидышева, 2003 г.)

Возраст	Пол	Отставание	Средний темп	Опережение
6,5 лет	Мужск.	Более 45,40	45,40 – 41,92	Менее 41,92
7 лет	Мужск.	Более 44,71	44,71 – 41,29	Менее 41,29
6,5 лет	Женский	Более 44,85	44,85 – 41,65	Менее 41,65
7 лет	Женский	Более 43,90	43,90 – 39,74	Менее 39,74

Примечание: биологический возраст отстает от паспортного, если один из перечисленных показателей ниже указанных величин. Биологический возраст опережает паспортный, если один из перечисленных показателей выше указанных величин.

Центильный метод. Для индивидуальной оценки физического развития рекомендуется использовать «Межрегиональные нормативы для оценки длины и массы

тела детей от 0 до 14 лет» (Минздрав СССР, № 05-14/2 – 14 от 03.04.1990). Для детей г. Красноярска разрабатывались оценочные таблицы и критерии физического развития детей (Ж.Ж. Раппопорт, Е.И. Прахин, 1986; В.В. Гребенникова, 2003; В.Л. Грицинская, 2004).

В зависимости от соответствия антропометрических показателей ребенка тому или иному центиллю (коридору), формулируется оценка уровня физического развития:

до 3-го центиля – «очень низкий» уровень,
от 3-го до 10-го центиля – «низкий» уровень,
от 10-го до 25-го центиля – уровень «ниже среднего»,
от 25-го до 75-го центиля – «средний» уровень,
от 75-го до 90-го центиля – уровень «выше среднего»
от 90-го до 97-го центиля – «высокий» уровень,
от 97-го центиля – «очень высокий» уровень.

По результатам сопоставления центильных оценок длины, массы тела и окружности груди дается заключение о гармоничности развития. В случае если разность номеров коридоров между любыми двумя из 3-х показателей не превышает 1, можно говорить о гармоничном развитии; если эта разность составляет 2, развитие ребенка считается дисгармоничным, а если разность превышает 3 и более, налицо резко дисгармоничное развитие. Таких детей необходимо выделить в группу с отклонениями в физическом развитии, так как у них часто имеются нарушения деятельности сердечно-сосудистой, эндокринной и др. систем.

5. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

5.1. Тестовые задания:

Инструкция к тестовым заданиям: *укажите один правильный ответ*

1. Девочка, 13 лет: масса тела 42 кг, длина тела 155 см., окружность головы 55 см., окружность груди 67 см., индекс Эрисмана 10,5 см. Филиппинский тест положительный. РЗ АЗ Ма 2 Ме11. Оцените показатели:

- а) соответствует возрасту физическое и биологическое развитие
- б) не соответствует физическое развитие, а биологическое нормальное
- в) физическое развитие соответствует, а биологическое запаздывает
- г) физическое развитие соответствует, а биологическое опережает.

2. Какому возрасту соответствуют следующие параметры: масса 34, длина 140 см., окружность головы 53см., окр, груди 65см., индекс Эрисмана 5см., Филиппинский тест положительный:

- а) 10 лет
- б) 9 лет
- в) 12 лет
- г) 15 лет

3. Филиппинский тест у ребенка 4-х лет определяется, как:

- а) отрицательный
- б) положительный
- в) сомнительный
- г) не определяется

4. Какому возрасту соответствуют следующие параметры: масса тела 28 кг, длина тела 130 см, окружность головы 52 см, окружность груди 61 см, индекс Эрисмана 4 см, Филиппинский тест положительный.

- а) 9 лет
- б) 11 лет
- в) 5 лет
- г) 7 лет

5. Определите соответствующие параметры для здорового ребенка 12 лет:

- а) масса 40кг, рост 150см
- б) масса 40кг, рост 130см
- в) масса 45кг, рост 150см
- г) масса 45кг, рост 130см

6. Ростовой сдвиг у ребенка 12 лет происходит:

- а) за счет роста длины нижних конечностей
- б) за счет роста туловища
- в) за счет одновременного роста в длину нижних конечностей и туловища
- г) за счет роста туловища и замедления роста нижних конечностей

7. Филиппинский тест у ребенка 8 лет определяется как:

- а) положительный
- б) отрицательный
- в) сомнительный
- г) не определяется

8. Средняя масса тела здорового ребенка в возрасте 5 лет:

- а) 20 кг
- б) 25 кг
- в) 19 кг
- г) 15 кг

9. Средняя длина тела здорового ребенка в возрасте 14 лет:

- а) 150см
- б) 175см
- в) 166см
- г) 140см

10. Какому возрасту соответствуют показатели физического развития: масса тела 15 кг, длина 92 см?

- а) 3 года
- б) 4 года
- в) 5 лет
- г) 7 лет

11. Какому возрасту соответствуют следующие антропометрические показатели: масса тела 22 кг, длина тела 116 см, окружность головы 51 см, окружность груди 57 см. Определите возраст ребенка.

- а) 8 лет
- б) 10 лет
- в) 6,5 лет
- г) 12 лет

12. Длина тела по сравнению с длиной тела при рождении удваивается:

- а) к году
- б) к трем годам
- в) к 4 годам
- г) к 12 годам

13. Длина тела по сравнению с длиной тела при рождении утраивается:

- а) к году
- б) к трем годам
- в) к 4 годам
- г) к 12 годам

14. Увеличение поперечного размера грудной клетки происходит с:

- а) с 3 лет
- б) с 5 лет
- в) с 7 лет
- г) с 10 лет

15. Особенно резкое увеличение поперечного размера грудной клетки происходит с:

- а) с 3-5 лет
- б) с 12-15 лет
- в) с 5-7 лет
- г) с 7 до 10 лет

5.2. Ситуационные задачи

5.2.1. Ребенку 2 года, в 1 год масса была 12 кг. Рассчитайте должную массу тела.

5.2.2. Ребенок родился с массой 3200 г., длиной тела 51 см. Развивался хорошо. Сейчас ему 6 лет. Определите должную массу и длину тела.

5.2.3. Определите возраст ребенка, если масса тела 19 кг, а родился с массой 4 кг.

5.2.4. Девочке 5 лет, данные физического развития при рождении неизвестны, определите должную длину тела.

5.2.5. Окружность головы у новорожденного была 35 см, сейчас ему 11 лет, определите должную окружность головы у ребенка.

6. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

Учебно-исследовательская работа студента осуществляется по выбору студента, исходя из предпочтений по разделам изучаемой дисциплины с учетом списка тем по НИРС и списка рекомендованной литературы в методической разработке для внеаудиторной работы студента.

При проведении НИРС студент пользуется услугами библиотеки, интернет-поиском, совершенствуя навыки тематического поиска и работы с компьютером. При проведении НИРС студент должен проработать не менее 5 библиографических (или электронных) источников.

6.1. Темы:

- 6.1.1. Современные тенденции физического развития детей и подростков.
- 6.1.2. Акселерация и децелерация
- 6.1.3. Методы оценки физического развития детей и подростков

6.2. Формы НИРС:

- 6.2.1. Мультимедийная презентация «Методы оценки физического развития детей и подростков»
- 6.2.2. Реферат по предлагаемым темам
- 6.2.3. Составление таблиц, алгоритмов, схем
- 6.2.4. Оформление фото, видеоматериалов.

7. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

- 2. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

- 9. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 10. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
- 11. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
- 12. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
- 13. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.

14. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
15. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
16. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

ТЕМА: «Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки. Семиотика поражения.»

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожно-жировой клетчатки. Семиотика поражения.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Кожа - одна из основных барьерных систем организма, имеющая морфологические и функциональные отличия в разные возрастные периоды и отражающая состояние внутренних органов и систем здорового и больного ребенка. Кроме барьерной функции кожа выполняет резорбционную, выделительную, синтетическую, терморегулирующую, дыхательную и является органом чувств. Оценка состояния кожных покровов включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию. Изучение особенностей строения кожных покровов и поражения поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния кожи для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки кожи у детей разного возраста.

Для этого необходимо:

- знать** анатомо-физиологическим особенностям строения кожи и ее придатков в разные возрастные периоды;
- уметь** провести обследования кожи и ее придатков у детей раннего возраста в норме и при патологии;
- уметь** провести обследования кожи и ее придатков у детей старшего возраста в норме и при патологических состояниях;
- знать** симптомы поражения кожи у детей раннего возраста;
- знать** симптомы поражения кожи у детей старшего возраста;

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

Методика исследования кожи (смотри в практикуме)

5. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Где определяется тургор тканей?
 - а) на внутренней поверхности плеча и бедра
 - б) на наружной поверхности плеча и бедра
 - в) на передней поверхности брюшной стенки живота
 - г) под лопаткой
2. Окраска кожи у детей в периоде новорожденности:
 - а) желтушность нарастает к 9 дню после рождения
 - б) физиологический катар кожи проявляется в 1 месяц
 - в) бледность кожи в первые дни
 - г) наибольшая интенсивность желтухи на 2-3 день после рождения
3. Сухость кожи отмечается при:
 - а) кахексии
 - б) рахите
 - в) хорее
 - г) гипертиреозе
4. На первом году жизни бурая жировая ткань принимает участие:
 - а) в процессах водно-солевого обмена

- б) несократительного термогенеза
 - в) энергетическом обмене
 - г) углеводном обмене
5. Назовите особенности кожи новорожденных детей:
- а) граница между эпидермисом и дермой ровная
 - б) дерма не имеет клеточной структуры
 - в) эпидермис тонкий
 - г) физиологическая желтуха появляется на 5-7 день
6. Избыточное отложение жира не наблюдается при:
- а) перекармливании
 - б) аномалиях конституции
 - в) понижении обмена веществ
 - г) повышении обмена веществ
7. Для кожи новорожденного не характерно:
- а) богата водой
 - б) отличается морфологической зрелостью
 - в) покрыта творожистой смазкой
 - г) отличается незрелостью местного иммунитета
8. Кожа ребенка не выполняет следующую функцию:
- а) защитная
 - б) кроветворения
 - в) терморегулирующая
 - г) дыхательная
9. Повышенная влажность кожных покровов отмечается при:
- а) начальном периоде рахита
 - б) гипотрофии
 - в) полиомиелите
 - г) падении температуры
10. Окраска кожи новорожденных:
- а) желтушность нарастает на 1-2 день жизни
 - б) желтушность нарастает к 9 дню
 - в) желтушность исчезает к 7-10 дню жизни
 - г) с момента рождения кожные покровы желтушные
11. Для творожистой смазки новорожденных не характерно:
- а) богата жиром
 - б) содержит холестерин
 - в) богата гликогеном
 - г) богата белком
12. При отеках отмечается:
- а) образование ямки при надавливании в области костей, близко расположенных в поверхности кожи
 - б) повсеместное уплотнение кожи
 - в) сглаженность выступающих суставов
 - г) гиперстезия кожи
13. Для выявления скрытых отеков используется:
- а) проба Штанге

- б) проба Шалкова
 - в) проба Мак-Клюра-Олдрича
 - г) проба на разведение
14. Потовые железы детей раннего возраста:
- а) количество потовых желез больше чем у взрослых
 - б) характеризуются недоразвитием выводящих протоков к моменту рождения
 - в) по темпам становления функции потоотделения наиболее высока в I полугодии жизни
 - г) по темпам становления функция потоотделения наиболее высока после года
15. Цвет кожи не зависит от:
- а) количества меланина
 - б) состава крови /уровень гемоглобина и эритроцитов/
 - в) глубины залегания капилляров
 - г) толщина зернистого слоя
16. Окраска кожи у детей в период новорожденности:
- а) желтушность нарастает к 9 дню после рождения
 - б) физиологический катар кожи проявляется в 1 месяц
 - в) физиологический катар кожи проявляется сразу после рождения
 - г) исчезновение желтухи к концу 1 месяца
17. Подкожно-жировую ткань у детей раннего возраста отличает:
- а) мелкие размеры жировых клеток с ядрами
 - б) большие размеры жировых клеток без ядер.
 - в) количество подкожно-жирового слоя у детей по отношению к массе тела относительно меньше, чем у взрослых
 - г) отсутствуют участки эмбриональной жировой ткани
18. Волосы детей характеризуются:
- а) зародышевым пушком при рождении
 - б) быстрым ростом в первые два года жизни
 - в) толщина волоса у новорожденного существенно больше, чем у старших детей
 - г) ресницы у детей растут медленно
19. На какой день жизни исчезает "физиологическая желтуха" новорожденных?
- а) 10-12 дню
 - б) 1-3 дню
 - в) 5-7 дню
 - г) к одному месяцу
20. Слабо выражена функция кожи у детей раннего возраста:
- а) дыхательная
 - б) витаминообразовательная
 - в) термо-регулирующая
 - г) выделительная
21. Потовые железы детей раннего возраста;
- а) хорошо функционируют с момента рождения
 - б) обнаруживают функциональную недостаточность
 - в) выводящие протоки к моменту рождения хорошо развиты
 - г) по темпам становления функция потоотделения наиболее высока во 2 полугодии жизни

22. Под склеродермией новорожденных понимают:
- а) ограниченно расположенные некрозы в подкожно-жировом слое
 - б) общее уплотнение подкожно-жировой клетчатки
 - в) неравномерное отложение подкожно-жирового слоя
 - г) истончение подкожно-жирового слоя
23. Развитие придатков кожи не характеризуется появлением:
- а) ногтей на 5-ой неделе в\у развития,
 - б) волос и сальных желез на 5 - 7 неделях в\у развития,
 - в) потовых желез на 8-й неделе в\у развития,
 - г) потовые железы появляются в первую очередь на ладонях и подошвах.
24. Волосы у детей не характеризуются:
- а) медленный рост в первые 2 года жизни,
 - б) толщина волос не увеличивается с возрастом
 - в) смена зародышевого пушка при рождении на постоянные волосы,
 - г) толщина волос увеличивается с возрастом.
25. Особенности роста ногтей (указать не верное):
- а) у новорожденных доношенных достигают дистальных окончаний последней фаланги,
 - б) при временной задержке роста ногтей появляется поперечная "физиологическая черта",
 - в) временная задержка роста ногтей отмечается в первые дни жизни,
 - г) появление и развитие ногтей совпадает с появлением и развитием сальных и потовых желез.
26. Показателем возраста в\у периода у 32-34 недельного плода не являются:
- а) поперечные кожные борозды,
 - б) пушковые волосы, покрывающие все тело плода,
 - в) выступающие над кожей соски и ареолы грудных желез,
 - г) ногти достигают дистальных окончаний последних фаланг.
27. Кожа у новорожденных (указать не верное):
- а) после снятия смазки красная с цианотичным оттенком
 - б) после снятия смазки бледная или бледно цианотичная
 - в) несколько отечная
 - г) богатая водой
28. Потовые железы детей раннего возраста (указать неверное):
- а) обнаруживают функциональную недостаточность,
 - б) характеризуются недоразвитием выводящих протоков к моменту, рождения,
 - в) по темпам становления функция потоотделения наиболее высока во II полугодии,
 - г) по темпам становления функция потоотделения наиболее высока в первые 2 месяца жизни.
29. Сальные железы у детей раннего возраста (указать неверное):
- а) распространены по всей коже, исключая ладони и подошвы
 - б) начинают функционировать после рождения
 - в) начинают функционировать до рождения
 - г) образуют мелкие кисты на коже носа и на соседних участках лица
30. Яркая гиперемия всей кожи не наблюдается:

- а) у новорожденных первых дней жизни
- б) при психическом возбуждении и механическом раздражении
- в) при снижении числа эритроцитов
- г) при повышении числа эритроцитов

Ситуационные задачи

Задача №1

При осмотре девочки 2 мес. возраста измерены подкожно-жировые складки: на щеках 1 см., на животе 0,5 см., под ключицей 0,5 см., под лопаткой 0,5 см., по задней поверхности плеча 0,3 см., на внутренней поверхности бедра 2 см. Оцените степень развития подкожно-жировой клетчатки.

Задача №2

При осмотре мальчика 8-летнего возраста измерены подкожно-жировые складки: над бицепсом 1 см., над трицепсом 1 см., над остью подвздошной кости 2 см., над лопаткой 1,5 см. Оцените степень развития подкожно-жировой клетчатки.

Задача №3

Мальчику 10 лет необходимо провести пробу на скрытые отеки, объясните, как ее сделать и оценить.

Задача №4

Больной 5 лет по поводу ангины получал амоксициллин и аспирин. Внезапно после приема лекарств появилось жжение вокруг рта и отек верхней губы. К концу дня отек распространился на все лицо, веки, и была вызвана «скорая помощь».

1. Как называется данный отек.
2. Его причина.
3. Неотложная помощь.

Задача №5.

Новорожденной девочке была ошибочно перелита кровь несовместимая по резус-принадлежности. Через 30 минут после переливания появилось беспокойство, сучит ножками. Через 1 час больная выделила 10 мл черной мочи, снизилось АД, частый малый пульс (182 в минуту). Лицо вначале покраснело, затем побледнело.

1. Как называется это осложнение?
2. Каков патогенетический механизм этого осложнения?
3. Как подтвердить диагноз?

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Физиологическая желтуха новорожденных.
2. «Бледная» и «розовая» лихорадка у детей.
2. Отеки у детей.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

3. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

17. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
18. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
19. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
20. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
21. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
22. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
23. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
24. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ЭБС Консультант студента
2. БД Ebsco

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности и семиотика поражения мышечной системы у детей.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Мышечная система является активной частью опорно-двигательного аппарата. Для выполнения разного рода движений эволюционно сформировались три типа мышц: скелетные, прикрепленные к концам трубчатых костей конечностей и отросткам позвонков, приводящие их в движения, гладкие, образующие стенки пищеварительного тракта и некоторых других внутренних органов и обеспечивающие движения их содержимого; сердечная мышца. Оценка состояния мышечной системы включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию. Изучение особенностей строения и поражения мышечной системы поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния мышечной системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки мышечной системы у детей разного возраста.

Для этого необходимо:

- знать** анатомо-физиологические особенности строения мышечной системы у детей разного возраста;
- знать** симптомы поражения мышечной системы у детей старшего возраста;
- знать** симптомы поражения мышечной системы у детей раннего возраста;
- уметь** обследовать мышечную систему у детей раннего возраста;
- уметь** обследовать мышечную систему у детей старшего возраста;
- иметь** представление о заболеваниях мышечной системы у детей.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

6. Основные понятия и положения темы.

Методику оценки смотри в практикуме

7. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Общая гипотония характерна для заболеваний:
 - а) рахит
 - б) менингит
 - в) миозит
 - г) перитонит
2. К морфологическим особенностям мышечной ткани детей относятся:
 - а) большая толщина мышечных волокон
 - б) не большое количество ядер в клетках мышц
 - в) меньшая толщина мышечных волокон
 - г) большое количество соединительной ткани
3. До какого возраста сохраняется у детей физиологический гипертонус мышц сгибателей рук и ног?
 - а) до 3-4 месяцев
 - б) до 1 месяца
 - в) 5-6 месяцев
 - г) 10-12 месяцев
4. О чем свидетельствует "разболтанность" суставов?
 - а) о мышечной гипотонии
 - б) гипертонусе
 - в) заболевании собственно суставов
 - г) костной патологии.

5. Какими диагностическими приемами проверяется тонус мышц у новорожденных?
- а) проба на «тракцию» и «симптом возврата»
 - б) симптом « жгута»
 - в) симптом «щипка»
 - г) поисковый симптом
6. Гипертрофия мышц наблюдается при:
- а) физической нагрузке
 - б) прогрессивной мышечной дистрофии
 - в) полиомиелите
 - г) гипертензии
7. Назовите клинические признаки мышечной гипотонии у новорожденного.
- а) «распластанная на столе поза»
 - б) не держит голову
 - в) хаотичные движения
 - г) симптом « руки акушера»
8. До какого возраста сохраняется у детей физиологический гипертонус мышц сгибателей рук и ног?
- а) до 1 месяца
 - б) до 4 месяцев
 - в) до 2 месяцев
 - г) до 6 месяцев
9. О сниженном мышечном тоне не свидетельствуют:
- а) вялость и дряблость мышц
 - б) свисание руки или ноги новорожденного
 - в) неучастие руки или ноги новорожденного в общей двигательной реакции
 - г) отсутствие подтягивания при пробе на тракцию
10. Рецепторный аппарат мышц ребенка сформирован:
- а) к моменту рождения
 - б) к 6-7 годам
 - в) к 7-9 годам
 - г) к 15 годам
11. Назовите симптомы мышечной гипотонии у детей старшего возраста.
- а) нарушение осанки
 - б) гипертрофия мышц
 - в) втянутый живот
 - г) пупочная грыжа
12. Какая причина не вызывает симптомы мышечной гипотонии у детей раннего возраста?
- а) рахит
 - б) мышечная дистрофия
 - в) родовая травма
 - г) гипервитаминоз Д
13. У новорожденных основная масса мышц приходится на:
- а) мышцы верхних конечностей
 - б) мышцы верхних и нижних конечностей
 - в) мышцы туловища

- г) мышцы туловища и нижних конечностей
14. Тонус мышц определяется:
- а) насильственным разгибанием конечностей
 - б) пассивными движениями
 - в) внешним осмотром
 - г) ощупыванием мышц
15. О повышенном мышечном тоне свидетельствуют:
- а) свисание руки или ноги новорожденного
 - б) неучастие руки или ноги новорожденного в общей двигательной реакции
 - в) отсутствие подтягивания при пробе на тракцию
 - г) отсутствие разгибания при пробе на тракцию
16. Атрофия мышц наблюдается при:
- а) полиомиелите
 - б) прогрессивной мышечной дистрофией
 - в) у тучных детей
 - г) астении
17. О нормотонии можно говорить, если грудной ребенок, висающий в положении вниз головой:
- а) висит прямо
 - б) ноги слегка сгибаются в коленных суставах
 - в) дает опистотонус
 - г) ноги слегка сгибаются в тазобедренных суставах
18. Основная масса мышц во все возрастные периоды, кроме периода новорожденности, приходится на:
- а) мышцы верхних конечностей,
 - б) мышцы туловища,
 - в) мышцы нижних конечностей,
 - г) мышцы верхних и нижних конечностей
19. Мускулатура у новорожденных составляет по массе:
- а) 23%,
 - б) 38%
 - в) 42%
 - г) 54%
20. К морфологическим особенностям мышечной ткани детей относятся:
- а) большая толщина мышечных волокон,
 - б) большее количество ядер в клетках мышц,
 - в) большая толщина мышечных волокон,
 - г) меньшее количество соединительной ткани,
21. К морфологическим особенностям мышечной ткани детей относятся:
- а) большая толщина мышечных волокон,
 - б) меньшее количество ядер в клетках мышц,
 - в) меньшая толщина мышечных волокон,
 - г) меньшее количество соединительной ткани,
22. Мышцы ребенка характеризуются:
- а) повышенной чувствительностью к ацетилхолину,

- б) повышенной чувствительностью к электрическому току,
 - в) повышенной механической возбудимостью,
 - г) развитие мышц идет равномерно.
23. Мышцы ребенка характеризуются:
- а) пониженной чувствительностью к ацетилхолину,
 - б) сниженной чувствительностью к электрическому току,
 - в) повышенной механической возбудимостью,
 - г) развитие мышц идет равномерно.
24. Относительная сила мышц (на 1 кг массы тела) увеличивается:
- а) к 3 годам,
 - б) к 6 годам,
 - в) к 7 годам,
 - г) не изменяется до 6-7 лет,
25. У новорожденных детей:
- а) преобладает тонус мышц-разгибателей,
 - б) во время сна мышцы расслабляются,
 - в) во время сна мышцы не расслабляются,
 - г) чувствительность к электрическому току повышена.
26. Мышечный тонус как ориентир гестационного возраста здорового доношенного новорожденного:
- а) лежит на спине с вытянутыми руками и ногами.
 - б) отмечается сгибание ног в коленях и тазобедренных суставах, однако руки еще остаются вытянутыми,
 - в) отмечается полное сгибание рук и ног, но после разгибания руки остаются в вытянутом положении,
 - г) руки согнуты в локтях, колени и бедра притянуты к животу.
27. Способность к тонким движениям пальцами рук достигает максимума к:
- а) 3 годам,
 - б) 5 годам,
 - в) 7 годам,
 - г) 11 годам.
28. Способность к тонким движениям пальцами рук начинает формироваться к:
- а) 3 годам,
 - б) 5 годам,
 - в) 7 годам,
 - г) 14 годам.
29. Нормативы двигательной активности в течение дня у детей 3-4 лет :
- а) 2 часа в сутки,
 - б) 3 часа в сутки,
 - в) 4 часа в сутки,
 - г) 6 часов в сутки,
30. Какими видами спорта в спортивной школе могут заниматься дети 7-8 лет (указать не верное):
- а) акробатика,
 - б) фигурное катание на коньках,

- в) теннис,
- г) прыжки в воду.

31. Тяжелой атлетикой можно разрешить заниматься с:

- а) 10 лет,
- б) 11 лет,
- в) 14 лет,
- г) 15 лет,

32. Какими видами спорта в спортивной школе нельзя заниматься ранее 13 лет?

- а) боксом,
- б) волейболом,
- в) плаванием,
- г) футболом.

33. Борьбой, боксом, академической греблей, стрельбой пулевой можно рекомендовать заниматься в спортивной школе с:

- а) 7 лет,
- б) 10 лет,
- в) 12 лет,
- г) 14 лет.

Ситуационные задачи

Задача №1

Мать ребенка 3 лет обратился на прием к врачу с жалобами на капризность, быструю утомляемость, вялость и слабость в ногах, гингивит. У ребенка периодически отмечаются подъемы температуры до 37,5 гр. Семья неблагополучная, с низким достатком, в рационе практически отсутствуют овощи и фрукты.

При осмотре обнаружены болезненное увеличение эпифизов, на ребрах острые «четки», десны кровоточат, петехии на ногах и спине, гипотрофия.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Особенности диеты.
3. Лекарственные средства.

Задача №2

Вы осматриваете доношенного новорожденного ребенка. Что из данных осмотра мышечной системы должно привлечь ваше внимание как проявление патологии?

Задача №3

Известно, что дети дошкольного возраста подвижны, мало устают. Чем объясняется достаточно высокая функциональная активность мышц у детей?

Задача №4

Болезненность при ощупывании мышц характерна для следующего заболевания.

Задача №5

Для паралича мышц характерны следующие симптомы.

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Нарушения силы и тонуса мышц у детей.
2. Нарушение осанки, плоскостопие, сколиоз у детей.
3. Рахит у детей.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

4. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

25. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
26. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
27. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
28. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
29. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
30. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
31. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
32. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности, методика исследования и семиотика поражения костной системы у детей.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Кости, хрящи развиваются из мезенхимальной ткани. В совокупности кости тела, соединенные между собой, образуют скелет. Скелет является местом прикрепления мышц. Кости составляют жесткий каркас для внутренних органов, следующая функция костей – обменная, так как кости содержат 99% кальция, 87% фосфора, 50% магния, 46% натрия. Большое значение имеет и кроветворная функция

костей. Оценка состояния костной системы включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию. Изучение особенностей строения и поражения костной системы поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния костной системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки костной системы у детей разного возраста.

Для этого необходимо:

- знать** анатомо-физиологические особенности строения костной системы у детей разного возраста;
- знать** симптомы поражения костной системы у детей старшего возраста;
- знать** симптомы поражения костной системы у детей раннего возраста;
- уметь** обследовать костную систему у детей раннего возраста;
- уметь** обследовать костную систему у детей старшего возраста;
- иметь** представление о заболеваниях костной системы у детей.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

8. Основные понятия и положения темы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ И СУСТАВОВ (СМОТРИ В ПРАКТИКУМЕ)

9. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Большой родничок закрывается к:
 - а) 1 месяцу
 - б) 3 месяцам
 - в) 6 месяцам
 - г) 12 месяцам
2. Первые зубы у ребенка прорезываются в возрасте:
 - а) 2 месяца
 - б) 3-4 месяца
 - в) 5-6 месяцев
 - г) 6-7 месяцев
3. Особенностью детского скелета является:
 - а) большая толщина надкостницы
 - б) надкостница тонкая

- в) костные выступы выражены хорошо
 - г) внутрикостные пространства большие
4. Западение родничка может наблюдаться при:
- а) гидроцефалии
 - б) эксикозе
 - в) кровоизлиянии в мозг
 - г) микроцефалии
5. Деформация грудной клетки характерна для рахита:
- а) куриная грудь
 - б) выпячивание в области сердца
 - в) одностороннее увеличение грудной клетки
 - г) одностороннее уплощение
6. Третья стадия остеогенеза обеспечивается следующими гормонами:
- а) тироксин
 - б) инсулин
 - в) тиреотропный гормон
 - г) паратгормон
7. Внешнее строение и гистологическая дифференцировка костной ткани приближался к характеристикам кости взрослого:
- а) к 7 годам
 - б) к 15 годам
 - в) к 3 годам
 - г) к 12 годам
8. Запаздывание закрытия родничка отмечается при:
- а) гипотрофии
 - б) рахите
 - в) хондродистрофии
 - г) микроцефалии
9. Прорезывание молочных зубов заканчивается к:
- а) 1 году
 - б) 2 годам
 - в) 2,5 годам
 - г) 3 – 3,5 лет
10. Интенсивный остеогенез и перемоделирование у детей сопровождаются существенным:
- а) повышением плотности костной ткани
повышением твердости ткани
 - б) снижением гибкости костей
 - в) склонностью к гнойным воспалительным процессам в силу интенсивного кровообращения
11. Интенсивное кровоснабжение костной ткани наблюдается у детей:
- а) новорожденных
 - б) до 1 года
 - в) до 2 лет
 - г) с 11 лет
12. Дермальный путь остеогенеза свойственен следующим костям:

- а) свода черепа
- б) диафизу нижней челюсти
- в) диафизу плечевой кости
- г) диафизу ключицы

13. Интенсивный остеогенез и перемоделирование у детей сопровождается существенным:

- а) уменьшением плотности костной ткани
- б) уменьшением твердости костной ткани
- в) увеличением гибкости костей
- г) склонностью к гнойным воспалительным процессам в силу интенсивного кровообращения

14. Малый родничок закрывается к:

- а) 1 месяцу
- б) 4 неделям
- в) 5 месяцам
- г) 6 месяцам

15. У новорожденного ребенка не открыт шов:

- а) Стреловидный
- б) Лобный
- в) Венечный
- г) Затылочный

16. Костная ткань детей содержит:

- а) больше воды,
- б) больше плотных веществ,
- в) меньше воды,
- г) меньше кальция.

17. Третья стадия остеогенеза обеспечивается следующими гормонами:

- а) паратгормон,
- б) инсулин,
- в) соматомедины,

г) тиреотропный гормон.

18. Для 2 стадии остеогенеза – формирования центров кристаллизации гидроксиапатита с последующей минерализацией - решающее значение имеют:

- а) обеспеченность микроэлементами,
- б) уровень жиров
- в) уровень паратгормона
- г) обеспеченность белком

19. Интенсивное кровоснабжение костной ткани наблюдается у детей:

- а) новорожденных
- б) до года,
- в) до 2-х лет,
- г) 11 лет.

20. Особенности грудной клетки новорожденного:

- а) поперечный диаметр меньше среднепродольного на 25%,
- б) ребра расположены горизонтально,
- в) ребра расположены более вертикально,

- г) грудная клетка находится как бы в состоянии выдоха.
21. Стреловидный, венечный и затылочный швы начинают закрываться с:
- а) 2 месяцев,
 - б) 3 – 4 месяцев,
 - в) 4 – 5 месяцев,
 - г) 6 месяцев,
22. Уровень кальция в сыворотке крови у детей грудного возраста колеблется:
- а) $2,44 \pm 0,37$ ммоль/л,
 - б) $1,29 \pm 0,37$ ммоль/л,
 - в) $1,2 \pm 0,37$ ммоль/л,
 - г) $1,25 \pm 0,37$ ммоль/л,
23. Совокупность, имеющихся у ребенка точек окостенения называется:
- а) биологический возраст
 - б) календарный возраст
 - в) костный возраст
 - г) паспортный возраст
24. Первые зубы у ребенка прорезаются в возрасте:
- а) 2 месяца,
 - б) 3 – 4 месяца,
 - в) 6- 7 месяцев,
 - г) 6 – 8 месяцев,
25. Формула подсчета количества молочных зубов
- а) $n - 4$, где n количество месяцев
 - б) $n + 4$, где n количество месяцев
 - в) $4n - 20$, где n количество лет
 - г) $4n + 20$, где n количество лет
26. Формула подсчета количества постоянных зубов
- а) $n - 4$, где n количество месяцев
 - б) $n + 4$, где n количество месяцев
 - в) $4n - 20$, где n количество лет
 - г) $4n + 20$, где n количество лет
27. Позвоночник новорожденного имеет :
- а) шейный изгиб
 - б) грудной изгиб
 - в) поясничный изгиб
 - г) лишен физиологических изгибов

Ситуационные задачи

Задача 1

Новорожденный ребенок массой 1700 г., длиной 40 см при осмотре занимает позу с вытянутыми руками, согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах, кости черепа податливы, швы не сомкнуты, середина тела приблизительно на уровне симфиза.

1. Определить гестационный возраст.
2. На каком сроке беременности родился ребенок?

Задача 2

Ребенок 5 мес. Отмечается голова с выраженными лобными и теменными буграми, б/р 2,5x2 см, края его податливы, склонность к облысению затылка, асимметрия лица, участки размягчения затылочной кости, запавшая переносица, высокий свод неба, грудная клетка килевидной формы. Уровень Са в сыворотке крови - 1,9 ммоль/л, Р - 2,3 ммоль/л, ЩФ 400 ЕД. На рентгенограмме костей – явления остеопороза.

1. Какое заболевание у ребенка?
2. На основании каких данных Вы пришли к такому заключению?

Задача 3

Ребенок 8 мес. Отмечается голова квадратной формы, увеличены лобные и теменные бугры, склонность к облысению затылка, б/р 1,5x1,5 см, края его плотные. Пальпируются «реберные четки», при пальпации дистальных эпифизов лучевых костей прощупываются утолщения в виде «браслета». Ребенок сидит неуверенно. Гипотония мышц конечностей. Распластаный живот. Зубов 0/2.

1. Сделайте заключение по данным осмотра ребенка.
2. Обоснуйте наличие патологии.

Задача 4

Ребенок 2,5 лет. При осмотре обращает на себя внимание увеличенных размеров голова (50 см) с лобными и теменными буграми и «олимпийским» лбом. Грудная клетка сдавлена с боков, пальпируются «реберные четки». Нижние конечности искривлены и напоминают О-образные. Психомоторное развитие по возрасту. Уровень Са в сыворотке крови - 2,5 ммоль/л, Р - 1,5 ммоль/л, ЩФ 180 ЕД.

1. Чем можно объяснить костные изменения у ребенка?
2. Оцените лабораторные показатели.

Задача 5

Грудной ребенок. При осмотре: 6 зубов (4/2), хорошо сидит, встает при поддержке, ходит по манежу, произносит 5 слов.

1. Укажите возраст ребенка, используя данные «зубного» возраста.
2. Какова формула подсчета количества молочных зубов?

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Рахит и костные проявления у детей.
2. Заболевания костной системы у детей.
3. Костный возраст, его оценка.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- **обязательная:**

5. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

33. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
34. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
35. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
36. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
37. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
38. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
39. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
40. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы

1. ЭБС Консультант студента
2. БД Ebsco

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Психическое, моторное, интеллектуальное развитие.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Нервная система организует приспособление организма к окружающей среде, регулируя все внутренние процессы и их постоянство (температуру тела, биохимические реакции, артериальное давление крови, питание тканей и обеспечение их кислородом и т.д.), то есть гомеостаз. Нервная система человека состоит из центральной и периферической. К центральной нервной системе относится головной и спинной мозг. Головной мозг является высшим отделом ЦНС и лежит в полости черепа. Спинной мозг-часть ЦНС и представляет собой тяж , расположенный в полости позвоночного канала. Оба они эволюционно, морфологически и функционально связаны между собой и без резкой границы переходят один в другой. К периферической нервной системе относят черепные и спинномозговые нервы и нервные сплетения. Нервы доставляют импульсы из ЦНС непосредственно к рабочему органу- мышце, и информацию к ней с периферии. На основании функциональных особенностей выделяют автономную или вегетативную нервную систему. Оценка состояния нервной системы включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию. Изучение особенностей строения и поражения нервной системы поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния нервной системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки нервной системы у детей разного возраста, психического, моторного, интеллектуального развития.

Для этого необходимо:

- знать** основные анатомо-физиологические особенности строения нервной системы у детей разного возраста;
- знать** основные симптомы поражения нервной системы у детей разных возрастов;
- уметь** оценить состояние нервной системы у детей разного возраста;
- знать** сроки становления моторных функций в норме;
- знать** симптомы отклонения в становлении моторных функций;
- знать** сроки становления психических функций в норме;
- знать** основные симптомы отклонения в становлении психических функций;
- иметь представление** о заболеваниях нервной системы в детском возрасте.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

10. Основные понятия и положения темы.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (СМОТРИ В ПРАКТИКУМЕ)

Для оценки развития и состояния нервной системы учитывают предъявляемые жалобы, результаты расспроса матери, а в старшем возрасте и ребенка. При осмотре обращают внимание на крик, двигательную активность, мышечный тонус, безусловные рефлексы и патологические неврологические знаки (семиотика поражения).

11. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. К какому возрасту исчезает рефлекс Бабинского:
 - а) к 6 месяцам
 - б) к 8 месяцам
 - в) к 1 году
 - г) к 2 годам
2. Какие рефлексы не исчезают к концу первого года:
 - а) орбикулопальпебральный
 - б) рефлекс Кернига
 - в) сосательный
 - г) рефлекс Бабинского
3. К какому возрасту ребенок переступает у барьера?
 - а) 5-6 месяцев
 - б) 8-9 месяцев
 - в) 3-4 месяцев
 - г) 10-11 месяцев

4. Как выглядят движения у новорожденного ребенка?
- а) хаотичные
 - б) координированные
 - в) движения практически отсутствуют
 - г) движения только верхних конечностей
5. Какие показатели нервно-психического развития не характерны для ребенка 3 месяцев:
- а) громко смеется
 - б) начинает гулить
 - в) отчетливое слуховое сосредоточение
 - г) фиксация взгляда на предметах
6. Миелинизация нервных волокон в постнатальном периоде заканчивается к:
- а) 6 месяцу
 - б) 1 году
 - в) 2 годам
 - г) 3-5 годам
7. Укажите развитие каких анализаторов уже закончено к 3 месяцам:
- а) вкусового
 - б) вестибулярного
 - в) двигательного
 - г) слухового
8. Масса мозга утраивается к:
- а) концу 1 года жизни
 - б) 2 годам
 - в) 1 году 6 месяцам
 - г) 3 годам
9. Уровень движений у ребенка 1 года 6 мес.:
- а) перешагивает через препятствия приставным шагом
 - б) переступает через препятствия высотой: 10-15 см
 - в) умеет ходить по поверхности шириной 10-15 см
10. Западение родничка может наблюдаться при:
- а) гидроцефалии
 - б) микроцефалии
 - в) кровоизлияниях в мозг
 - г) эксикозе
11. Определить возраст ребенка, если он стоит у барьера, переступает боком, сам садиться из положения лежа.
- а) 11-12 месяцев
 - б) 8-9 месяцев
 - в) 6-7 месяцев
 - г) 10-11 месяцев
12. Время сна у ребенка 2 месяцев в течение суток должно составлять:
- а) 10 часов
 - б) 12 часов
 - в) 14 часов
 - г) 16-18 часов

13. В каком возрасте у детей появляется сенсорная речь?
- а) 10-11 месяцев
 - б) 5-6 месяцев
 - в) 7-8 месяцев
 - г) 2-4 месяца
14. В каком возрасте появляется моторная речь
- а) 10- 11 месяцев
 - б) к году
 - в) 7-8 месяцев
 - г) 5-6 месяцев
15. В каком возрасте появляется подготовительный этап развития речи
- а) 3-4 месяца
 - б) 2-4 месяца
 - в) 5-6 месяцев
 - г) 1-2 месяца
16. Критическим периодом формирования центральной нервной системы является возраст (недели внутриутробного развития):
- а) 7-8 недели
 - б) 8-9 недели
 - в) 10-18 недели
 - г) 19-25 недели
17. Что не следует оценивать при исследовании безусловных рефлексов:
- а) наличие или отсутствие
 - б) симметричность
 - в) связь со временем суток
 - г) время проявления и угасания
18. Какой рефлекс относится к группе мезэнцефальных?
- а) лабиритный тонический рефлекс
 - б) рефлекс Бабкина
 - в) рефлекс Бабинского
 - г) рефлекс опоры
19. К какому возрасту угасает поисковый рефлекс?
- а) к 2 – 3 месяцу жизни
 - б) к концу 1 года жизни
 - в) к 5 –6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
20. К какому возрасту угасает сосательный рефлекс?
- а) к 2 – 3 месяцу жизни
 - б) к концу 1 года жизни
 - в) к 5 –6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
21. К какому возрасту угасает орбикулопальпебральный рефлекс?
- а) к 2 – 3 месяцу жизни
 - б) к концу 1 года жизни
 - в) к 6 месяцам

- г) к 8 месяцам
22. К какому возрасту угасает ладонно-ротовой рефлекс?
- а) к 3 месяцам
 - б) к концу 1 года жизни
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
23. К какому возрасту угасает хватательный рефлекс?
- а) к 3 месяцам
 - б) на 2 –4 месяце
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
24. К какому возрасту угасает рефлекс Маро?
- а) к 2 месяцам
 - б) к 4 месяцам
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
25. К какому возрасту угасает рефлекс Кернига?
- а) к 2 месяцам
 - б) после 4 месяца
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
26. К какому возрасту угасает рефлекс опоры?
- а) к 7 месяцам
 - б) после 2 месяца
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
27. К какому возрасту угасает рефлекс автоматической походки?
- а) к 6 месяцам
 - б) к 2 месяцам
 - в) к 10 месяцам
 - г) к 8 месяцам
28. К какому возрасту угасает рефлекс ползания Бауэра?
- а) к 7 месяцам
 - б) к 4 месяцам
 - в) к 6 месяцам
 - г) к 8 месяцам
29. К какому возрасту угасает рефлекс Галанта?
- а) к 10 месяцам
 - б) к 4 месяцам
 - в) к 2 месяцам
 - г) к 8 месяцам
30. К какому возрасту угасает рефлекс Переса?
- а) к 6 месяцам
 - б) к 4 месяцам
 - в) к 2 месяцам

- г) к 8 месяцам
31. К какому возрасту формируется верхний рефлекс Ландау?
- а) к 6 месяцам
б) к 4 месяцам
в) к 2 месяцам
г) к 8 месяцам
32. К какому возрасту формируется нижний рефлекс Ландау?
- а) к 10 месяцам
б) к 5-6 месяцам
в) к 2 месяцам
г) к 8 месяцам

Ситуационные задачи

Задача 1

Какому возрасту ребенка соответствуют общие движения (До)-влезает на невысокую поверхность и слезает с нее; движения рук и действие (Др) - открывает, закрывает, вкладывает одну игрушку в другую руку.подготовительные этапы развития активности речи (Ра) -подражает разным словам взрослых ,понимание речи (Рп) - знает название частей тела, дает знакомый предмет по просьбе взрослого; навыки и умения в процессах (Н) - пьет из чашки

Задача 2

Укажите возраст ребенка, если зрительно-ориентировочная реакция (А_з) соответствует узнаванию матери, слуховая ориентировочная реакция (А_с) – поворачивает голову на звук, эмоции (Э) – громко смеется, общие движения (До) – поворачивается со спины на живот, подготовительные этапы развития речи (Рп) – долго гулит.

Задача 3

Какому возрасту соответствуют следующие данные психо-моторного развития: уверенно хватает предметы, играет своими руками. Громко смеется, крепко держит протянутую ему руку. С поддержкой может сидеть. Если ребенка приподнять, держа за ноги, то руки и голову он пригибает к груди.

Задача 4

Укажите возраст ребенка, если зрительно-ориентировочная реакция (А_з) заключается в кратковременной фиксации взгляда на ярком предмете и слежении за ним; слуховая-ориентировочная реакция (А_с) - вздрагивает при резком звуке и мигает; эмоции (Э) - первая улыбка; движения общие (До) - попытка держать голову лежа на животе.

Задача 5

Определить возраст ребенка, если он стоит у барьера, переступает боком, сам садится из положения лежа.

Задача 6

Укажите возраст ребенка, если зрительно-ориентировочная реакция (А_з) соответствует узнаванию матери, слуховая ориентировочная реакция (А_с) - поворачивает голову на звук, эмоции - громко смеется, общие движения (До) - поворачивается со спины на живот, подготовительные этапы развития речи (Ра) - длительно гулит.

Задача 7

Определить возраст ребенка со следующими показателями моторного и психического развития: хватает, хотя и неуклюже, предметы, поворачивается к игрушке, пытается

отстраниться от болевых раздражений, различает лица, отличает близких от чужих. Гулит, переворачивается с живота на спину и обратно.

Задача 8

Какому возрасту соответствуют следующие показатели психомоторного развития. Исчезает гипертонус сгибателей нижних конечностей. Переворачивается со спины на живот и обратно. Громко смеется. Гуление становится длительным, появляются певчие и гортанные звуки. С поддержкой может сидеть. Узнает мать.

Задача 9

Укажите возраст ребенка, если зрительно-ориентировочная реакция (Аз) соответствует фиксации взгляда на неподвижных предметах, слуховая ориентировочная реакция (Ас) - отчетливое слуховое сосредоточение эмоции - в ответ на разговор проявляет радость улыбкой, оживленными движениями ног, аукает (комплекс оживления), общие движения (До) - хорошо удерживает голову на животе, есть упор ног.

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Патологические позы у ребенка с неврологическими нарушениями.
2. Люмбальная пункция, оценка ликвора.
3. Оценка сознания. Шкала ком.
4. Судорожный синдром.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

6. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

41. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
42. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
43. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
44. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
45. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.

46. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
47. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
48. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ЭБС Консультант студента
2. БД Ebsco

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности, методика исследования органов дыхания у детей раннего возраста.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Особенности заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста связаны с возрастом, полом, временем года, географическими и социальными условиями. Внутриутробное присоединение цитомегаловирусной инфекции может привести к пневмонии у новорожденного. Незрелость легких в этом периоде жизни ребенка может привести к болезни гиалиновых мембран. Относительно короткая и открытая слуховая труба у новорожденных и детей раннего возраста дает возможность поступать инфекции из глотки в полость среднего уха, что обуславливает развитие среднего отита. Небольшие размеры просвета бронхов и бронхиол у детей первых лет жизни предрасполагает к развитию бронхолита. Оценка состояния системы органов дыхания включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию, перкуссию и аускультацию. Изучение особенностей строения и поражения системы органов дыхания поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния дыхательной системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки дыхательной системы у детей раннего возраста.

Для этого необходимо:

- знать** анатомо-физиологические особенности строения системы органов дыхания у детей раннего возраста;
- уметь** обследовать систему органов дыхания у детей раннего возраста;
- иметь представление** о предрасполагающих факторах к развитию заболеваний органов дыхания.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.

- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ (СМОТРИ В ПРАКТИКУМЕ)
Методика обследования органов дыхания включает сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, лабораторные и инструментальные исследования.

5. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. С какой недели беременности начинает синтезироваться сурфактант?
2. Какое соотношение пульс/дыхание у ребенка в 5 лет?
 - а) 1:2
 - б) 1:3
 - в) 1:4
 - г) 1:3,5
 - д) 1:5
3. С какого возраста возможно определение высоты стояния верхушек легких и ширины полей Кренига?
 - а) с 1 года
 - б) с 3 лет
 - в) с 5 лет
 - г) с 7 лет
 - д) с 15 лет
4. Смешанная одышка (экспираторно-инспираторная) наблюдается при:
 - а) заглочном абсцессе
 - б) бронхиальной астме
 - в) бронхиолитах
 - г) пневмонии
 - д) опухолях
5. При каких заболеваниях могут опускаться нижние границы легких
 - а) эмфиземе
 - б) при повышении внутрибрюшного давления
 - в) остром вздутии легких
 - г) бронхите
 - д) ателектазе
6. Обструкция дыхательных путей может возникнуть при:
 - а) бронхите
 - б) аспирации инородным телом
 - в) парезе и параличе межреберных нервов
 - г) сужение просвета бронхов и бронхиол вследствие гиперсекреции
 - д) полиомиелите
7. Крупом сопровождается:
 - а) бронхит
 - б) пневмония

- в) ларингит
 - г) плеврит
 - д) бронхопневмония
8. Какие заболевания верхних дыхательных путей наиболее часто встречаются?
9. Высота стояния верхушек легких спереди находится на расстоянии:
- а) 1 см от середины ключицы
 - б) 2-4 см от середины ключицы
 - в) 3 см от середины ключицы
 - г) верхнего края ключицы
 - д) нижнего края ключицы
10. Сухие хрипы бывают при:
- а) бронхите
 - б) сужении бронхов
 - в) ларингите
 - г) трахеите
 - д) бронхиальной астме
11. На какой неделе эмбрионального развития формируются сегментные бронхи?
12. Какова частота дыхания в минуту у годовалого ребенка:
- а) 16-18 минуту
 - б) 30-35 в минуту
 - в) 40-50 минуту
 - г) 25 в минуту
 - д) 20 в минуту
13. К какому возрасту развивается кавернозная часть подслизистой ткани носа?
- а) 8-9 лет
 - б) 1-2 года
 - в) 5-7 лет
 - г) 12-15 лет
 - д) 10-11 лет
14. Втяжение уступчивых мест грудной клетки указывает на:
- а) слишком мягкие ребра
 - б) поражение дыхательных путей
 - в) отит
 - г) ангину
 - д) гайморит
15. Нижняя граница легких справа у детей по паравертебральной линии находится на уровне:
- а) 10 ребра
 - б) 11 ребра
 - в) остистого отростка 11 грудного позвонка
 - г) 12 ребра д) остистого отростка 10 грудного позвонка
16. Ослабленная бронхофония отмечается:
- а) у полных детей
 - б) выпотном плеврите
 - в) пневмонии

- г) бронхиальной астме
 - д) гемотораксе
17. Поверхностная болезненность грудной клетки при пальпации отмечается при:
- а) воспалении надкостницы
 - б) заболевании межреберных мышц
 - в) плеврите
 - г) бронхите
 - д) трахеите
18. Симптом де-ла Кампа выслушивается при:
- а) пневмотораксе
 - б) гидротораксе
 - в) увеличение паратрахеальных лимф узлов
 - г) увеличении бронхопультмональных л/узлов
 - д) выпотном плеврите
19. Нижняя граница легких у детей слева по средне-подмышечной линии определяется на уровне:
- а) 7 ребра
 - б) 8 ребра
 - в) 9 ребра
 - г) 6 ребра
 - д) 4 ребра
20. Почему у детей легко возникает эмфизема при различных легочных заболеваниях?

Ситуационные задачи

Задача 1

Заболел ребёнок 11 мес. При субфебрильной температуре появился кашель, чихание, ринит. Стал беспокойным, снизился аппетит. При осмотре отмечается только гиперемия слизистой ротоглотки и другие катаральные симптомы. В семье сложные материальные условия. Отец не работает, уволен с предприятия, мать в декретном отпуске. Дома ещё ребёнок 3 лет.

Синдромный диагноз.

Тактика в отношении больного.

Задача 2

У ребёнка 5 мес была в течение 2 дней высокая температура, слабость, потливость, боли за грудиной. На 3 день появился резко изменённый голос и затруднённое дыхание. В течение 2-3 часов тяжесть состояния нарастает, появилось втяжение уступчивых мест грудной клетки. Кашель не частый. Бледность и потливость кожи, диapedезные кровоизлияния. Дыхание проводится. Тахикардия.

Синдромный диагноз.

Неотложная помощь.

Задача 3

Ребёнку 7 мес. Заболел 3 дня назад, когда появилась слабость, недомогание, повышение температуры, светобоязнь, головная боль. На момент осмотра температура 37,5° С, утомляемость, влажный кашель, слизистая мокрота. Дыхание через нос не затруднено, ЧД 40 в мин. Перкуторно звук лёгочный, дыхание жесткое, по всем полям

сухие и влажные хрипы крупнопузырчатые. В зеве слабая гиперемия, бугристость задней стенки глотки.

Синдромный диагноз.

Тактика ведения больного.

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Заболевания дыхательной системы у детей раннего возраста.
2. Врожденные пороки развития дыхательных путей у детей.
3. Неотложные состояния при заболеваниях органов дыхания у детей и

догоспитальная помощь при них.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

7. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

49. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
50. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
51. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
52. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
53. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
54. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
55. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ЭБС Консультант студента

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности, методика исследования органов дыхания у детей старшего возраста.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Особенности заболеваний органов дыхания у детей старшего возраста связаны с возрастом, полом, временем года, географическими и социальными условиями. Оценка состояния системы органов дыхания включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию, перкуссию и аускультацию. Изучение особенностей строения и поражения системы органов дыхания поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния дыхательной системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: Научить студентов особенностям оценки дыхательной системы у детей старшего возраста.

Для этого необходимо:

- знать** анатомо-физиологические особенности строения системы органов дыхания у детей старшего возраста;
- уметь** обследовать систему органов дыхания у детей старшего возраста;
- иметь представление** о предрасполагающих факторах к развитию заболеваний органов дыхания.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

Методику исследования смотри в практикуме.

6. Задания для выяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Сколько сегментов имеют правое легкое?

- а) 10
- б) 9
- в) 11
- г) 3

2. При каких патологических состояниях выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы?

- а) пневмония
- б) ринит
- в) трахеит
- г) ларенгит

3. Коробочный оттенок перкуторного звука определяется при:

- а) скоплении жидкости в плевральной полости
 - б) пневмотораксе
 - в) выраженной эмфиземе
 - г) сухом плеврите
- 4.** Участок укорочения на стороне наличия экссудата
- а) треугольник Гарлянда
 - б) треугольник Раухфуса
 - в) пространство Траубе
 - г) треугольник Соколова
- 5.** Почему в раннем возрасте редко встречается заболевание придаточных пазух носа?
- а) анатомическое недоразвитие придаточных пазух носа
 - б) анатомическая зрелость придаточных пазух носа
 - в) узкие носовые ходы
 - г) высокие защитные свойства слизистой носа
- 6.** Какой характер дыхания прослушивается у годовалого ребенка?
- а) везикулярное
 - б) пуэрильное
 - в) жесткое
 - г) бронхиальное
- 7.** "Бедренная тупость" перкуторно наблюдается при:
- а) бронхопневмонии
 - б) экссудативном плеврите
 - в) сухом плеврите
 - г) лобарной пневмонии
- 8.** В какие доли и сегменты легкого чаще всего попадает инородное тело:
- а) верхняя доля слева
 - б) 8 сегмент
 - в) 10 сегмент
 - г) нижняя доля справа
- 9.** Опишите клинику смешанной одышки.
- а) выпячивание податливых мест грудной клетки
 - б) лающий кашель
 - в) затрудненный вдох и выдох
 - г) затрудненный выдох
- 10.** Чем можно объяснить часто встречающийся бронхоспазм у детей раннего возраста?
- а) узость носовых ходов
 - б) незрелость строения слизистой оболочки дыхательных путей
 - в) узость просвета бронхов
 - г) относительно широкие бронхи
- 11.** Дайте аускультативное определение пуэрильного дыхания
- а) дыхательный шум более громкий и продолжительный в обе фазы дыхания.
 - б) дыхательный шум более громкий и продолжительный на вдохе
 - в) дыхательный шум более громкий и продолжительный на выдохе
 - г) дыхательный шум более тихий и короткий в обе фазы дыхания
- 12.** До какого возраста выслушивается пуэрильное дыхание?

- а) до 6-8 месяцев
- б) до 12 месяцев
- в) до 3 лет
- г) до 5-7 лет

13. С какого возраста выслушивается пуэрильное дыхание?

- а) с 1 месяца
- б) с 6 месяцев
- в) с 12 месяцев
- г) с 3 лет

14. У детей первых шести месяцев жизни над легкими прослушивается

- а) пуэрильное
- б) жесткое
- в) везикулярное
- г) несколько ослабленное

15. Чем объясняется цианоз носогубного треугольника?

- а) анемия
- б) гипоксия
- в) гемолиз
- г) сгущением крови

16. У девочек в пубертатный период преобладает тип дыхания:

- а) грудной
- б) брюшной
- в) грудно-брюшной
- г) диафрагмальный

17. Развитие эластической ткани легкого завершается к:

- а) рождению
- б) году
- в) 5 годам
- г) 12 годам

18. Голосовые связки у детей:

- а) богаты лимфоидной тканью
- б) кровоснабжаются скудно
- в) бедны лимфоидной тканью
- г) утолщены

19. "Лающий" кашель отмечается при поражении:

- а) поражении легких
- б) плевры
- в) бронхопульмональных лимфоузлов
- г) трахеи

20. Под термином "тахипноэ" понимают:

- а) урежение дыхания
- б) углубление дыхания
- в) учащение дыхания
- г) поверхностное дыхание

21. Под термином « апноэ» понимают

- а) урежение дыхания
 - б) углубление дыхания
 - в) учащение дыхания
 - г) задержка дыхания
- 22.** Под термином «брадипноэ» понимают:
- а) учащение дыхания
 - б) урежение дыхания
 - в) поверхностное дыхание
 - г) задержка дыхания
- 23.** Соотношение дыхание/пульс при заболеваниях легких у детей старше года
- а) 1:2
 - б) 1:4
 - в) 1:3.5
 - г) 1:2,5
- 24.** Участок притупления на стороне противоположной стороне наличия экссудата:
- а) треугольник Гарлянда
 - б) пространство Траубе
 - в) треугольник Раухфуса
 - г) треугольник Шафара.
- 25.** При каком патологическом состоянии встречается клиника смешанной одышки.
- а) пневмония
 - б) ларинготрахеит
 - в) бронхиальная астма
 - г) бронхит
- 26.** У ребенка 5 лет на фоне жесткого дыхания выявлены средне - и мелкопузырчатые влажные хрипы, исчезающие после кашля. Что может служить причиной данного симптома?
- а) поражение бронхов
 - б) поражение гортани
 - в) поражение легких
 - г) поражение голосовых связок
- 27.** При перкуссии легких здорового ребенка тимпанический тон получают:
- а) над ключицей
 - б) над пространством Траубе
 - в) под лопаткой
 - г) над позвоночником
- 28.** Обозначьте признак экспираторной одышки.
- а) грудная клетка активно участвует в акте дыхания
 - б) грудная клетка почти не участвует в акте дыхания
 - в) одна половина грудной клетки активно участвует в акте дыхания
 - г) одна половина грудная клетка не участвует в акте дыхания
- 29.** Выделение слизисто-гнойной мокроты характерно для:
- а) крупозной пневмонии
 - б) абсцесса легкого
 - в) гангрены легкого

- г) бронхопневмонии
- 30.** Частота дыхания у ребенка 10 лет в 1 минуту:
- а) 16-18
 - б) 30-35
 - в) 20
 - г) 38-40
- 31.** Частота дыхания ребенка 5 лет за 1 минуту:
- а) 35
 - б) 40
 - в) 25
 - г) 16-18
- 32.** К какому возрасту становится эффективным реберное дыхание:
- а) с 3 лет
 - б) с 5 лет
 - в) с 7 лет
 - г) с 10 лет
- 33.** Ослабление голосового дрожания грудной клетки наблюдается при:
- а) истощении
 - б) крупозной пневмонии
 - в) эмфиземе легких
 - г) пневмотораксе
- 34.** Глоточные миндалины максимально развиты к:
- а) первому полугодию жизни
 - б) 3-4 годам
 - в) 4-10 годам
 - г) моменту полового созревания

Ситуационные задачи

Задача 1

Осмотрен мальчик 11 лет. Состояние тяжелое, спутанность сознания, цианоз, одышка экспираторного характера с частотой дыхания до 60 в 1 мин, обильное выделение пенистой мокроты розового цвета, частота сердечных сокращений 140 в минуту, пульс слабого наполнения, тоны сердца глухие. В легких - на фоне жесткого дыхания обилие влажных разнокалиберных хрипов. От ребенка исходит резкий запах бензина. Ваш предположительный синдромный диагноз?

Задача 2

У ребенка 6 лет во время приема твердой пищи внезапно появился приступообразный кашель, затрудненное дыхание с быстрым развитием асфиксии, ребенок потерял сознание. Ваш предположительный синдромный диагноз?

Задача 3

У девочки 4 лет среди полного здоровья во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка. Из анамнеза известно, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает. На момент осмотра: ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук неизменен, дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС-100 уд/мин, АД-95/55 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал

прерывистым, судорожным, быстро нарастает цианоз. Инородное тело в носоглотке не видно. Ваш предположительный синдромный диагноз?

Задача 4

Мальчик 10 лет при купании в озере стал тонуть. Был поднят спасателем со дна водоема через 3 минуты в состоянии клинической смерти. После успешной первичной реанимации возобновлены дыхание и сердечная деятельность. В сознание не приходил.

К моменту прибытия реанимационной бригады скорой помощи дыхание ребенка стало клочочущим, с частотой 48 уд/мин. При осмотре: ребенок без сознания. Периодически наблюдаются судороги с преобладанием клонического компонента. Зрачки несколько расширены, реакция на свет определяется. Корнеальный, глоточный и болевой рефлексы сохранены. Кожа и слизистые бледные. При аускультации над легкими масса влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС-100 уд/мин, АД-80/40 мм рт. ст. Ваш предположительный синдромный диагноз?

Задача 5

Мальчик 6 лет, вынесен спасателем из горящей квартиры.

При осмотре: общее состояние тяжелое, ребенок без сознания. Оценка комы по шкале Глазго 8 баллов. Эритема кожных покровов, вишневая окраска слизистых. Поверхностные ожоги кожи лица, обгоревшие брови и ресницы. Имеется спазм жевательной мускулатуры. Отдышка смешанного характера: при преобладании затруднения вдоха выявляется ослабление дыхательных шумов над легкими, над всеми легочными полями и выслушиваются сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС-140 уд/мин. АД-80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Ваш предположительный синдромный диагноз?

Задача 6

У мальчика 3 лет 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом.

Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней двусторонней пневмонией. Участковый врач был накануне и назначил ампицилин внутримышечно. Первая инъекция была сделана за 30 минут осмотра. В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

На момент осмотра: ребенок заторможен. На коже лица, туловища конечностей - уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднен выдох, частота дыхания 56 минут. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный с частотой 160 уд/мин. АД - 60/20 мм рт.ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

Ваш предположительный синдромный диагноз?

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Заболевания дыхательной системы у детей старшего возраста.
2. Неотложные состояния при заболеваниях органов дыхания у детей и

догоспитальная помощь при них.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

8. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

56. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
57. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
58. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
59. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
60. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
61. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
62. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
63. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

1. Тема: Анатомо-физиологические особенности и методика обследования сердечно-сосудистой системы у детей.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Сердечно-сосудистая система включает сердце, коронарные сосуды, магистральные сосуды (аорта и легочный ствол), периферические кровеносные сосуды (артерии и вены), капилляры. Важнейшими функциями органов кровообращения являются поддержание постоянства внутренней среды организма; доставка кислорода и питательных веществ ко всем органам и тканям; удаление и выведение углекислоты и

других продуктов обмена из организма. При рождении происходит перестройка кровообращения: прекращается плацентарное кровообращение; закрываются основные фетальные сосудистые коммуникации; в полном объеме включается сосудистое русло малого круга кровообращения. С рождения ребенка по мере адаптации к внеутробным условиям жизни и перехода от плацентарного типа газообмена к легочному в физиологии кровообращения, в строении органов кровообращения возникают существенные изменения. Эти изменения обуславливают особенности клиники при поражении сердечно-сосудистой системы. Оценка состояния сердечно-сосудистой системы включает изучение анамнеза, осмотр пальпацию, перкуссию и аускультацию. Изучение особенностей строения и поражения сердечно-сосудистой системы поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста, проводить раннюю диагностику и адекватное лечение.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния сердечно-сосудистой системы для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: на основе знаний об особенностях анатомо-физиологического строения научиться проводить обследование и выявлять симптомы поражения сердечно-сосудистой системы у детей.

Для этого необходимо:

- знать** основные анатомо-физиологические особенности строения сердечно-сосудистой системы у детей разного возраста;
- знать** особенности кровообращения плода;
- знать** особенности кровообращения новорожденного;
- уметь** провести обследования ССС у детей разного возраста;
- иметь** представление о предрасполагающих факторах в развитии патологии сердечно-сосудистой системы у детей разного возраста.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (СМОТРИ В ПРАКТИКУМЕ)

6. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. У плода кровь, поступившая из нижней полой вены, попадая в правое предсердие, преимущественно идет:
 - а) В легочные артерии
 - б) Через овальное окно в левое предсердие

- с) Через правое венозное отверстие в правый желудочек
2. У плода после формирования плацентарного кровообращения ЧСС составляет:
 - А. 15-35
 - б. 125-130
 - с. 140-180
 3. Может ли у детей первых месяцев жизни возобновляться шум из правого предсердия в левое предсердие?
 - А. Да, при повышении давления в аорте
 - б. Да, при повышении давления в легочной артерии
 - с. Нет, не может
 - Д. Он есть в норме.
 4. Темп роста сердца относительно темпа роста магистральных сосудов:
 - А. Выше
 - б. Ниже
 - с. Такой же
 5. Анатомически сердце у новорожденных расположено:
 - А. Более каудально
 - б. Без особенностей
 - с. Более краниально
 6. Правая граница относительной сердечной тупости находится у детей до 1 года
 - А. На 0,5см кнаружи от правой парастеральной линии
 - б. На 0,5см кнутри от правой парастеральной линии
 - с. По правой парастеральной линии
 - Д. На середине расстояния между правой парастеральной линией и правым краем грудины
 7. Для расчета среднего систолического АД (в мм.рт.ст.) у детей старше года используется формула:
 - А. $60+2п$
 - б. $90+п$
 - с. $90+2п$
 - Д. $100+п$
 8. Верхняя граница абсолютной сердечной тупости у детей старше 7 лет находится на уровне:
 - а. межреберья
 - б. 3 ребра
 - с. 3 межреберья
 - Д. 4 ребра
 9. У детей с 11 до 13 лет второй тон лучше прослушивается во втором межреберье
 - А. Слева от грудины
 - б. Справа
 - с. Одинаково
 10. Аускультативная картина пролапса митрального клапана:
 - А. Усиление 1 тона
 - б. Усиление 2 тона
 - с. Щелчок на верхушке сердца после 1 тона
 - Д. Щелчок во втором межреберье справа

- е. Щелчок во втором межреберье слева
11. Сердечно-сосудистая система образуется из:
- А. Эктодермы
 - б. Выпячивания передней стенки кишки
 - с. Мезодермы
 - Д. Энтодермы
12. У плода кровь из верхней полой вены, попадая в правое предсердие, преимущественно идет в:
- А. Через овальное окно в левое предсердие
 - б. Через правое венозное отверстие в правый желудочек
 - с. В легочные артерии
13. Парасимпатическая нервная система у плода развивается:
- А. Раньше симпатической
 - б. Позже симпатической
 - с. Одновременно
14. Относительная масса сердца новорожденных (по сравнению со взрослыми):
- А. Больше
 - б. Меньше
 - с. Одинакова
15. У новорожденных просвет аорты относительно легочной артерии:
- А. Больше
 - б. Меньше
 - с. Такой же
16. Форма сердца у новорожденного
- А. Капельная
 - б. В форме сапожка
 - с. Шарообразная
17. Правая граница относительной сердечной тупости находится у детей 2-6 лет
- А. На 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии
 - б. На 0,5 см кнутри от правой парастернальной линии
 - с. По правой парастернальной линии
 - Д. На середине расстояния между правой парастернальной линией и правым краем грудины

Ситуационные задачи

Задача 1

Больная 3., 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти - "часовых стекол", деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона

во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Задача 2

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался соответственно возрасту, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см², перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Ваш предварительный диагноз?

Задача 3

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации: верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в

положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Ваш предварительный диагноз?

Задача 4

Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха. Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. 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 звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Ваш предварительный диагноз?

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Методы обследования ССС у детей.
2. ЭКГ, проведение, оценка у детей.
3. Кровообращение плода и новорожденного.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

9. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

64. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
65. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
66. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
67. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
68. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
69. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
70. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
71. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ЭБС Консультант студента
2. БД Ebsco

1. Тема: Синдромы поражения сердечно-сосудистой системы, функциональные пробы.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Одной из актуальных проблем педиатрии является лечение и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, занимающих в структуре патологии детского возраста одно из первых мест. Изучение особенностей строения и поражения сердечно-сосудистой системы поможет студенту хорошо ориентироваться в вопросах патологии детского возраста и проводить раннюю диагностику.

Профессиональное значение: Научить студентов основным функциональным пробам оценки деятельности сердечно-сосудистой системы у детей, освоить методы функционального состояния сердечно-сосудистой системы в норме и при патологии.

Личностное значение темы: развитие ответственности будущего врача за диагностику поражения сердечно-сосудистой системы у детей.

3. Цели занятия: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах анатомо-физиологического строения сердечно-сосудистой системы у детей, владеющего методикой функциональной оценки деятельности сердечно-сосудистой системы у детей.

Для этого необходимо:

- ✓ научить студентов методике проведения функциональных проб при обследовании здоровых детей
- ✓ научить студентов методике проведения функциональных проб при обследовании детей с патологией ССС.

- ✓ научить студентов выявлять симптомы, типичные для неблагоприятной реакции у детей.
- ✓ научить студентов трактовке результатов исследования функционального состояния организма ребенка.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОБЫ (смотри в практикуме)

6. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Назовите основные функциональные клинические пробы, используемые для оценки состояния сердечно-сосудистой системы.
 - а) проба Шалкова
 - б) проба Мак-Клюра
 - в) проба молоточковая
 - г) проба щипковая
2. Назовите одно из аускультативных свойств органических шумов
 - а) усиливается при перемене положения тела
 - б) не усиливается при перемене положения тела
 - в) усиливается при физической нагрузке
 - г) усиливается после еды.
3. Расширение сердечной тупости влево бывает при:
 - а) пороках трехстворчатого клапана
 - б) стенозе лёгочной артерии
 - в) недостаточности и стенозе аортального клапана
 - г) митральном стенозе
4. Назовите причины не влияющие на возникновение врожденных пороков сердца у детей.
 - а) наследственный фактор
 - б) болезни матери во время беременности
 - в) прием лекарственных препаратов во время беременности
 - г) не рациональное питание
5. Отрицательней сердечный толчок указывает на:
 - а) порок сердца
 - б) сращение листков эндокарда
 - в) слабость сердца
 - г) наличие экссудата в сердечной сумке
6. К кардиальным функциональным шумам относятся:
 - а) шумы в области крупных сосудов
 - б) венозные

- в) кардио-пульмональные
- г) акцидентальные

7. При каких патологических состояниях появляется расширение венозной сети на передней брюшной стенке?

- а) аппендицит
- б) желчекаменная болезнь
- в) портальная гипертензия
- г) кишечная инфекция

8. Чем объясняется цианоз носогубного треугольника?

- а) анемия
- б) гипоксия
- в) гемолиз
- г) сгущением крови

9. Смещение верхушечного толчка отмечается при:

- а) перитоните
- б) асците
- в) гипертрофии левого желудочка
- г) метеоризме

10. Характеристика кардиопульмональных шумов:

- а) находится в связи с дыханием
- б) усиливается при надавливании стетоскопом
- в) выслушивается над левым желудочком
- г) выслушивается в точке Боткина

11. Расширение сердечной тупости влево бывает при:

- а) пороках трехстворчатого клапа
- б) стенозе легочной артерии
- в) недостаточности и стенозе митрального клапана
- г) недостаточности и стенозе аортального клапана

12. Сердечный горб наблюдается при:

- а) значительном увеличении размеров сердца
- б) миокардите
- в) накоплении жидкости в сердечной сумке
- г) перикардите

13. Предпочтительным методом для контроля за индивидуальной физической нагрузкой на уроке физкультуры является:

- а) одноразовая функциональная проба-20 приседаний
- б) стандартная повторная дозированная нагрузка
- в) непрерывная ступенчатая повышающаяся нагрузка

14. Перед началом занятий в спортивной секции обязательным является)

- а) ЭХО-КГ
- б) ФКГ
- в) ЭКГ
- г) рентгенография

15. Верно ли, что закупорка основных вен тромбом всегда сопровождается венозным застоём крови?

- а) да
- б) нет

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчику 2 года, питание понижено, бледен, пульс 148 в минуту, Верхушечный толчок в.6 м/р по передней аксиллярной линии, 3/х3 см. Тоны сердца резко приглушены. Частота дыхания 32, после нагрузки 42 в минуту. Печень + 4см. О чем можно думать?

Задача №2

Девочке 6 мес. Состояние очень тяжелое, отстает в физическом развитии, кожа бледная, цианоз. Пульс 140 в мин. Границы относительной сердечной тупости: левая по передней аксиллярной линии, верхняя - 2 ребро, тоны сердца приглушены. Непостоянные экстрасистолы. Частота дыхания 60 в мин. Над всей поверхностью легких мелко-среднепузырчатые хрипы. Печень +4 см. О чем можно думать?

Задача №3

Мальчику 12 лет. Занимается спортом с 5 лет. При осмотре перед соревнованиями пульс 52 в минуту, хорошего наполнения. О чем можно думать?

Задача №4

Надя П. 12 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на плохой сон, раздражительность, плаксивость, головную боль, периодические боли в сердце. Девочка от первой беременности, удовлетворительное протекание беременности от здоровых, молодых родителей, но роды стремительные 1 период 6 часов. Какие дополнительные данные анамнеза, объективного обследования, дополнительного исследования позволят вам предложить тот или иной диагноз?

Задача №5

Мальчик 13 лет, обучается в 7 классе школы, осмотрен медицинской сестрой перед проф. осмотром. Получены следующие данные: масса тела 41 кг, рост 148 см., половая формула АхР1. Проба Штанге 62 сек., проба Генча 25 сек. АД 110/60 мм. рт. ст. ортостатическая проба: ЧСС лежа 74 в мин., ЧСС стоя 86 ударов в мин.

1. Оцените физическое развитие мальчика.
2. Оцените степень полового развития и биологический возраст ребенка.
3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.
4. Оцените АД ребенка.

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Синдром перикардита.
2. Синдром миокардита.
3. Синдром эндокардита.
4. Острая сердечная и сосудистая недостаточность.
5. Хроническая сердечная недостаточность.
6. СЛР при остановке сердца.

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

10. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Гепше.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

72. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

73. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.

74. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.

75. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

76. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.

77. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.

78. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.

79. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

1. Тема: Семиотика поражения пищеварительной системы.

2. Значение изучаемой темы:

Учебное значение: Современные проблемы детской гастроэнтерологии – это теоретические аспекты понимания функционального становления органов ЖКТ в процессе развития ребенка и познания сущности патологического процесса. Теоретические положения, разрабатываемые отечественной гастроэнтерологией тесно перекликаются с ее прикладными аспектами – вопросами ранней диагностики заболеваний ЖКТ, предупреждение их возникновения, а при развитии болезни – профилактика их прогрессирования.

Необходимо довести до студентов убеждение, что усилие собрать целенаправленный анамнез, определить семиотику поражения, объединить выявленные симптомы в синдромы, позволяет выбрать правильную диагностическую и лечебную тематику.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах работы с детьми.

Личностное значение темы: формирование представления о ведущем значении оценки состояния системы органов пищеварения для определения состояния ребенка; формирование деонтологических аспектов через взаимоотношения Студент – Ребенок – Родитель.

3. Цели занятия: отработать навыки самостоятельной работы по клиническому обследованию органов пищеварения ребенка.

студент должен знать:

- семиотику поражений органов пищеварения ЖКТ у детей;
- методику исследования органов пищеварения у детей;
- дифференциально-диагностические признаки поражения кишечника, желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы, желудка.

студент должен уметь:

- выявить жалобы у больного с поражением органов пищеварения;
- собрать целенаправленно анамнез;
- выявить основные объективные симптомы поражения различных отделов системы пищеварения;
- оценить результаты обследования органов пищеварения и составить заключение по характеру выявленной патологии.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.
- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на:

- наличие в семье или у родственников заболеваний органов пищеварения;
- связь заболевания с погрешностями в питании, предшествующими инфекционными заболеваниями и др. факторами;
- характер вскармливания на первом году жизни и питание в последующие годы;
- длительность заболевания;
- последовательность появления различных симптомов (боли в животе, диспепсические расстройства, нарушения аппетита);
- связь болей в животе после приема пищи (ранние, поздние);
- зависимость болей от времени суток и времени года;
- влияние приема пищи на интенсивность болевого синдрома (мойнингановский ритм болей);
- локализация болей;
- характер болевого синдрома (приступообразные, острые или тупые, ноющие);
- иррадиация болей;

- диспептические расстройства: отрыжка кислым, горьким, пищей, воздухом; изжога, тошнота, рвота, запор, неустойчивый стул, понос, метеоризм, урчание, суточное количество фекалий, окраска стула, патологические примеси в кале;
- изменение аппетита.

При осмотре ребенка следует обратить внимание на:

- общее состояние, сознание, положение;
- физическое развитие;
- цвет кожи и видимых слизистых, их влажность, наличие сыпи и ее характер;
- выраженность подкожно-жирового слоя;
- тургор мягких тканей;
- окраску слизистой оболочки полости рта и зева, блеск, чистоту, дефекты слизистой оболочки, величину миндалин, состояние задней стенки глотки;
- состояние языка (влажность, сосочки, налет);
- состояние зубов (количество молочных и постоянных кариозных);
- величину живота, его симметричность;
- участие брюшной стенки в акте дыхания;
- видимую перистальтику;
- развитие подкожной венозной сети;
- отечность передней брюшной стенки;
- грыживые выпячивания.

При поверхностной пальпации необходимо обратить внимание на:

- болезненность;
- гиперстезия;
- напряжение брюшной стенки;
- наличие или отсутствие перистенальных симптомов.

При глубокой пальпации необходимо обратить внимание на:

- форму, консистенцию, подвижность и болезненность толстого кишечника, конечного отдела, подвздошной кишки, наличие урчания, толщину;
- место расположения желудка, состояние привратника, наличие болезненности;
- болезненность в точках и зонах проекции поджелудочной железы;
- размеры печени, ее консистенцию, болезненность, подвижность;
- характеристику края печени и ее поверхности;
- болезненность в точке проекции желчного пузыря и пузырьные симптомы.

При перкуссии необходимо обратить внимание на:

- характер перкуторного звука под областью живота;
- размеры печени по передней аксиллярной, среднеключичной, срединной линиям, по Курлову.

При аускультации следует обратить внимание на:

- характер перистальтики (оживление, отсутствие).

При аускульторрикации следует обратить внимание на:

- размеры желудка.

6. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Какая рвота характерна для пилоростеноза у детей?

- а) постоянное "подтекание" из ротовой полости
- б) рвота "фонтаном" после каждого кормления
- в) "ступенчатая" рвота
- г) рвота во время кормления

2. Какой стул бывает при лямблиозе кишечника?

- а) неустойчивый
- б) колитный
- в) энтеритный
- г) запоры

3. При каких заболеваниях отмечается увеличение живота в объеме?

- а) гастрит
- б) язвенная болезнь
- в) целиакия
- г) ДЖВП

4. Какой симптом характерен для синдрома "острого живота"?

- а) симптом Кера
- б) симптом Ортнера
- в) симптом Боасса
- г) симптом Щеткина - Блюмберга

5. У детей раннего возраста нижний край печени пальпируется:

- а) по реберной дуге,
- б) на 1 – 2см ниже реберной дуги,
- в) на 2 – 3см ниже реберной дуги,
- г) нижний край не пальпируется,

6. Функциональная особенность печени ребенка новорожденного и первых месяцев жизни:

- а) выделение желчных кислот невелико,
- б) гликогенная емкость низкая,
- в) обезвреживающая функция снижена,
- г) белковосинтетическая функция снижена.

7. У здоровых детей нижний край печени выходит из-под реберной дуги до:

- а) 3-х лет,
- б) 5 лет,
- в) 7 лет,
- г) 12 лет,

8. С какими заболеваниями органов пищеварения связаны "ранние" боли в животе?

- а) антральный гастрит
- б) дуоденит
- в) эзофагит
- г) болезнь двенадцатиперстной кишки

9. С какими заболеваниями органов пищеварения связаны "поздние" боли в животе?

- а) эзофагит
- б) гастрит

- в) пищевое отравление
- г) язвенная болезнь

10. Какие жалобы не характерны для детей с заболеванием печени и желчевыводящих путей?

- а) боли в животе
- б) тошнота
- в) запоры
- г) полифекалия

11. При каких заболеваниях желудочно-кишечного тракта не наблюдается отрыжка?

- а) гастрит
- б) ДЖВП
- в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- г) недостаточность кардии

12. Какие свойства не оцениваются при пальпации печени у детей?

- а) край ровный
- б) край эластичный
- в) край мягкий
- г) размеры желчного пузыря

13. Фермент поджелудочной железы

- а) липаза
- б) пепсин
- в) ренин
- г) гастрин

14. Укажите симптом, определяемый при заболеваниях желчевыводящих путей

- а) симптом Кера
- б) симптом Менделя
- в) симптом Пастернацкого
- г) симптом Домбровской

15. Для желтухи новорожденных не характерно:

- а) желтушность кожных покровов
- б) стул желтого цвета
- в) ахоличный стул
- г) моча золотисто желтого цвета

16. Какой симптом можно выявить при пальпаторном обследовании живота при поражении поджелудочной железы?

- а) симптом Мюсси
- б) симптом Боасса
- в) симптом Керра
- г) точка Дежардена

17. Какой вид имеют испражнения у детей 1 года жизни, находящегося на естественном вскармливании?

- а) золотисто-желтого цвета
- б) замазкообразные
- в) коричневые

г) с зеленоватым оттенком

18. При каких заболеваниях органов пищеварения у ребенка появляется боли в пилородуоденальной зоне?

а) дискенизия желчевыводящих путей

б) эзофагит

в) панкреатит

г) гастродуоденит

19. С какого возраста определяются размеры печени по Курлову

а) с одного года

б) с 5-7 лет

в) с 3 лет

г) с рождения

20. Каким симптомом характеризуется синдром мальабсорбции?

а) полифекалия

б) запор

в) втяжение живота

г) увеличение массы тела

21. Особенности слюнных желез к моменту рождения?

а) морфологически сформированы, но секреторная функция низкая

б) морфологически и функционально незрелые

в) морфологически и функционально зрелые

г) морфологически не сформированы и секреторная достаточно развиты

22. С особенностями какого отдела желудка связано срыгивание у детей раннего возраста?

а) пилорического

б) дно

в) кардиального

г) тело

23. При каких заболеваниях не отмечается увеличение живота в объеме?

а) синдром мальабсорбции

б) лимфогрануломатоз

в) мегаколон

г) гастрит

24. При каких патологических состояниях появляется расширение венозной сети на передней брюшной стенке?

а) аппендицит

б) желчекаменная болезнь

в) портальная гипертензия

г) кишечная инфекция

25. Какими симптомами не характеризуется синдром "острого живота"?

а) боль в животе

б) нарушения отхождения стула

в) положительный симптом Щеткина - Блюмберга

г) отрицательный симптом Щеткина - Блюмберга

Ситуационные задачи

Задача №1

Первичный врачебный патронаж к новорожденному в возрасте 7 дней. Девочка от здоровой матери, первой беременности, протекавшей с токсикозом I половины. Родилась на 38-й неделе беременности с массой тела 2960 г, длиной 49 см. При осмотре: активна, крик громкий и эмоциональный, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. Кожа чистая, слабая иктеричность кожи лица и туловища. Пупочная ранка под сухой корочкой, без воспалительной реакции, сосуды не пальпируются. Большой родничок 1,5x2 см, на уровне костных краев. Ногти переросли кончики пальцев. Пульс 146 уд/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧДД 42 в минуту с апноэ по 2-3 сек. В легких дыхание проводится равномерно, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Большие половые губы закрывают малые. Рефлексы новорожденных вызываются. Мышечный тонус нормальный. Волосной покров выражен только на голове.

1. Рассчитайте масса - ростовой коэффициент при рождении.
2. Синдром желтухи: причины развития, клинические проявления.
3. Укажите наиболее вероятную причину желтухи?
4. Дайте понятие физиологическая желтуха.
5. Назовите особенности кожи новорожденного и детей первого года жизни.

Задача №2

Максим А., 7 лет. Масса тела - 17,2 кг, длина тела 115 см. Направлен на консультацию к гастроэнтерологу после осмотра участковым врачом при оформлении в школу. Ребенок от молодых здоровых родителей. Беременность у матери протекала на фоне анемии (гемоглобин до 95 г/л), получала препараты железа. Мальчик родился доношенным (масса тела 3100 г, длина 49 см; оценка по шкале Апгар 8/9 баллов). На первом году отмечена плохая прибавка массы тела, перенес анемию, рахит 2-й степени с подострым течением, трижды ОРВИ с затяжным течением. После года часто болел простудными заболеваниями (чаще 5 раз в год). ДДУ не посещал. В массе тела по-прежнему прибавляет плохо, отмечена склонность к запорам.

При осмотре мальчик бледен, питание снижено, тени под глазами. Кожные покровы сухие, трещины в углах рта. Язык яркий, сухой, сосочки сглажены. Зев умеренно разрыхлен, слизисто-гнойное отделяемое на задней стенке глотки. Подчелюстные лимфоузлы увеличены до размеров фасоли. Пульс 102 уд/мин, ритмичный. Границы сердца не изменены. При аускультации ослаблен 1 тон, нежный систолический шум выслушивается над верхушкой и в точке Боткина. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Живот слегка вздут, умеренно болезненный в правом подреберье и около пупка. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, край ровный, острый. Симптомы Ортнера, Кера положительны. Селезенка не пальпируется. Мочевыделение не изменено.

Копрограмма: мышечные волокна ++, нейтральный жир ++, жирные кислоты ++, крахмал внутриклеточный +, крахмал внеклеточный +. Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $7,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 49%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 44%, моноциты - 4%, СОЭ - 20 мм/ч.

1. Обоснуйте синдромный диагноз.
2. АФО печени и желчевыводящих путей.
3. Семиотика заболеваний печени и желчевыводящих путей.
4. Методика определения пузырных симптомов.
5. Оцените уровень и гармоничность физического развития ребенка.

Задача №3

Ребенок, 5 лет, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, многократную рвоту, понос (стул гомогенный, желтого цвета), разлитые боли в животе. При осмотре: кожа сухая, бледная. Заостренные черты лица. Глазные яблоки запавшие. Пульс 120 уд./мин., живот несколько вздут. При пальпации живота определяется умеренная болезненность и урчание. В семье все здоровы. Накануне мальчик ел творог, хранившийся в помещении вне холодильника.

1. Какие основные синдромы выделяют при поражении органов пищеварения?
2. Какие клинические синдромы имеются у ребенка?
3. Какое заключение можно сделать по анализу заболевания?
4. Оцените тяжесть состояния ребенка?
5. Синдром острого гастроэнтероколита: причины, клиника.

Задача №4

Осмотрена девочка 4 месяцев. Мать предъявляет жалобы на частый стул у ребенка – 7-8 раз в день, вздутие живота после кормления молочной смесью. Неделю назад девочка выписана из стационара, где находилась на протяжении 2-х недель по поводу острой кишечной ротавирусной инфекции. Получала полимиксин, симптоматические средства, в настоящее время фестал и бифидум-бактерин.

Ребенок от молодых здоровых родителей, 1 половина беременности протекала на фоне умеренного гестоза. Роды в срок, без осложнений, масса тела 3550 г, длина 52 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Грудное вскармливание до 3 месяцев, затем искусственное из-за гипогалактии у матери. Развивалась по возрасту, до 3,5 месяцев ничем не болела.

При осмотре девочка вялая, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледны, суховаты, тургор несколько снижен. Зев без катаральных явлений. Дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, над верхушкой прослушивается короткий систолический шум. Большой родничок 2x2 см, не западает. Живот умеренно вздут, урчание при пальпации. Печень +3 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул водянистый, с не переваренными комочками, без патологических признаков.

1. Каковы возможные причины расстройства стула у ребенка?
2. Ваши диагностические мероприятия?
3. Тактика?
4. Ваш прогноз?
5. Чем клинически проявляется синдром мальабсорбции?

Задача №5

Осмотрен мальчик 11 лет. В течение года беспокоят боли ноющего характера в эпигастральной области, связанные с приемом жареной пищи и приемом газировки, чувство тяжести в верхней половине живота. Часто возникает отрыжка пищей, тухлым, урчание, неустойчивый стул. Изжоги не бывает, аппетит снижен. Обострения возникают

от эмоционального перенапряжения, после обильной еды. К врачу не обращались, мать иногда давала ребенку фестал и альмагель. Мать страдает хроническим гастритом с секреторной недостаточностью. У ребенка на первом году жизни был дисбиоз кишечника, острые кишечные заболевания, получал левомецетин.

При осмотре мальчик астенической конституции, питание снижено, бледен, тени под глазами, признаки ваготонии. При пальпации живота выявлена умеренная болезненность в эпигастральной области, положительный симптом Менделя, урчание вокруг пупка. Язык обложен густым белым налетом.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Факторы, влияющие на развитие заболевания у мальчика?
3. Каков план обследования?
4. Порядок проведения поверхностной пальпации живота.
5. Методы определения кислотности желудка.

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

1. Оформление таблицы по характеристике болей в животе у детей.
2. Подготовка реферата по теме «Семиотика поражений кишечника у детей».
3. Составление типовых задач по теме.
4. Написание алгоритма «Желтухи у детей»

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

11. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

80. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
81. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
82. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
83. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
84. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
85. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.

86. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
87. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco

1. Тема: Естественное вскармливание.

2. Значение изучаемой темы: Для ребенка первых месяцев жизни оптимальным видом питания является материнское молоко, соответствующее особенностям его пищеварительной системы и обмена веществ. По данным официальной статистики Минздрава России за 2002 г., лишь 42,2% получают материнское молоко до 3 месяцев и 31% - до 6 месяцев и более 10% матерей вообще не кормят грудью детей с рождения.

Учебное значение: Выработка навыков составления и расчета рационов детей первых 10 дней жизни и до 1 года на естественном вскармливании.

Профессиональное значение: подготовить высококвалифицированного специалиста, хорошо ориентирующегося в вопросах естественного вскармливания.

Личностное значение темы: развитие ответственности будущего врача за здоровье детей, за правильное назначение рациона детей на естественном вскармливании до 1 года.

3. Цели занятия: Освоить основные принципы естественного вскармливания детей 1 года жизни с учетом современной программы ВОЗ и ЮНЕСЕФ. Научиться сбору анамнеза по питанию.

Обучающийся должен знать:

1. Актуальность проблемы грудного вскармливания
2. Политику ВОЗ/ЮНИСЕВ, направленную на поддержание грудного вскармливания.
3. Преимущества грудного вскармливания
4. Состав женского молока
5. Вскармливание новорожденного и ребенка до введения прикормов.

Обучающийся должен уметь:

1. Назначить долженствующий объем питания новорожденному ребенку
2. Назначить долженствующий объем питания ребенку первого полугодия
3. Рассчитать потребности в белках, жирах, углеводах и калориях новорожденному ребенку и ребенка до введения прикормов.

4. План изучения темы:

- Организация занятия - 5 мин.
- Формулировка темы и цели - 5 мин.
- Контроль исходного уровня знаний, умений – 15 мин.
- Раскрытие учебно-целевых вопросов - 5 мин.
- Самостоятельная работа - 120 мин.

- Итоговый контроль знаний - 25 мин.
- Подведение итогов занятия, задание на следующее занятие - 5 мин.

5. Основные понятия и положения темы.

На протяжении лактации состав женского молока меняется, отражая меняющиеся потребности ребенка. По степени зрелости грудное молоко делят на молозиво, переходное и зрелое молоко. Они отличаются друг от друга по количеству нутриентов и биологическим свойствам. **Молозиво** выделяется в конце беременности и в первые дни лактации (3-5 дней).

К 3-5 дню жизни количество молока увеличивается, молочные железы наполняются - это «приход», «прилив» молока. Такое молоко называется **переходным**, оно выделяется в течение 10-15 дней и по составу постепенно приближается к зрелому. Состав **зрелого** молока также меняется на протяжении периода лактации, поэтому донорское молоко матери, имеющей ребенка 2-го полугодия жизни, не будет полностью адекватным питанием для ребенка первых месяцев жизни.

Грудное молоко отличается по составу у разных матерей и даже у одной женщины в процессе кормления одной грудью. **В начале кормления выделяется так называемое «раннее» (переднее) молоко.** Оно богато водой, белком, лактозой, но бедно жиром, поэтому имеет голубоватый оттенок. Именно с ранним молоком ребенок получает необходимое ему количество воды. **Затем выделяется «позднее» (заднее) молоко**, обеспечивающее энергетические потребности ребенка, так как в нем значительно больше жира. Чем активнее сосет ребенок, тем больше примесь «позднего» молока, поэтому важно не прекращать кормление слишком рано, особенно у вяло сосущих детей. Считается, что содержание жиров к концу кормления действует как регулятор насыщения. При сцеживании молока из груди в основном выделяется «переднее» молоко и ребенок может недополучить необходимой энергии. Достоверно доказано, что человеческое грудное молоко превосходит все заменители, в том числе детские питательные. Состав человеческого грудного молока не постоянен, а изменяется во время кормлений, в зависимости от времени суток, а также в процессе лактации. Общий объем выработки материнского молока и потребления его ребенком чрезвычайно изменчив, и хотя, говоря о среднем потреблении молока грудными детьми, часто называют цифры 650–850 мл в день, величины могут колебаться от очень малых количеств до более одного литра в день, что почти целиком зависит от частоты и эффективности сосания. Потребление грудного молока ребенком в период исключительно грудного вскармливания увеличивается, достигая постоянного уровня 700–800 мл в день примерно через 1–2 месяца, после этого возрастает незначительно.

Белки женского молока включают, в основном, сывороточные протеины (70-80%), содержащие все незаменимые аминокислоты в оптимальном для ребенка соотношении, а также казеин (20-30%). Содержащийся в грудном молоке казеин обладает химическими свойствами, которые позволяют ребенку легче переваривать его, чем казеин, содержащийся в молоке других млекопитающих. В противоположность этому, главный белок молочной сыворотки, присутствующий в коровьем молоке – это β -лактоглобулин, который не содержится в грудном молоке и который может вызывать отрицательную антигенную реакцию при кормлении им грудных детей.

Белки женского молока подразделяются на **метаболизируемые** (пищевые) и **неметаболизируемые** белки (иммуноглобулины, лактоферрин, лизоцим), которые составляют 70-75% и 25-30% соответственно. Аминокислоты грудного молока, в основном, входят в состав белков и пептидов, но в небольшом количестве они присутствуют в свободном

состоянии. В женском молоке содержится значительное количество аминокислот с разветвленной цепью (валин, лейцин, изолейцин) и меньшее - ароматических аминокислот (фенилаланин, тирозин). Относительно высоко содержание метионина и цистеина, которые находятся приблизительно в равных количествах. У детей первых месяцев жизни снижен синтез серосодержащей аминокислоты таурина, оказывающей существенное влияние на формирование и дифференцировку тканей центральной нервной системы, зрительного анализатора, синтез желчных кислот. Поэтому таурин является эссенциальной аминокислотой для детей первых месяцев жизни. Его содержание в грудном молоке колеблется от 35 до 50 мг/л.

В грудном молоке присутствуют **нуклеотиды**, на долю которых приходится около 20% всего небелкового азота. Нуклеотиды являются исходными компонентами для построения рибонуклеиновой и дезоксирибонуклеиновой кислот, им принадлежит важная роль в поддержании иммунного ответа, стимуляции роста и дифференцировки энтероцитов.

Нуклеотиды являются сложными биологическими веществами (биополимерами), основными строительными белковыми блоками, предшественниками дезоксирибонуклеиновой (ДНК) и рибонуклеиновой (РНК) кислот. Они впервые были обнаружены в грудном молоке около 30 лет тому назад. Нуклеотиды представляют собой низкомолекулярные соединения (нуклеиновые кислоты), состоящие из азотистых оснований - пуринов (аденозинмонофосфат (АМФ), гуанозинмонофосфат (ГМФ)) и пиримидинов (цитидинмонофосфат (ЦМФ), уридинмонофосфат (УМФ), инозинмонофосфат (ИМФ)), пентозного сахара (рибоза или дезоксирибоза) и от одной до трех фосфатных групп. Они входят в состав клеточного ядра (nucleus), отсюда и произошло их название - **нуклеотиды**. **Энергетическая плотность грудного молока составляет приблизительно 280 кДж (67 ккал)/100 мл.**

На долю жира приходится около 50% общей калорийности грудного молока. Основные компоненты **жира грудного молока**: триглицериды, фосфолипиды, жирные кислоты, стеролы. Жирнокислотный состав характеризуется относительно высоким содержанием незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), концентрация которых в женском молоке в 12-15 раз больше, чем в коровьем. ПНЖК составляют 11% от содержания всех жирных кислот грудного молока. Соотношение линолевой (ω -6 ПНЖК) и α -линоленовой (ω -3 ПНЖК) в женском молоке относительно постоянно и составляет 7(8) : 1. Эти ПНЖК - предшественники арахидоновой, эйкозапентаеновой и докозагексаеновой жирных кислот, которые являются важными компонентами клеточных мембран; из них образуются различные классы простагландинов, лейкотриенов и тромбоксанов, они необходимы также для миелинизации нервных волокон и построения сетчатки глаз. Содержащиеся в молоке жиры также являются носителями для поглощения жирорастворимых витаминов А, D, Е и К. Арахидоновая и докозагексаеновая жирные кислоты содержатся в небольшом количестве (0,1-0,8% и 0,2-0,9% от общего содержания жирных кислот (ЖК), соответственно) в женском, но практически отсутствуют в коровьем молоке. Поскольку способность детей первых месяцев жизни и, особенно, недоношенных, к образованию в организме этих незаменимых жирных кислот из предшественников (линолевой и линоленовой ЖК) ограничена, то дети, находящиеся на искусственном вскармливании, нуждаются в обогащении молочных смесей ω -3 жирными кислотами, одним из источников которых может служить рыбный жир.

Жиры женского молока перевариваются легче, чем жиры коровьего молока:

- во-первых - в большей степени эмульгированы

- во-вторых - подвергаются воздействию присутствующего в женском молоке фермента липазы, участвующей в переваривании жирового компонента молока, начиная с ротовой полости.

Присутствие в грудном молоке L-карнитина обеспечивает транспорт жирных кислот через митохондриальные мембраны и, тем самым, способствует их расщеплению на клеточном уровне.

Содержание холестерина в женском молоке относительно высоко и колеблется от 9 до 41 мг%, стабилизируясь к 15 суткам лактации на уровне 16-20 мг%. У детей на естественном вскармливании отмечается более высокий уровень холестерина, чем при использовании детских молочных смесей. Холестерин необходим для формирования клеточных мембран, тканей нервной системы и ряда биологически активных веществ, включая витамин D, стероидные гормоны.

Углеводы грудного молока представлены в основном дисахаридом β -лактозой (80-90%), олигосахаридами (15%) и небольшим количеством глюкозы и галактозы. В отличие от α -лактозы коровьего молока, β -лактоза женского молока медленно расщепляется в тонкой кишке ребенка, частично доходит до толстой кишки, где метаболизируется до молочной кислоты, способствуя росту бифидо- и лактобактерий. Лактоза способствует лучшему усвоению минеральных веществ (кальция, цинка, магния). Галактоза, образующаяся при расщеплении лактозы, используется для синтеза галактолипидов, необходимых для формирования центральной нервной системы, миелинизации нервных волокон и формирования клеточных рецепторов.

Олигосахариды - углеводы, включающие от 3 до 10 остатков моносахаридов, не подвергаются расщеплению ферментами пищеварительного тракта, не всасываются в тонкой кишке и в неизменном виде достигают просвета толстой кишки, где ферментируются, являясь субстратом для роста бифидобактерий. При этом происходит конкурентное торможение развития условно патогенной флоры. Кроме того, олигосахариды женского молока способны выступать в качестве рецепторов для бактерий, вирусов (в т.ч. ротавирусов) и токсинов, тем самым блокировать их связывание с мембраной энтероцита. Рассмотренные функции олигосахаридов лежат в основе пребиотических эффектов грудного молока, в значительной мере определяя его протективное действие в отношении кишечных инфекций у детей грудного возраста.

Минеральный состав женского молока значительно отличается от коровьего, в котором содержится в 3 раза больше солей, в основном, за счет макроэлементов.

Относительно низкое содержание минеральных веществ в женском молоке обеспечивает его низкую осмолярность и уменьшает нагрузку на незрелую выделительную систему. К макроэлементам относятся кальций, фосфор, калий, натрий, хлор и магний. Остальные минеральные вещества являются микроэлементами и присутствуют в тканях организма человека в малых количествах. Десять из них в настоящее время отнесены к классу эссенциальных: железо, цинк, йод, фтор, медь, селен, хром, молибден, кобальт и марганец. Установлено, что железо, кальций, магний, цинк усваиваются существенно лучше из женского молока, чем из коровьего. Высокую биодоступность микроэлементов обеспечивают также транспортные белки грудного молока, в частности, лактоферрин - переносчик железа, церулоплазмин - меди. Невысокий уровень железа в женском молоке компенсируется его высокой биодоступностью (до 50%).

Содержание микроэлементов в грудном молоке подвержено значительным колебаниям. Недостаточность микроэлементов, являющихся регуляторами обменных

процессов, сопровождается снижением адаптационных возможностей и иммунологической защиты, а выраженный их дефицит приводит к развитию патологических состояний: нарушению процессов построения костного скелета и кроветворения, изменению осмотических свойств клеток и плазмы крови, снижению активности ферментов.

В грудном молоке присутствуют все водо- и жирорастворимые **витамины**. Концентрация витаминов в молоке во многом определяется питанием кормящей матери и приемом поливитаминных препаратов. Однако следует подчеркнуть, что уровень витамина D в грудном молоке крайне низок, что требует его дополнительного назначения детям, находящимся на естественном вскармливании.

У детей чаще наблюдается полигиповитаминоз, реже встречается изолированный дефицит одного из витаминов.

Кроме основных нутриентов, а также минеральных веществ и витаминов, женское молоко содержит целый комплекс биологически активных соединений и защитных факторов, включая гормоны, ферменты (амилаза, диастаза, липаза, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа, фосфатазы, протеазы), факторы роста (эпидермальный, инсулиноподобный), стимулирующие рост и развитие, секреторный иммуноглобулин А, лизоцим, макрофаги, антитела, лактоферрин. Поэтому у детей, находящихся на естественном вскармливании, значительно реже возникают кишечные инфекции

Грудное вскармливание защищает грудных детей от инфекций посредством двух механизмов:

Во-первых, оно снижает или устраняет воздействие болезнетворных бактерий, передаваемых с зараженными продуктами питания и напитками.

Во-вторых, грудное молоко содержит противомикробные факторы и другие вещества, которые укрепляют незрелую иммунную систему и защищают пищеварительную систему новорожденного ребенка, тем самым создавая защиту от инфекций, в частности, инфекций желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей. Молозиво (молоко, вырабатываемое в первые несколько дней после родов) особенно богато защитными белками. Основными иммуноглобулинами в грудном молоке являются секреторный иммуноглобулин А и лактоферрин. Первый действует на поверхностях слизистой оболочки и защищает их от повреждения поглощенными микробными антигенами. Вторым является связывающим железо белком, который конкурирует с бактериями за железо, снижая жизнеспособность бактерий и тем самым риск желудочных инфекций, в частности, вызываемых *EscHerIcHIA coLI* и *STaPHYLococCUs sPP*.

Грудное молоко также содержит много других защитных и трофических факторов, которые могут участвовать в защите и созревании пищеварительного тракта.

Существуют также указания на протекторное действие естественного вскармливания в отношении риска развития в последующие годы таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, лейкозы, хронические заболевания органов пищеварения. **Есть много подтверждений того, что исключительно грудное вскармливание в течение первых примерно 6 месяцев снижает младенческую заболеваемость и смертность!**

Естественное вскармливание

Несмотря на то, что принципиально вопрос о преимуществе естественного вскармливания как наиболее оптимального вида питания для детей 1-го года жизни не вызывает никаких сомнений, его практическая реализация остается в нашей стране крайне неудовлетворительной: распространенность грудного вскармливания в России составляет в

среднем среди детей в возрасте 3 месяцев около 30 %, прогрессивно снижаясь с возрастом детей. При анализе основных причин крайне неудовлетворительной распространенности грудного вскармливания в России обращает внимание то, что подавляющее большинство женщин в период беременности планируют кормить детей грудью, и в первые дни после родов более 90% матерей действительно начинают кормить ребенка грудью.

Распространенность грудного вскармливания снижается в конце 1-го месяца жизни младенцев и прогрессивно уменьшается на 2-3-м месяце жизни. Основными причинами этого служат отсутствие у женщин доминанты лактации, которая должна вырабатываться у них в ходе беременности; неправильное отношение к грудному вскармливанию врачей-педиатров и других медицинских работников, которые при первых же жалобах матери на нехватку молока (как правило, кажущуюся) рекомендуют вводить докорм молочными смесями в качестве профилактики гипотрофии.

Женское молоко является естественным биологическим продуктом, который вырабатывается молочными железами матери для обеспечения роста и развития ребенка в раннем возрасте. Этот процесс называется лактацией.

Естественное вскармливание способствует формированию пищевого поведения и метаболического стереотипа.

Основные направления влияния естественного вскармливания на развитие ребенка:

- Собственно пищевое обеспечение.
- Иммунологическая защита (специфическая и неспецифическая).
- Регуляторная функция (материнское молоко является биологически активным продуктом, управляющим ростом, развитием и тканевой дифференцировкой ребенка).
- Эмоциональный и поведенческий фактор.

Материнское молоко является уникальным оптимально сбалансированным продуктом питания, который отвечает индивидуальным потребностям своего ребенка. Причем состав нутриентов женского молока меняется на протяжении лактации, приспособляясь к изменяющимся в процессе роста потребностям ребенка. Так осуществляется пищевое обеспечение растущего ребенка.

Естественное вскармливание оказывает благоприятное влияние на развитие центральной нервной системы ребенка и его психическую деятельность. Отмечено, что дети, которые вскармливались материнским молоком, отличаются хорошим физическим развитием, они более спокойны, уравновешены, приветливы и доброжелательны в сравнении с детьми, находившимися на искусственном вскармливании, а впоследствии становятся внимательными и заботливыми родителями.

Грудное вскармливание положительно влияет и на материнский организм. Так, прикладывание ребенка к груди матери сразу же после рождения стимулирует выделение в ее организме гормона окситоцина, который способствует отделению плаценты, более быстрому сокращению матки и, таким образом, уменьшает риск послеродовых кровотечений, а также стимулирует выработку пролактина, участвующего в становлении лактационной функции.

Сразу же после рождения здоровый младенец инстинктивно ищет пищу. Впервые несколько часов жизни вне чрева матери ребенок оживлен, активен и готов к кормлению, поэтому в идеале грудное вскармливание следует начинать в течение первого часа. В родильном доме с целью становления достаточной и длительной лактации здоровый новорожденный ребенок должен прикладываться к груди матери **в первые 30 минут** после неосложненных родов, а затем находиться с ней в одной палате для осуществления свободного

вскармливания по требованию ребенка. Следует поощрять матерей к тому, чтобы они как можно чаще находились со своими детьми в контакте "кожа к коже" и помогать им в этом в первые дни после родов, при этом мать и ребенок должны размещаться вместе в одной палате. Ключевым фактором обеспечения полноценной лактации является режим "*свободного вскармливания*" или вскармливание по "*требованию ребенка*", под которым понимают прикладывание ребенка к груди столько раз и в такое время, в какое требует ребенок, включая ночные часы. Частота кормления зависит от активности рефлекса новорожденного и массы тела при рождении. Новорожденный ребенок может требовать от 8-10 до 12 и более прикладываний к груди за сутки. Длительность кормления может составлять 20 минут и более. К концу первого месяца жизни частота кормления обычно снижается до 7-8 раз, а длительность кормления уменьшается. Ночные кормления при свободном вскармливании новорожденных детей не исключаются, от ночных кормлений ребенок должен отказаться сам. Свободное грудное вскармливание способствует становлению оптимальной лактации и установлению тесного психоэмоционального контакта между матерью и ребенком, что очень важно для правильного эмоционального и нервно-психического развития младенца.

6. Задания для уяснения темы занятия (тесты, задачи).

Входной тестовый контроль.

1. Ребенок массой 3600 гр., ему 4.5 мес., на естественном вскармливании. Рассчитать суточный объем питания.

- а) 170 мл
- б) 180 мл
- в) 190 мл
- г) 250 мл

2. Ребенок родился массой 3400гр., находится на грудном вскармливании. Ему 8 дней. Рассчитать разовый объем кормления.

- а) 50 мл
- б) 60 мл
- в) 110 мл
- г) 80 мл

3. Ребенку 6 месяцев, на грудном вскармливании. Какова его потребность жирах?

- а) 7г/кг
- б) 6г/кг
- в) 5,5г/кг
- г) 7,5г/кг

4. Назовите количество белка в зрелом грудном женском молоке.

- а) 1.8г/л
- б) 2,3 г/л
- в) 1,5г/л
- г) 2,2г/л

5. Какой вид имеют испражнения у детей 1 года жизни, находящегося на естественном вскармливании?

- а) золотисто -желтого цвета
- б) замазкообразные
- в) коричневые
- г) с зеленоватым оттенком

6. Ребенок родился массой 3400гр., находится на грудном вскармливании. Ему 8 дней. Рассчитать разовый объем кормления.

- а) 50 мл
- б) 60 мл
- в) 110 мл
- г) 80 мл

7. Масса ребенка при рождении 3500 гр., его возраст 4 месяца, на естественном вскармливании. Рассчитать разовый объем кормления

- а) 180 мл.
- б) 100 мл.
- в) 150 мл
- г) 50 мл

8. Ребенку 2 месяца. При контрольном взвешивании высосал 60 гр. грудного молока. Рассчитать объем необходимого докорма.

- а) 50мл
- б) 100 мл
- в) 70 мл
- г) 20 мл

9. Ребенку 8 месяцев, на грудном вскармливании. Какова его потребность в белках:

- а) 2,5г/кг
- б) 3,5г/кг
- в) 4г/кг
- г) 4,5г/кг

10. Ребенку 7 месяцев, на грудном вскармливании. Какова его потребность в белках:

- а) 2,5г/кг
- б) 3,5г/кг
- в) 4г/кг
- г) 4,5г/кг

11. Стул ребенка на грудном вскармливании во втором полугодии:

- а) светло-коричневый
- б) оформленный
- в) светло-желтый
- г) 2-3 раза в день

12. Какая формула не используется для расчета объема грудного молока новорожденному ребенку до 10 суток?

- а) формула Зайцевой
- б) объемный метод
- в) формула Тура
- г) метод Шкарина

13. Какой фермент грудного женского молока участвует в переваривание жиров?

- а) амилаза
- б) липаза
- в) пепсин

г) трипсин

14. В какое время суток вырабатывается больше пролактина?

- а) утром
- б) днем
- в) ночью
- г) равномерно в течении суток

15. Естественное вскармливание не показано при:

- а) лактостазе у матери
- б) приеме матерью цитостатиков
- в) ОРВИ у матери
- г) пневмонии у ребенка

16. Естественное вскармливание не показано при:

- а) лактостазе у матери
- б) гриппе у матери
- в) психические заболевания у матери
- г) плохом аппетите у ребенка

17. Каковы причины гипогалактии в современных условиях?

- а) раннее первое прикладывание ребенка к груди
- б) позднее первое прикладывание ребенка к груди
- в) избыточное формирование "лактационной" доминанты
- г) не соблюдение питьевого режима

18. Каковы причины гипогалактии в современных условиях?

- а) раннее первое прикладывание ребенка к груди
- б) отсутствие сформированной "лактационной" доминанты
- в) избыточное формирование "лактационной" доминанты
- г) не соблюдение питьевого режима

19. В женском молоке в отличие от коровьего (указать неверное)

- а) более низкое содержание железа
- б) более высокое содержание полиненасыщенных жирных кислот
- в) более высокий уровень белка
- г) более низкая концентрация натрия

20. Раннее в течение первых 30 минут прикладывание к груди после рождения не способствует:

- а) быстрому становлению лактации у матери
- б) формированию правильного прикуса
- в) быстрой послеродовой инволюции матки
- г) формированию нормального биоценоза кишечника

21. Раннее в течение первых 30 минут прикладывание к груди после рождения способствует:

- а) задержке послеродовой инволюции матки
- б) ограничению длительности лактации
- в) изменению нормального биоценоза кишечника
- г) быстрому становлению лактации у матери

22. Раннее в течение первых 30 минут прикладывание к груди после рождения способствует:

- а) длительному сохранению лактации
- б) задержке послеродовой инволюции матки
- в) изменению нормального биоценоза кишечника
- г) сокращению длительности лактации

23. Раннее в течение первых 30 минут прикладывание к груди после рождения способствует:

- а) быстрой послеродовой инволюции матки
- б) задержке послеродовой инволюции матки
- в) изменению нормального биоценоза кишечника
- г) сокращению длительности лактации

24. Раннее в течение первых 30 минут прикладывание к груди после рождения способствует:

- а) задержке послеродовой инволюции матки
- б) ограничению длительности лактации
- в) изменению нормального биоценоза кишечника
- г) формированию нормального биоценоза кишечника

25. Какие последствия неправильной техники кормления грудью?

- а) лактостаз
- б) лакторей
- в) нарушение микрофлоры кишечника
- г) увеличение прибавки массы тела

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок в возрасте 7 дней кормится из-за болезни матери сцеженным грудным молоком через 3,5 часа 6 раз в день, промежутки между кормлениями не выдерживает, беспокоен, плохо спит. Масса тела при рождении 3700 г, длина 51 см. На 7 день жизни масса 3600 г.

1. Оцените динамику массы тела.
2. Дайте рекомендации по рациональному вскармливанию (режим, число, суточный и разовый объемы кормлений).
3. Что такое «свободный режим» вскармливания?
4. Составьте примерный рацион питания на 1 день.
5. Психологические преимущества грудного вскармливания?

Задача №2

Ребенку 3 недели. Находится на грудном вскармливании, прикладывается к груди матери через 3 часа 7 раз в день, ночного кормления нет. Мать обратилась к врачу с просьбой проверить количество молока, так как ей кажется, что ребенок не наедается. При осмотре малыш активен, спокоен, имеет массу тела 3400 г (масса при рождении 3000 г). При контрольных взвешиваниях высасывает из груди 80 - 90 мл молока.

1. Достаточно ли ребенок прибавил в массе?
2. Достаточно ли у матери молока?
3. Дайте рекомендации по режиму и объему кормлений.
4. Укажите потребность ребенка в основных пищевых ингредиентах и энергии.
5. Различия грудного молока по степени зрелости?

Задача №3

Ребенку 3 месяца. Кормится грудью матери 6 раз в день через 3,5 часа. Мать обратилась к врачу за советом по питанию ребенка, так как считает, что у нее недостаточно молока. При осмотре ребенок активен, спокоен, психомоторное развитие соответствует возрасту. Масса тела составляет 5200 г, длина 58 см (масса при рождении 2850 г, длина 49 см). При контрольных кормлениях ребенок из груди матери высасывал по 140-150 мл молока.

1. Достаточно ли ребенок прибавил в массе, длине?
2. Достаточно ли у матери молока?
3. Дайте рекомендации по режиму кормлений.
4. Укажите потребность в основных пищевых ингредиентах и энергии.
5. Периоды лактации.

Задача №4

Две недели назад в семье родился второй ребенок. Старшему сыну 1 год, его кормили грудью до 1,5-месячного возраста, затем стали давать молочную смесь. Младшего ребенка мать кормит исключительно грудью. Сейчас она хотела бы надолго предохраниться от наступления новой беременности.

1. Какую информацию следует дать матери?
2. Дайте рекомендации по вскармливанию ребенка.
3. Что посоветовать матери по планированию семьи в дальнейшем?
4. Отличия грудного молока по составу?
5. Механизмы защиты от инфекций при грудном вскармливании.

Задача №5

В родильном доме родилась здоровая новорожденная девочка с массой 3500 г. Мама ребенка чувствует себя удовлетворительно.

1. Значение раннего прикладывания ребенка к груди.
2. Основные направления влияния естественного вскармливания на развитие ребенка.
3. Что способствует успешной лактации?
4. Условия для обучения матерей успешной лактации?
5. Абсолютные противопоказания для грудного вскармливания?

7. Список тем по НИРС, предлагаемый кафедрой.

а) Темы:

- Состав женского молока
- Политика ВОЗ/ЮНИСЕВ, направленная на поддержание грудного вскармливания.
- Составление типовых задач по теме.
- Эмоциональный аспект грудного вскармливания

б) Формы НИРС:

- 1) мультимедийная презентация;
- 2) реферат по предлагаемым темам;
- 3) составление таблиц, алгоритмов, схем и др.
- 4) оформление фото, видеоматериалов.

8. Рекомендуемая литература:

- обязательная:

12. Пропедевтика детских болезней/ под ред. Н.А. Геппе.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- дополнительная:

88. Запруднов А.М. Общий уход за детьми: учебное пособие/ А.М. Запруднов, К.И. Григорьев.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
89. Галактионова М.Ю. Клинический осмотр ребенка. Схема написания истории болезни по программе «Пропедевтика детских болезней с курсом здорового ребенка»: учебное пособие для самостоятельной работы студ. 3-4 курсов по спец. 060103 – Педиатрия / М.Ю. Галактионова, И.Н. Чистякова, Л.И. Позднякова.- Красноярск: КрасГМУ, 2010.
90. Непосредственное обследование ребенка / под ред. В.В. Юрьева.- СПб.: Питер, 2008.
91. Пропедевтика детских болезней: учебник / под ред. А.С. Калмыковой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
92. Рост и развитие ребенка / авт. текста В.В. Юрьев, А.С. Симаходский, Н.Н. Воронович, М.М. Хомич.- СПб.: Питер, 2008.
93. Руководство по практическим умениям педиатра / под ред. В.О. Быкова.- Ростов н/Д.: Феникс, 2010.
94. Уход за здоровым и больным ребенком: учебное пособие / под ред. В.В. Юрьева, Н.Н. Воронович.- СПб.: СпецЛит, 2009.
95. Уход в педиатрии / П.Г. Кюль, Д. Зипманн и др. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

- электронные ресурсы:

1. ИБС КрасГМУ
2. БД МедАрт
3. ЭБС Консультант студента
4. БД Ebsco