

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

## **ПЕДИАТРИЯ**

### **СБОРНИК**

#### **МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ К ВНЕАУДИТОРНОЙ (САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ) РАБОТЕ**

для специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма обучения)

Красноярск  
2015

УДК 616-053.2(07)  
ББК 57.3  
П 24

Педиатрия : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма обучения) / сост. М. Ю. Галактионова, Л. Г. Желонина. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2015. – 63 с.

**Составители:** д. м. н., доцент Галактионова М. Ю.,  
к. м. н. Желонина Л. Г.

Сборник методических указаний для обучающихся к внеаудиторной (самостоятельной) работе. Составлен в соответствии с ФГОС ВПО (2010 г.) по специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма обучения), рабочей программой дисциплины (2012 г.) и СТО СМК 4.2.01-11. Выпуск 3.

Рекомендации к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 3 от 10 декабря 2015).

КрасГМУ  
2015г.

## Оглавление

№	Тема	Стр
1	Особенности обследования детей.	4
2	Периоды детского возраста. Физическое и нервно-психическое развитие детей.	9
3	Методика исследования и оценка состояния органов и систем у детей в различные возрастные периоды.	14
4	Вскармливание здорового ребенка первого года жизни.	20
5	Смешанное и искусственное вскармливание.	26
6	Поликлиника. Принципы диспансеризации детского населения.	30
7	Поликлиника. Работа в кабинете здорового ребенка и на приеме грудных детей.	37
8	Поликлиника. Работа в кабинете участкового педиатра на приеме больных детей.	43
9	Поликлиника. Патронаж новорожденных и грудных детей.	49

## **1.Тема №1**

**Название темы:** «Особенности обследования детей»

### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.** обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1,ОК-5,ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: особенности организации работы в ЛПУ, принципы работы детской больницы. Сбор анамнеза у детей и их родителей. Принципы деонтологии. Взаимоотношения врача и родителей, врача и больного ребенка. Схему истории болезни.

обучающийся должен уметь: собрать и оценить анамнез ребенка.

обучающийся должен владеть: основными принципами осмотра детей и подростков, принципами этики и деонтологии.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

**1. Во время патронажа новорожденного медсестра рекомендует ежедневные гигиенические ванны и чистое индивидуальное белье ребенку, матери – мыть руки перед пеленанием. Недостаточность какой из функций кожи новорожденного прежде всего имеет в виду патронажная сестра?**

- 1.защитной
- 2.терморегуляционной
- 3.дыхательной
- 4.витаминообразующей (синтетическая)
- 5.потоотделения

**2. При осмотре здорового ребенка в возрасте 3 дней нельзя выявить:**

1. шелушение кожи
2. эритему
3. желтушную окраску кожи
4. обильное потоотделение

**3. Подкожная жировая клетчатка при рождении здорового доношенного ребенка хорошо развита на:**

1. конечностях
2. груди
3. спине
4. лице (комочки Биша)
5. все ответы верны

**4. Гипертрофия мышц наблюдается при:**

- 1.физической нагрузке
- 2.прогрессивной мышечной дистрофии
- 3.полиомиелите
- 4.гипертензии
- 5.гипотонии

**5. Основная функция бурой жировой ткани:**

1. защитная
2. выделительная
3. теплоотдачи
4. теплопродукции

**6. У здорового ребенка 7 лет можно пропальпировать лимфатические узлы:**

1. тонзиллярные
2. надключичные
3. подключичные
4. кубитальные
5. торакальные

**7. К особенностям мышечной системы новорожденных относятся:**

1. меньшая толщина мышечных волокон
2. мышцы, богатые водой и неорганическими солями
3. присутствие фетального миозина
4. все перечисленное верно

**8. Сестра осматривает доношенного новорожденного ребенка. Что должно привлечь её внимание как проявление патологии?**

1. масса мышц развита слабо
2. мышечный рельеф не определяется
3. гипертонус сгибателей рук
4. гипертонус сгибателей ног
5. запрокидывание головы

**9. Западение большого родничка может наблюдаться при:**

1. гидроцефалии
2. эксикозе
3. кровоизлиянии в мозг
4. микроцефалии
5. рахите

**10. При осмотре полости рта врач обнаружил 8 резцов и передние премоляры (4 зуба). Какому возрасту наиболее соответствует эта формула?**

1. 8 – 9 мес
2. 9 – 10 мес
3. 12 – 13 мес
4. 14 – 16 мес
5. 16 – 18 мес

Эталоны ответов к тестам.

1 - 1, 2 - 4, 3 - 5, 4 - 1, 5 - 4, 6 - 1, 7 - 4, 8 - 5, 9 - 2, 10 - 4,

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам** (ситуационные задачи с эталонами ответов).

**Задача 1**

При осмотре мальчика 8-месячного возраста измерены подкожно-жировые складки: на животе 1 см., над трицепсом 0,7 см., под лопаткой 0,5 см.

1. Оцените степень развития подкожно-жировой клетчатки?
2. Назовите особенности жировой ткани детей раннего возраста?
3. Перечислите функции бурой жировой ткани?
4. Назовите 6-7 причин недостаточного развития подкожно- жирового слоя?
5. Каким термином обозначают недостаточное развитие подкожно жирового слоя у детей раннего возраста?

**Эталон ответа к задаче 1:**

1. Подкожно-жировая клетчатка развита не достаточно (в норме : у детей 6-12 мес 1,3-1,5 см - на животе, над трицепсом -0,8-1,5 см, под лопаткой -0,6-1,2 см).

2. К рождению жировой слой хорошо развит на лице (комочки Биша-жировые тельца щеки), конечностях, груди, спине, слабо – на животе. Жировые клетки мелкие, содержат крупные ядра. У новорожденных и детей первых месяцев жизни консистенция жира более

плотная, а температура плавления более высокая (за счет особенностей состава жира – большое содержание тугоплавких жиров, имеющих в составе пальмитиновую и стеариновую жирные кислоты); бурый жир составляет 1-3% (располагается в заднешейной и подмышечной областях, вокруг щитовидной и вилочковой желез, вокруг почек, в межлопаточном пространстве, области трапециевидной и дельтовидной мышц и вокруг магистральных сосудов). При голодании у ребенка сначала исчезает белая жировая ткань, затем – бурая. Количество бурой жировой ткани на первом году жизни существенно уменьшается.

3. Бурая жировая ткань способствует образованию и сохранению тепла, входит в число естественных защитных механизмов. Запасы бурой жировой ткани у доношенного новорожденного способны обеспечить защиту ребенка от умеренного переохлаждения в течение 1-2 дней.

4. Конституциональные особенности (астенический тип телосложения), недостаточное или несбалансированное питание, заболевания органов пищеварения, хронические заболевания, длительная интоксикация, психические или эндокринные заболевания.

5. Гипотрофия.

## Задача 2

Мальчику 10 лет, имеет заболевание почек, у врача возникло подозрение на наличие скрытых отеков. Необходимо провести пробу на скрытые отеки, объясните, как ее сделать и оценить.

1. На основании, каких признаков можно заподозрить наличие скрытых отеков?
2. Какую пробу необходимо провести для определения скрытых отеков?
3. Опишите технику проведения пробы?
4. Как оценить результат пробы?
5. Назовите основные отличия отеков «почечной» и «сердечной» природы?

### Эталон ответа к задаче 2:

1. Скрытые отеки можно заподозрить при уменьшении диуреза, ежедневной большой прибавке в массе.
2. Скрытые отеки можно определить с помощью пробы Мак-Клюера\_Олдрича.
3. Для проведения этой пробы внутрикожно вводят 0,2 мл изотонического р-ра натрия хлорида и отмечают время рассасывания образовавшегося волдыря.
4. В норме у детей старше 5 лет он рассасывается за 40-60 мин. При наличии скрытых отеков время, рассасывая, увеличивается.
5. «Сердечные» отеки – локализуются на стопах, на ранних стадиях сердечной недостаточности (синдром «тесной обуви») и нижних третях голеней; нарастают к вечеру и уменьшаются после ночного отдыха. В дальнейшем они распространяются на бедра, живот и поясничную область и могут сопровождаться водянкой полостей тела. «Почечные» отеки – в первую очередь появляются на лице (особенно заметны утром), затем на нижних конечностях и передней брюшной стенке. При них также могут возникать анасарка и водянка полостей тела.

## Задача 3

Девочка 8 месяцев, в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами.

Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, артериальной гипотонией, анемией 1 ст., судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 г, длина 53 см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4 мес (каша манная). В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина Д<sub>2</sub>.

Объективно: девочка бледная, повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и теменные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2x2 см, края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута, пальпируются реберные четки. Тургор тканей резко снижен. Напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 150 уд/мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см выступает из - под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

**Общий анализ крови:** Нв - 100 г/л, Эр -  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Ц.П. - 0,8, Ретик. - 2%, Лейк. -  $7,0 \times 10^9$ , п/я - 4%, с - 26%, л - 60%, м - 10%, СОЭ - 10 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** количество - 50,0 мл, цвет - светло - желтый, прозрачная, относительная плотность - 1,012, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

1. Какие синдромы можно выделить. Назовите симптомы каждого из них?
2. Какова причина судорог у данного ребенка?
3. Назовите особенности костной системы у детей раннего возраста?
4. Назовите ориентировочные сроки закрытия большого родничка?
5. Назовите возрастные особенности суставов у детей?

#### **Эталон ответа к задаче 3:**

1. Синдром остеомаляции: размягчение краев родничка, положительный симптом краниотабеса; синдром остеоидной гиперплазии – деформация черепа (голова гидроцефальной формы, выраженные лобные и теменные, бугры), деформация грудной клетки (килевидная грудная клетка, реберные четки, развернутая нижняя апертура); симптомы мышечной гипотонии – распластаный живот, не возможность сидеть самостоятельно (сидит с опорой), не стоит; анемический синдром – бледность, снижение гемоглобина и эритроцитов, цветного показателя, ретикулоцитов.
2. Причиной судорог может быть гипокальциемия, описаны симптомы спазмофилии (тетании) – судороги, напряжение икроножных мышц, симптом "руки акушера".
3. Толстая надкостница, слабая минерализация костей, обильная васкуляризация, специфическая форма грудной клетки (широкая и короткая, расположение ребер горизонтальное), специфическая форма таза (напоминает воронку), несовершенство жевательного аппарата.
4. В норме закрытие переднего родничка происходит к 1-1,5 годам, в последние годы нередко к 9-10 мес.
5. К моменту рождения суставно-связочный аппарат анатомически сформирован. Эпифизы сочленяющихся костей представлены хрящом. Связки растяжимее, чем у взрослых, но менее прочные (возможны подвывихи суставов). Формирование суставных поверхностей, капсул и связок завершается только к 13-16 годам.

#### **Задача 4**

Ребенок 8 мес. Отмечается голова «квадратной» формы, увеличены лобные и теменные бугры, облысение затылка, б/р 2,5x1,5 см, края его податливы. Пальпируются «реберные четки», при пальпации дистальных эпифизов лучевых костей прощупываются утолщения в виде «браслета». Ребенок сидит неуверенно, легко закидывает ноги, берет их в рот. Плохо стоит, даже при поддержке. Распластаный живот. Зубов 0/2.

1. Оцените данные клинического осмотра ребенка.
2. Что могло послужить причиной развития данной ситуации у ребенка?
3. Назовите сроки прорезывания молочных зубов?
4. Назовите функции костной системы в детском возрасте?
5. Критерии оценки биологической зрелости ребенка дошкольного возраста по функциональному состоянию мышечной системы?

#### **Эталон ответа к задаче 4:**

1. Имеются патологические изменения костно-мышечной системы (деформация головы, увеличены размеры большого родничка, «реберные четки», «браслеты», неуверенно сидит, гипотония мышц конечностей, распластаный живот, запаздывает прорезывание зубов)
2. Молочные зубы у детей прорезываются обычно в 5-7 месяцев, к 1 году 8 зубов, к 2 годам 20 молочных зубов.
3. Функции костной системы у детей - опорная, защитная, гемопоэтическая, метаболическая, маркер биологического возраста.
4. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена, в связи с интенсивным ростом и развитием ребенка потребности в этих нутриентах превышают возможности их поступления в организм.
5. Исчезновение физиологического гипертонуса (верхних конечностей в 2-2,5 мес, нижних конечностей – 3-4 мес); способность выполнять тонкие движения пальцами кисти: плетение, лепка, письмо (6-7 лет), способность переносить относительно длительные нагрузки на нижние конечности (после 7 лет).

### **Задача 5**

У доношенного ребенка, который хорошо берет грудь и активно сосет, имеет небольшую потерю массы тела, при отсутствии каких либо других патологических симптомов на 3-й день жизни отмечена желтушность кожных покровов.

1. Укажите наиболее вероятную причину желтухи
2. Дайте понятие физиологическая желтуха
3. Назовите особенности кожи новорожденного и детей первого года жизни
4. Назовите особенности защитной функции кожи у детей
5. Волдырь (уртикария) это -?

#### **Эталон ответа к задаче 5:**

1. Физиологическая желтуха.
2. Физиологическая желтуха у большинства новорожденных появляется на 2-3 день жизни и исчезает к 7-10 дню. Она связана с повышенным разрушением эритроцитов и незрелостью ферментных систем печени (недостаточность глюкуронилтрансферазы), превращающих несвязанный (свободный) билирубин крови в связанный (растворимый).
3. Кожа имеет хорошо развитую сеть капилляров. Сальные железы активно функционируют уже в период внутриутробного развития, обильно выделяя секрет, образующий творожистую смазку, которая покрывает тело ребенка при рождении. Потовые железы, сформированные к моменту рождения, в течение первых 3-4 месяцев функционирует недостаточно, и имеют недоразвитые выводящие протоки, закрытые эпителиальными клетками. Дальнейшее созревание структур потовых желез, вегетативной нервной системы и терморегуляционного центра в ЦНС обеспечивает совершенствование процесса потоотделения.
4. Защитная функция выражено слабо в связи с тем, что роговой слой эпидермиса тонкий, а его кератинизация и связь с дермой недостаточны. Соединительная ткань дермы развита слабо; из-за недоразвития желез кожа сухая, а её рН близка к нейтральной; местный иммунитет недостаточно состоятелен.
5. Волдырь (уртикария) – ограниченный бесполостный элемент, возвышающийся над поверхностью кожи, размером от 3-4 мм и более, в основе которого лежит отек верхних отделов сосочкового слоя дермы. Появление уртикарных элементов нередко сопровождается зудом. Характерное свойство уртикариев – эфемерность (существуют от нескольких минут до нескольких часов).

#### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- провести общий осмотр ребенка и оценить полученные данные в соответствии с возрастной нормой или определить патологию той или иной системы

#### **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**



- Стигмы дизэмбриогенеза
- Деонтология в педиатрии
- Особенности обследования детей раннего возраста

## 1. Тема №2

**Название темы:** «Периоды детского возраста. Физическое и нервно-психическое развитие детей»

### 2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

### 3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1,ОК-5,ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: знать современные тенденции физического развития детей и подростков, особенности оценки ФР детей разных возрастов. Методы оценки ФР. ННР детей. Физиологические рефлексы новорожденного. Развитие статики, моторики, высшей нервной деятельности, речи, интеллекта. Методы оценки нервно-психического развития детей раннего возраста. Основные синдромы поражения нервной системы.

обучающийся должен уметь: провести антропометрические измерения у ребенка, рассчитать параметры ФР, оценить полученные данные. Провести осмотр и оценить полученные данные по ННР, физиологические рефлексы новорожденного, развитие статики, моторики, высшей нервной деятельности, речи, интеллекта у детей первого года жизни, выявить основные синдромы поражения нервной системы.

обучающийся должен владеть: основными принципами оценки ФР детей и подростков, навыками осмотра нервной системы у детей первого года жизни, принципами этики и деонтологии.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

#### 1. В комплексную оценку физического развития входят:

- 1.антропометрия
- 2.половая и зубная формулы
- 3.физиометрические
- 4.гемодинамические показатели
- 5.все перечисленные

#### 2. Критерии оценки биологического развития детей первого года жизни, кроме:

- 1.пропорции тела
- 2.показатели массы и роста
- 3.количество постоянных зубов
- 4.появление молочных зубов
- 5.психомоторное развитие

#### 3. Критерии оценки биологического возраста школьников, кроме:

- 1.пропорции тела
- 2.показатели массы и роста
- 3.количество постоянных зубов
- 4.умения и навыки
- 5.вторичные половые признаки

#### 4. Период первого ускорения роста:

1. 1 – 3 года
2. 3 – 4 года
3. 4 – 6 лет

4. 6 – 9 лет
5. 10 – 11 лет
- 5. Средняя длина тела доношенного новорожденного:**
  - 1.46 см
  - 2.48 см
  - 3.50 см
  - 4.54 см
  - 5.56 см
- 6. Средняя масса новорожденного:**
  - 1.2500 г
  - 2.3000 г
  - 3.3500 г
  - 4.4000 г
  - 5.4500 г
- 7. Причина физиологической убыли массы:**
  1. становление лактации у матери
  2. потеря воды через кожу и легкие при дыхании
  3. отпадение пуповинного остатка
  4. выделение мекония и мочи
  5. все перечисленное
- 8. Вторичные половые признаки, оценивающиеся у девочек в период полового созревания:**
  1. Ма, Р.
  2. Ма, Ах
  3. Ма, Р, Ах.
  4. Ма, Р, Ах, Мен.
  5. Ма
- 9. Ребенок в 1 год:**
  1. ходит самостоятельно
  2. имеет 8 зубов
  3. с помощью взрослых играет в сюжетные игры
  4. охотно открывает и закрывает коробки, двери
  5. все ответы верны
- 10. Физиологическая убыль массы:**
  1. до 3%
  2. 5 – 8%
  3. 8 – 10%
  4. 10 – 12%
  5. более 12%

Эталоны ответов к тестам.

1-5    2-3    3-4    4-3    5-3    6-3    7-5    8-4    9-5    10- 2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1**

Девочка 4 мес, родилась с массой тела 32000 г, длиной 50 см, окружностью груди 32 см, окружностью головы 34 см. в настоящее время масса 6200 г, длина 61 см, окружность груди 42,1 см, окружность головы 41,8 см. за первый месяц прибавка массы составила 800 г, за второй – 650 г, за третий – 750 г, за четвертый – 600 г. девочка хорошо держит голову, лежа на животе, опирается на согнутые под прямым углом предплечья,

поворачивается со спины на бок, тянется к игрушкам, рассматривает свои руки, певуче гулит, смеется.

При осмотре кожа ребенка розовая, подкожно-жировой слой выражен хорошо, тургор тканей удовлетворительный. Большой родничок размерами 1,5x1,5 см, костные края плотные. Со стороны органов дыхания и кровообращения изменений нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из под реберного края на 2 см. стул 1-2 раза в день не изменен.

1. Оцените показатели физического развития ребенка при рождении
2. Оцените показатели физического развития ребенка в настоящее время
3. Назовите методы оценки физического развития
4. Оцените психомоторное развитие ребенка
5. Назовите критерии оценки биологического возраста у детей первого года жизни.

#### **Эталон ответа к задаче 1:**

1. Показатели физического развития при рождении соответствуют должествующим.
2. Физическое развитие - (длина тела располагается между 25 и 75 центилем (зона средних величин), масса тела располагается между 25 и 75 центилем (зона средних величин), окружность груди располагается между 25 и 75 центилем (зона средних величин), окружность головы располагается между 25 и 75 центилем (зона средних величин)) – среднее, гармоничное (разница между коридорами 0).
3. Методы оценки физического развития - эмпирические формы, сигмальных отклонений, центильные таблицы.
4. Психомоторное развитие соответствует возрасту.
5. Критерии оценки биологического возраста – пропорции тела, зубная формула, костный возраст, психомоторное развитие.

#### **Задача 2.**

Определить физическое развитие ребенка 6-ти лет (мальчик) по следующим показателям, пользуясь центильными таблицами: масса тела 19,8 кг, длина 113,8 см, окружность груди 56,2 см.

1. Оцените антропометрические данные
2. В каком периоде детства находится ребенок, дайте его характеристику
3. Какие еще методы используются для оценки антропометрических показателей
4. Что такое акселерация и ее причины?
5. Перечислите факторы, влияющие на рост и развитие ребенка

#### **Эталон ответа к задаче 2:**

1. Физическое развитие мальчика 6-ти лет среднее, гармоничное (разница между коридорами 0). Длина тела 113,8 см (располагается 25 и 75 центилем – зона средних величин), масса тела 19,8 (располагается между 25 и 75 центилем – зона средних величин), окружности груди 56,2 см – между 25 и 75 центилями).
2. Период дошкольного возраста – характеризуется более медленным увеличением массы, первое физиологическое вытяжение, начало замены молочных зубов, достижение иммунной системы определенной зрелости, значительное улучшение памяти, совершенствование речи, появление различий в поведении детей разного пола, появление сдерживания эмоций. К концу данного периода по уровню интеллекта, развитию речи, произношению звуков родного языка, развитию моторики, в том числе и тонкой моторики пальцев рук, ребенок готов к обучению в школе.
3. Оценку антропометрических показателей можно проводить: параметрическим (сигмальным) методом, методом регрессивного анализа, методом ориентировочных расчетов (эмпирические формулы)
4. Акселерация – ускорение роста и развития детей во всех возрастных периодах - результат сложного взаимодействия экзо - и эндогенных факторов: изменение генотипа из-за большой миграции населения и появления смешанных браков, изменившийся

характер питания, климатических условий, научно-технический прогресс и его влияние на экологию.

5. Генетические факторы (более 100 генов регулируют синтез факторов роста и развития – определяют темп роста, конечный предел роста). **Гормональные** факторы (СТГ и другие гормоны (тиреоидные, половые, инсулин) – СТГ – основной гормон роста. В пубертатном периоде важное значение имеет влияние половых гормонов на СТГ). **Средовые** факторы (алиментарный – белково-калорийная недостаточность, дефицит витаминов, аминокислот, кальция нарушают процессы роста); климатические и географические условия (жаркий климат и высокогорье тормозят процессы роста и ускоряют созревание); условия жизни (соблюдение режима эмоциональных и физических нагрузок, достаточный сон – условия хорошего роста ребенка); заболеваемость (хронические и тяжелые острые заболевания тормозят рост ребенка).

### **Задача 3**

При обследовании ребенка раннего возраста выявлено, что он хорошо держит голову, лежа на животе, приподнимает плечевой пояс, улыбается, длительно гулит, безусловные рефлексы: хватательный, ладонно-ротовой, ползания, Галанта и Переса не вызываются.

1. Определите возраст ребенка
2. Перечислите факторы, влияющие на психомоторное развитие ребенка
- 3 Красный стойкий дермографизм указывает на?
4. Назовите основные анатомо-физиологические особенности нервной системы новорожденного
5. Мышечный тонус у детей первых месяцев жизни определяют с помощью?

### **Эталон ответа к задаче 3**

1. Ориентировочный возраст ребенка 4 месяца
2. Наследственность, экологическая обстановка, где живут родители, профессиональные вредности, вредные привычки, различные заболевания родителей, течение беременности, родов, вскармливание, режим дня ребенка, заболевания ребенка, культура воспитания и уход.
3. Красный стойкий дермографизм указывает на снижение сосудистого тонуса и возможную ваготонию
4. АФО- крупные извилины и борозды хорошо выражены, имеют небольшую глубину и высоту; мелкие (третичные) постепенно формируются в течение первых лет жизни. Клетки серого вещества, проводящие системы полностью не сформированы. Количество нервных клеток больших полушарий после рождения не увеличиваются, происходит их рост и дифференцировка (особенно интенсивно в первые 6 лет жизни). Отсутствует полная миелинизация пирамидных путей м черепных нервов. Дендриты короткие, малоразветвленные. Недостаточно развит мозжечок и неостриатум. В коре головного мозга преобладают процессы торможения. Отсутствует анализаторная и условно-рефлекторная деятельность. Функциональное преобладание таламо-паллидарной системы. Спинной мозг заканчивается на уровне L<sub>III</sub>.
5. Мышечный тонус у детей первых месяцев жизни определяют с помощью пробы на тракцию – ребенка нужно взять за запястья и потянуть на себя. При этом руки у него слегка разгибаются в локтевых суставах, затем разгибание прекращается, и ребенок всем телом подтягивается к рукам.

### **Задача 4**

Ребенок делает первые шаги, говорит отдельные слова (около 10 слов), начинает понимать запрет, приучается к опрятности.

1. Определите возраст ребенка
2. Перечислите врожденные (примитивные, временные) безусловные рефлексы

3. Мышечный тонус у детей старшего возраста исследуют ?
4. Синдром гиповозбудимости характеризуется ?
5. Мышечная дистония характеризуется?

**Эталон ответа к задаче 4:**

1. Ориентировочный возраст ребенка 1 год
2. Врожденные безусловные рефлексы – поисковый, сосательный, ладонно-ротовой (Бабкина), хватательный (Робинсона), Моро (2 фазы), Галанта, Переса, Опоры и автоматической походки, защитный, ползания.
3. Мышечный тонус у детей старшего возраста исследуют, определяя сопротивление мышц, возникающее при пассивных движениях.
4. Синдром гиповозбудимости характеризуется сниженной двигательной и психической активностью ребенка, длительным латентным периодом возникновения всех рефлексов (в том числе и врожденных), гипорефлексией, мышечной гипотонией
5. Мышечная дистония характеризуется чередованием гипотонии и гипертонии: в покое выражена общая гипотония, но при движении мышечный тонус резко возрастает.

**Задача 5**

Ребенок самостоятельно ходит, говорит отдельные слова (более 20 слов), понимает обращенную к нему речь, выполняет простые задания..

1. Определите возраст ребенка
2. Назовите особенности неврологического статуса новорожденного ребенка
3. При исследовании двигательной сферы определяют?
4. Синдром гипервозбудимости характеризуется?
5. Мышечная гипертония характеризуется?

**Эталон ответа к задаче 5:**

1. Ориентировочный возраст ребенка 1 год 6 месяцев
2. Громкий крик, длительный сон, полусогнутое положение рук и ног (эмбриональная поза), наличие атетозоподобных движений, гипертония в группе сгибателей, наличие врожденных безусловных рефлексов новорожденных..
3. При исследовании двигательной сферы определяют – положение тела, координацию движений (как при осмотре, так и при проведении координаторных проб – пальценосовой, пяточноколенной). Оценивают умение ребенка держать голову. Сидеть, ходить, выполнять мелкую ручную работу, играть в подвижные игры.
4. Синдром гипервозбудимости характеризуется двигательным беспокойством, эмоциональной лабильностью, нарушением сна, усилением врожденных рефлексов, снижением порога судорожной готовности. Он нередко сочетается с повышенным мышечным тонусом, быстрой нервно-психической истощаемостью.
5. Мышечная гипертония характеризуется увеличением сопротивления пассивным движениям, ограничением двигательной активности.

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- провести соматоскопические исследования
- провести антропометрические исследования
- оценить физическое развитие с использованием существующих методов оценки (метод ориентировочных расчетов (эмпирических формул, метод расчетных индексов, параметрический (сигмальный) метод, непараметрический (центильный) метод, метод регрессивного анализа.
- оценить психомоторное развитие детей
- оценить состояние нервной системы у детей

**7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

- Беременность и нормальное развитие плода
- Морфологические критерии биологического возраста
- Низкорослость

- Развитие речи на первом году жизни

### 1. Тема №3

**Название темы:** «Методика исследования и оценка состояния органов и систем у детей в различные возрастные периоды»

### 2. Форма работы:

- Подготовка к практическим занятиям.

- Подготовка материалов по НИРС.

### 3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1,ОК-5,ОК-8), профессиональными компетенциями(ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: социально-значимые проблемы, процессы и существующие методы применения медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности. Заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов.

Морально-этические нормы, правила, профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе, взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родители». Правила и принципы профессионального поведения педиатра.

Основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях.

Методы физикального осмотра, клинического обследования больного, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики детей и подростков.

Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп.

Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков. Осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей и подростков. Методы санитарно-просветительской работы. Принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых групп детского населения, реабилитацию пациентов.

обучающийся должен уметь: анализировать показатели работы структурных подразделений различных медицинских организаций по оказанию медицинской помощи детям и подросткам. Оценивать эффективность различных технологий при оказании медицинской помощи детям и подросткам.

Соблюдать моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, касающиеся работы врача и оказания медицинской помощи, сохранять врачебную тайну.

Собрать анамнез, провести опрос и физикальное обследование здорового и больного ребенка.

Применять методы доказательной медицины при анализе медицинской информации в целях совершенствования профессиональной деятельности.

Собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента, оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи. Составить план дополнительных исследований для уточнения диагноза, интерпретировать результаты обследования.

Проводить патофизиологический анализ основных клинических синдромов, составить план обследования больного, разработать больному ребенку или подростку план лечения

с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия.

обучающийся должен владеть: Использовать на практике оценку факторов риска, влияющих на физическое и психическое состояние пациента.

Осуществлять свою деятельность с принятыми нормами и правилами. Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики при работе с детьми и их родственниками.

Навыками анализа медицинской информации.

Методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Навыками постановки предварительного диагноза, ведения медицинской документации.

Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза детям и подросткам с патологией; алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий с учетом знания патогенетических механизмов развития заболевания.

Рекомендациями по питанию, двигательным режимам, по осуществлению оздоровительных мероприятий с оценкой эффективности при выполнении данных рекомендаций. Владеть методикой повышения сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием методов физической культуры и спорта, закаливания, пропаганды здорового образа жизни

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

**1. При осмотре новорожденного студенты обратили внимание на едва заметные экскурсии грудной клетки, слабые дыхательные шумы при аускультации. Чем из особенностей дыхательной системы ребенка можно объяснить эти явления?**

1. горизонтальное расположение ребер
2. слабое сокращение диафрагмы
3. слабость дыхательной мускулатуры
4. все ответы верны

**2. Врач и сестра осматривают новорожденного 7 дней при патронажном посещении. Ребенок активен. Какие из выявленных симптомов не вызовут тревоги у педиатра и патронажной сестры?**

1. тахипноэ до 40 в 1 мин.
2. поверхностное, аритмичное дыхание
3. «коробочный» перкуторный звук
4. ослабленные дыхательные шумы
5. все ответы верны

**3. Ребенок 14 дней болен тяжелой пневмонией: одышка до 80 в 1 мин, периодические возникают приступы апноэ – до 20 с, сопровождающиеся общим цианозом. Чем из функциональных особенностей дыхательной системы новорожденного можно объяснить возникающие приступы апноэ?**

1. недостаточная дренажная функция бронхиального дерева
2. слабые экскурсии грудной клетки
3. склонность слизистых оболочек к отеку и гиперсекреции
4. функциональная незрелость дыхательного центра

**4. Какое число дыхательных движений в 1 мин должно быть у здорового ребенка 2 лет в спокойном состоянии?**

1. 25 - 30
2. 40 - 50
3. 30 - 35
4. 20 - 18
5. 15 – 16

**5. Ребенок 1 года оформляется в ясли. Хорошо развивается. На естественном вскармливании. Здоров. Какое число дыханий в 1 мин должен иметь этот ребенок?**

1. 25 - 30
2. 40 - 50
3. 30 - 35
4. 20 - 18
5. 15 – 16

**6. Ребенок 4 лет поступил в клинику с жалобами на утомляемость, частый кашель битонального характера. Аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет.**

**О какой патологии, скорее всего, говорят имеющиеся симптомы?**

1. ОРВИ
2. ларингит
3. пневмония
4. бронхоаденит
5. бронхит

**7. У ребенка 4 мес участковый педиатр при профилактическом осмотре выслушал в легких пуэрильное дыхание. Какое дыхание является наиболее физиологическим для ребенка этого возраста?**

1. ослабленное везикулярное
2. пуэрильное
3. бронхиальное
4. амфорическое
5. жесткое

**8. Апноэ у новорожденных детей связано:**

1. с недостатком сурфактанта
2. с незаконченной дифференцировкой дыхательного центра
3. со слабостью сокращения диафрагмы
4. с недостаточным развитием ацинуса
6. с недостаточным количеством альвеол

**9. К особенностям бронхов у детей раннего возраста не относится:**

1. слабое развитие мышечных и эластических волокон
2. узкий просвет бронхов
3. недоразвитие хрящевой ткани
4. хорошее сопротивление спадению

**10. Малая глубина дыхания у детей раннего возраста обусловлена:**

1. слабостью дыхательной мускулатуры
2. малой экскурсией грудной клетки
3. небольшой массой легких
4. всем перечисленным

Эталоны ответов к тестам.

1-1      2-1      3-4      4-1      5-4      6-4      7-1      8-2      9-4      10-4

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1**

Ребенок 1 год 3 мес. Мама обратилась в приемное отделение больницы с жалобами на повышение температуры до 38,5 (сохраняющейся в течение 3-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, самочувствие нарушено (капризный, не интересуется окружающим, нет интереса к игрушкам, постоянно на руках у матери), слизистое отделяемое из носа, умеренная гиперемия зева, по задней стенке



глотки стекает слизь. Втяжение межреберных промежутков при дыхании. Перкуторно над легкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жесткое, сухие свистящие и крупно - пузырьчатые влажные хрипы, удлиненный выдох. Число дыханий 48-52 в 1 мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, число серд. сокр. 128 в 1 мин. Живот доступен пальпации, печень + 2 см из под реберного края, мочеиспускание не нарушено.

1. О поражении какой системы идет речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы
3. Каков ведущий патогенетический механизм в развитии бронхиальной обструкции у детей раннего возраста
4. Какое дыхание выслушивается над легкими у здорового ребенка данного возраста
5. Назовите особенности строения органов дыхания, обуславливающие наличие пуэрильного дыхания у детей.

#### **Эталон ответа к задаче 1:**

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, одышка, изменение перкуторных данных, наличие хрипов.
2. Обструктивный синдром – одышка, коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие и крупно - пузырьчатые влажные хрипы, удлиненный выдох.
3. В формировании БОС у детей раннего возраста ведущими механизмами являются отек слизистой и гиперсекреция
4. Дыхание пуэрильное – дыхательный шум более громкий и продолжительный в течение обеих фаз дыхания
5. Короткое расстояние от голосовой щели до места аускультации из-за малых размеров грудной клетки, что приводит частичному выслушиванию шумов гортани. Узкий просвет бронхов. Большая эластичность и малая толщина стенки грудной клетки, увеличивающие её вибрацию. Значительное развитие интерстициальной ткани, уменьшающей воздушность ткани легких

#### **Задача 2**

Девочке 11 лет. ЧД 34 в 1 мин, ЧСС 92 в 1 мин. Носовое дыхание несколько затруднено, выделений из носа нет, крылья носа напряжены, вибрируют при дыхании. Легкий цианоз носогубного треугольника, усилившийся к концу осмотра. Голос чистый. Форма грудной клетки плоская симметричная, тип нормостенический. Тип дыхания грудной. Голосовое дрожание несколько усилено справа, ниже угла лопатки. Резистентность грудной клетки удовлетворительная.

При сравнительной перкуссии определено притупление перкуторного звука сзади справа ниже угла лопатки, на остальных поверхностях – ясный легочный звук. Границы легких соответствуют нормативным показателям. Эскурсия нижнего правого края - 3 см., левого – 4 см. Аускультативно над местом притупления выслушивается ослабленное дыхание и крепитация, на остальных участках дыхание жесткое, Бронхофония несколько усилена справа ниже угла лопатки.

1. О поражении какой системы идет речь?
2. Для какого синдрома характерны клинические проявления?
3. Назовите признаки дыхательной недостаточности
4. Назовите АФО легких у детей и возможные клинические последствия
5. Объясните суть крепитации и на, какие заболевания она может указывать?

#### **Эталон ответ к задаче 2:**

1. Поражение органов дыхания (легкого)
2. Синдром инфильтрации (характерен для пневмонии)

3. Тахикардия и тахипноэ, участие в дыхании крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, усилившийся после нагрузки, соотношение пульса к дыханию 2,7.

4. Легкие, как и взрослого, имеют сегментарное строение, но ацинусы развиты недостаточно, богаты соединительной тканью, имеют обильное кровоснабжение, эластическая ткань развита слабо. Легкие маленького ребенка менее воздушны и более полнокровны, чем у взрослого. Недостаток сурфактанта с малым содержанием в нем лецитина (незрелые легкие). Клинические последствия – легкость развития обструкции и ателектазов. Недостаток сурфактанта – одна из причин нерасправления легких у недоношенных детей.

5. Крепитация образуется при разлипании альвеол. Локально определяемая крепитация свидетельствуют о пневмонии

### **Задача 3**

Ребенок 1 год 4 мес с признаками рахита 2 степени тяжести, гипотрофией 1 ст. два месяца назад перенес очаговую пневмонию с локализацией в S<sub>3</sub> справа, подтвержденную рентгенологически. Находился на стационарном лечении и получал комплексную

терапию. На 9 –й день лечения мать забрала ребенка домой с сохраняющимся кашлем и субфебрильной температурой тела.

Через 2 месяца после стационарного лечения мать обратилась к пульмонологу поликлиники с жалобами на наличие у ребенка влажного кашля со слизистой и слизисто-гнойной мокротой, которую ребенок заглатывает, длительный субфебрилитет (до 37,4 С), снижение аппетита, потливость, одышку при нагрузке.

При осмотре кожа бледная, носогубный треугольник с сероватым оттенком. Частота дыханий 36 в 1 мин. При перкуссии легочный звук с неотчетливым укорочением над правой ключицей, там же выслушиваются влажные мелко и среднепузырчатые, крепитирующие хрипы.

Пульс ритмичный, 122 уд. В 1 мин. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, функциональный систолический шум над верхушкой и в т. Боткина. Границы сердца соответствуют возрасту. На рентгенограмме легких сегмент S<sub>3</sub> уменьшен в объеме, прилегающие участки легкого эмфизематозно вздуты.

1. О поражении какого отдела органов дыхания можно думать?

2. О каком осложнении необходимо думать?

3. Каков механизм развития таких изменений?

4. Назовите нормальную частоту дыхания у ребенка 1 года жизни

5. Какие инструментальные и лабораторные исследования проводятся при поражении органов дыхания?

### **Эталон ответа к задаче 3**

1. О поражении легких, возможно пневмонии. Клинические и анамнестические данные (интоксикация, влажный кашель, субфебрилитет, возникший после преждевременного прекращения лечения пневмонии), симптомокомплекс локальных физикальных изменений на месте перенесенной пневмонии, продолжительность болезни (2 мес).

2. Можно думать об осложнении ателектазом. Уменьшение в объеме пораженного сегмента и компенсаторная эмфизема окружающей ткани.

3. Ателектаз в очаге пневмонической инфильтрации обусловлен нарушением проходимости вентилирующего бронха, отеком легочной паренхимы и изменением поверхностно-активных свойств сурфактанта.

4. Частота дыхания у ребенка – 30-35 в 1 мин.

5. Рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография, рентгенография придаточных пазух, бронхография, легочная ангиография, радиоизотопное сканирование легких.

#### Задача 4

Ребенок 5 лет. Мама обратилась в приемное отделение больницы с жалобами на повышение температуры до 39 (сохраняющейся в течение 2-х дней), сильный мучительный сухой кашель, нарушение самочувствия.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести, самочувствие нарушено, слизистое отделяемое из носа, гиперемия зева, по задней стенке глотки стекает слизь. Экспираторная одышка. Участие межреберных промежутков в дыхании. Перкуторно - над легкими в симметричных участках звук с коробочным оттенком. Границы относительной сердечной тупости несколько сужены. При аускультации дыхание жесткое, сухие свистящие и крупно - пузырьчатые влажные хрипы, удлиненный выдох. Число дыханий 50-54 в 1 мин. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, число серд.сокр. 130 в 1 мин. Живот доступен пальпации, печень не увеличена, мочеиспускание не нарушено.

1. О поражении какой системы идет речь?
2. Для какого синдрома характерны имеющиеся симптомы
3. Назовите АФО бронхиального дерева у детей
4. Назовите число дыханий у здорового ребенка в возрасте 5 лет
5. Для поражения преимущественно, какого отдела бронхолегочной системы характерна экспираторная одышка.

#### Эталон ответа к задаче 4:

1. Поражение дыхательной системы воспалительной природы: катаральные явления, кашель, одышка, изменение перкуторных данных, наличие хрипов
2. Обструктивный синдром – одышка, коробочный оттенок звука при перкуссии, сухие свистящие хрипы и крупно - пузырьчатые влажные, удлиненный выдох.
3. Бронхиальное дерево к рождению сформировано. Основа бронха – хрящевые полукольца, соединенные фиброзной перепонкой. Трахея разделяется на правый и левый главные бронхи. Правый бронх составляет меньший угол с трахеей, чем левый. Слизистая оболочка бронхов и бронхиол нежная, богата кровеносными сосудами, покрыта тонким слоем слизи, выстлана цилиндрическим мерцательным многоядерным эпителием, обеспечивающим эвакуацию слизи. У новорожденных мало гладкой мускулатуры
4. 20 – 25 в 1 минуту.
5. Экспираторная одышка характерна для поражения бронхиального дерева и встречается при бронхиальной астме, обструктивном бронхите и бронхиолите.

#### Задача 5

Андрей 1 год 8 мес., поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами матери на беспокойство ребенка, отсутствие аппетита, сильный кашель, затрудненное дыхание, приступ удушья.

Ребенок от молодых здоровых родителей. В 6 мес. перенес пневмонию, в 7 мес. рецидив пневмонии, в 8 мес. после очередной пневмонии был приступ удушья, который длился несколько дней и был купирован инъекциями эфедрина. Затем приступы повторялись еженедельно, по несколько раз в месяц.

Объективно: состояние тяжелое, беспокоен, сознание ясное, t 39 С. Выраженный цианоз носогубного треугольника. Дыхание шумное 50 в мин., затруднен вдох и особенно выдох, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Грудная клетка резко вздута, перкуторно - тимпанит над всей поверхностью легких, аускультативно - жесткое дыхание, масса сухих свистящих и разнокалиберных влажных хрипов по всем полям. Тоны сердца приглушены, пульс 150 в 1 мин; печень +3 см из под реберного края.

1. Укажите ведущие синдромы, обуславливающие тяжесть состояния.
2. Указать необходимое обследование
3. В каких случаях появляется тимпанический оттенок перкуторного звука?
4. Назовите ведущие механизмы в развитии бронхиальной обструкции у детей

раннего возраста

5. Какое дыхание физиологично для ребенка данного возраста?

**Эталон ответа к задаче 5:**

1. Синдром дыхательной недостаточности – затрудненное дыхание, удушье, выраженный цианоз носогубного треугольника, учащение дыхания до 50 в 1 мин (в данном возрасте 30-35 дыханий в 1 мин), тахикардия (в норме ЧСС 120 - 115).

Бронхообструктивный синдром – затрудненное дыхание, приступ удушья, шумное дыхание, одышка, дистанционные хрипы, вздутие грудной клетки, изменение перкуторного звука (тимпанит) над всей поверхностью легких, при аускультации масса сухих и разнокалиберных влажных

2. R-графия органов грудной клетки, ОАК.

3. Тимпанический оттенок перкуторного звука появляется в случаях – образование полостей (разрушение ткани легкого при воспалительном процессе (каверна при туберкулезе легких, абсцесс), опухоли (распад), кисте), диафрагмальной грыже, пневмотораксе. Понижение эластических свойств легочной ткани (эмфизема). Сжатие легких выше места расположения жидкости (экссудативный плеврит и другие формы ателектаза). Отек легких, разжижение воспалительного экссудата в альвеолах.

4. Ведущими механизмами развития обструкции у детей раннего возраста являются – отек слизистой и гиперсекреция.

5. Для данного возраста физиологичным является пуэрильное дыхание

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

Особенности сбора анамнеза у детей с заболеваниями органов дыхания и кровообращения, почек и пищеварения

- Провести общий осмотр ребенка с оценкой указанных систем
- Провести клиническое обследование (пальпация, перкуссия, аускультация) с выделением патологических симптомов
- Оценить данные параклинических исследований
- Выделить ведущие синдромы поражения систем дыхания, кровообращения, пищеварения, мочеобразования и выделения (болевого, интоксикационный, отечный, нефротический, гипертонический, синдром дисметаболических расстройств, дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, обструктивный).

**7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

А) Формы НИРС:

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

Б) Темы:

1. Оформление таблицы по АФО органов дыхания у детей
2. Составление и оформление таблицы по АФО сердечно-сосудистой системы
3. Составление типовых задач по теме.
4. Написание алгоритма методики обследования органов дыхания или кровообращения у грудных детей.
5. Оформление таблицы по АФО органов пищеварения у детей
6. Составление и оформление таблицы по АФО мочевой системы
7. Подготовка реферата по теме «Формирование микрофлоры кишечника у грудных детей».
8. Написание алгоритма методики обследования органов пищеварения или мочевой системы у грудных детей.

**1. Тема №4**

**Название темы:** «Вскармливание здорового ребенка первого года жизни».

**2. Форма организации учебного процесса:** клиническое практическое занятие.

**2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: особенности организации питания новорожденных и детей грудного возраста, технику грудного вскармливания, сцеживания, потребности в основных пищевых веществах и энергии.

обучающийся должен уметь: оценить правильность кормления грудью, оказать помощь при сцеживании, создании банка грудного молока. Уметь рассчитать объем и количество кормлений.

обучающийся должен владеть: навыками составления рационов питания новорожденных и детей грудного возраста.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

**1. Ребенок родился с массой 3400гр находится на грудном вскармливании ему 8 дней разовый объем кормления.**

- 1) 50 мл
- 2) 60 мл
- 3) 110 мл
- 4) 80 мл
- 5) 100

**2. Не оправданная рекомендация кормящей женщине при снижении лактации.**

- 1) более редкое прикладывание к груди
- 2) прием фитопрепаратов, стимулирующих лактацию
- 3) докорм ребенка молочной смесью
- 4) более частое прикладывание к груди
- 5) прием дополнительного количества жидкости

**3. Испражнения у детей 1 года жизни находящихся на естественном вскармливании.**

- 1) золотисто - желтого цвета
- 2) замазкообразные
- 3) коричневые
- 4) с зеленоватым оттенком
- 5) черные

**4. К физиологической готовности к приему плотной пищи (прикорм) не относятся.**

- 1) умение самостоятельно держать голову, сидеть
- 2) попытка удерживать туловище в вертикальном положении
- 3) отсутствие эффекта выталкивания чужеродной пищи
- 4) начало формирования молочного прикуса
- 5) обильное слюноотделение

**5. Полость рта у новорожденного ребенка.**

- 1) относительно мала
- 2) относительно велика
- 3) относительно не большой язык
- 4) жевательные мышцы развиты
- 5) отсутствует поперечная исчерченность

**6. Возраст введения первого прикорма на естественном вскармливании.**

- 1) 5 месяцев

- 2) 6 месяцев
- 3) 4 месяца
- 4) 3 месяца
- 5) 7 месяцев

**7. Характер пищеварения у детей первого года жизни.**

- 1) мембранное
- 2) внеклеточное
- 3) цитоплазматическое
- 4) митохондриальное
- 5) гемотрофное

**8. Цель введения прикорма в питании детей первого года жизни.**

- 1) коррекция витаминов
- 2) коррекция белков
- 3) переход на другой вид пищи
- 4) коррекция объема
- 5) коррекция микроэлементов

**9. Ребенку 6 мес. на грудном вскармливании количество прикормов в рационе.**

- 1) 1 прикорм
- 2) 2 прикорма
- 3) не введен
- 4) 3 прикорма
- 5) 4 прикорма

**10. Фермент грудного женского молока участвующий в переваривании жиров.**

- 1) амилаза
- 2) липаза
- 3) пепсин
- 4) трипсин
- 5) инсулин

Эталоны ответов к тестам.

1-4, 2-1, 3-1, 4-5, 6-2, 7-1, 8-3, 9-1, 10-2

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1**

Педиатр осматривает новорожденного ребенка, после выписки из родильного дома. Мать жалуется, что её грудь переполнена, болит при кормлении, ребенку трудно сосать, и он остается голодным. Женщина не сцеживает остатки молока после кормления. При осмотре грудь твердая, горячая, болезненная, у матери повысилась Т тела до фебрильных цифр.

1. Оцените ситуацию
2. Дайте рекомендации
3. Что обозначает понятие – раннее прикладывание ребенка к груди?
4. Назовите важнейшие достоинства женского молока
5. Перечислите основные аспекты значения грудного вскармливания.

**Эталон ответа к задаче 1:**

1. У матери – нагрубание молочной железы вследствие застоя молока. При переполнении грудным молоком она остается напряженной, тугой, и малышу бывает трудно её правильно захватить, он сосет недостаточно и остается голодным. При отсутствии сцеживания после кормления количество молока в груди возрастает и нагрубание усиливается

2. Проконтролировать правильность прикладывания ребенка к груди; более частое прикладывание ребенка к груди, особенно болезненной; сцеживание остатка молока после кормления; сцедить часть молока перед кормлением, чтобы грудь стала мягче, тогда ребенку будет легче сосать; можно ограничить прием жидкости матерью; при соблюдении рекомендаций Т тела снизится самостоятельно. Если она держится более 2 дней нужно думать о мастите.

3. Прикладывание ребенка к груди в течение первых 30 минут (и не позднее 2-х ) часов после рождения.

4. Важнейшие достоинства женского молока – оптимальный и сбалансированный уровень пищевых веществ, их большая биологическая ценность; высокая усвояемость пищевых веществ женского молока организмом ребенка при минимальной нагрузке на незрелые органы пищеварения; наличие в молоке широкого спектра биологически активных веществ и защитных факторов; благоприятное влияние на микрофлору кишечника; низкая осмолярность; стерильность и оптимальная температура; грудное молоко всегда свежее.

5. Значение грудного вскармливания – пищевая ценность, иммунологическая защита, регуляторная функция, эмоциональный и поведенческий фактор.

## **Задача 2**

Педиатр осматривает новорожденного ребенка. Мать жалуется, что у её ребенка частый, до 8-10 раз в сутки, жидкий стул с примесью комочков и зелени. Ребенок периодически беспокоится, плачет, сучит ножками. У матери – много молока, но она кормит ребенка из обеих молочных желез в одно кормление.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, хорошо прибавляет в массе, признаков интоксикации нет, живот несколько вздут, метеоризм.

1. Установите причину беспокойства и частого, жидкого стула у ребенка

2. Дайте рекомендации

3. Дайте характеристику молозива

4. Какие штаммы микроорганизмов преобладают в пищеварительном тракте новорожденных детей?

5. У грудных детей в кишечнике преобладают процессы?

### **Эталон ответа к задаче 2:**

1. У ребенка признаки легкой лактазной недостаточности, причиной которой является кормление преимущественно передним молоком, богатым лактозой.

2. Рекомендации – прикладывать ребенка к одной молочной железе в одно кормление, только при полном опорожнении молочной железы, переложить ребенка к другой молочной железе, если ребенок не наелся. Можно назначить препараты лактазы ребенку.

3. Молозиво – густая клейкая жидкость желтого цвета, которая заполняет протоки молочной железы в течение последнего триместра беременности и вырабатывается ещё в течение нескольких дней после рождения ребенка. Продукт питания с небольшим объемом и высокой плотностью, содержит меньше жира, лактозы и водорастворимых витаминов, чем зрелое молоко, богато белком, жирорастворимыми витаминами и минеральными веществами. По содержанию белков, витаминов, минеральных веществ молозиво в несколько раз превосходит зрелое молоко. В молозиве высок уровень иммуноглобулинов и множество других защитных факторов. Молозиво имеет высокую калорийность. Небольшое количество молозива полностью удовлетворяет потребности новорожденного в основных пищевых ингредиентах. Молозиво – продукт, идеально приспособленный к специфическим особенностям организма новорожденного – неразвившиеся почки новорожденных детей не могут перерабатывать большие объёмы жидкости, не испытывая метаболического стресса; низкая активность лактазы и других кишечных ферментов; в молозиве содержатся ингибиторы и хиноны, необходимые для защиты ребенка от окислительных повреждений и геморрагических заболеваний;

иммуноглобулины молозива покрывают незрелую поверхность кишечника, защищая организм ребенка от бактерий, вирусов и других патогенных факторов.

4. В пищеварительном тракте новорожденных детей преобладают *Lactobacillus bifidus*.

5. У грудных детей в кишечнике преобладают процессы – брожения.

### **Задача 3**

Мать с ребенком пришла на прием в поликлинику. Ребенку 3 месяца, он на грудном вскармливании, хорошо прибавляет в массе.

Мать обеспокоена тем, что ребенку в последнее время не хватает молока, так как он чаще стал просить грудь.

1. Она спрашивает: «Нужно ли докармливать ребенка смесями или вводить прикорм?»

2. Ваши действия

3. Дайте рекомендации

4. Дайте понятие кормления по «требованию ребенка»

5. В какое время суток пролактина вырабатывается больше?

### **Эталон ответа к задаче 3:**

1. Возможно у матери – «лактационный криз», т.е. временное сокращение продукции молока или рост ребенка опередил поступление молока

2. Ребенка взвесить, при условии, что он набирает в массе более 500,0 г в месяц и мочится более 6 раз в сутки, можно считать, что молока достаточно.

3. Необходимо успокоить мать, дать ей информацию о достаточности молока, это позволит матери сохранить уверенность в возможности кормления ребенка грудным молоком; рекомендовать ей соблюдать правильный режим дня и чаще прикладывать ребенка к груди, и количество молока увеличится. Матери назначить продукты, чаи или препараты, повышающие лактацию.

4. Кормления по «требованию ребенка» - когда ребенок определяет часы и объем кормлений.

5. Пролактина вырабатывается больше в ночное время.

### **Задача 4**

Ребенку 7 месяцев. Находится на естественном вскармливании. Ежедневно получает грудное молоко 4 раза, кашу, 1 раз фруктовое пюре, 50 грамм творога.

При осмотре – активный, психомоторное развитие – по возрасту, масса 8100 г., длина 70 см (при рождении масса 3200 г, длина 52 см), кожа чистая, по органам – без патологии, стул 2-3 раза в день.

1. Оцените питание ребенка.

2. Дайте рекомендации по питанию.

3. Введение прикорма ребенку первого года жизни необходимо в связи с:

4. Назовите основные правила введения прикорма

5. Назовите критерии усвоения ребенком прикорма

### **Эталон ответа к задаче 4:**

1. В питании ребенка в большом количестве введен творог. Состояние ребенка – удовлетворительное, имеет хорошее физическое и психомоторное развитие.

2. Ребенку нужно вводить второй прикорм овощной. Начинать введение с одного продукта - светлых (капуста цветная, кабачок, светлая тыква), лучше продуктов промышленного производства. Начинать введение с малых количеств 1/2 ч.л. за 1 неделю довести до необходимого количества примерно 100 г.

3. Введение прикорма ребенку первого года жизни необходимо в связи с увеличением потребности ребенка в пищевых ингредиентах и энергии; увеличением потребности в макро- и микроэлементах, витаминах; введением клетчатки, растительных белков, жиров растительного происхождения, различных углеводов



4. Правила введения прикорма – давать перед кормлением грудью, начинать с малых количеств (1/2 -1 ч.л), заменяя им полностью одно кормление в течение 6-7 дней; постепенно увеличивать густоту блюд, не давать одновременно два новых продукта; переход к новому прикорму возможен только после того, как ребенок привыкнет к предыдущему (обычно через 10-14 дней).
5. Критерии усвоения ребенком прикорма: нормальная прибавка массы тела, хороший аппетит, хороший эмоциональный тонус, нормальный стул, нормальная копрограмма.

### Задача 5

При оценке физического развития 8-ми мес. ребенка его масса тела составила 7800 г., длина 68 см. Ребенок родился с массой тела 3200 г, длиной 50см., до 4-х мес. был на грудном вскармливании, затем переведен на адаптированную смесь. С 4,5 мес. введен прикорм в виде каши (манной, овсяной), с 5 мес.- овощное пюре, с 6 мес. - мясо. До 5 мес. развитие соответствовало возрасту, затем отмечались низкие прибавки массы тела, по 80-100 г в месяц, а после 7 мес. – потеря массы тела. Стул неустойчивый, 2-3 раза в сутки.

1. Оцените физическое развитие ребенка
2. Проведите анализ диеты
3. Какие ошибки были допущены в организации питания ребенка?
4. Дайте рекомендации по правильному вскармливанию ребенка.
5. Составить рацион (меню) питания на один день.

### Эталон ответа к задаче 5:

1. Масса долженствующая:  $3200\text{г} + (800 \times 6) + (400 \times 2) = 8800 \text{ г}$ .
- 2-3. Ранний перевод на искусственное вскармливание, раннее введение прикормов, не оправданное введение в качестве первого прикорма манной каши, введение которой может привести к развитию глютенной энтеропатии, раннее введение прикормов могло привести к нарушению метаболизма, белковой интоксикации с развитием хронического расстройства питания по типу гипотрофии.
4. В возрасте 8 мес. ребенок должен получать два молочных кормления и три прикорма. Так как ребенок находится на искусственном вскармливании, необходимо дать ему адаптированную молочную смесь № 2 на два кормления, один раз адаптированную кисломолочную смесь – 2.
5. Меню на один день: количество пищи на сутки 1 литр (более не желательно), 5 кормлений в сутки, на одно кормление 200 г.
- 7 час адаптированная молочная смеси 2– 200 мл
  - 11 час каша гречневая 130г
    - масло слив. 5,0
    - желток 10,0
    - фруктовое пюре 50,0
  - 15 час овощное пюре 120 г
    - мясной фарш 30 г
    - фруктовое/ягодное пюре или сок 50,0
  - 19 час адаптированный кисломолочный продукт 200 г
  - 23 часа адаптированная молочная смесь 2 - 200 г

Ежедневное применение желтка и творога не целесообразно (т.к. могут привести к белковому перекарму), необходимо чередовать эти продукты, давать каждый из них 2-3 раза в неделю.

### 6. Перечень практических умений по изучаемой теме:

- оценить питание ребенка первого года жизни при грудном вскармливании
- составить рацион питания ребенка первого года жизни при грудном вскармливании

### 7. Рекомендации по выполнению НИРС:

- Поддержка грудного вскармливания
- Питание беременной и кормящей женщины

- Желтуха от материнского молока
- Лактазная недостаточность

## **1. Тема №5**

**Название темы:** «Смешанное и искусственное вскармливание»

### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

### **3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: противопоказания к грудному вскармливанию, признаки гипогалактии, алгоритм выбора молочной смеси, технику искусственного и смешанного вскармливания, современные приспособления для докорма детей, правила расчета питания для детей.

обучающийся должен уметь: провести осмотр ребенка и осмотр молочных желез у кормящей женщины, контрольное взвешивание, подготовить и использовать различные приспособления для помощи кормящей женщины (молокоотсосы, силиконовые накладки на сосок, поильники, система дополнительного кормления, «мягкая ложечка», смарт-соски, подогреватели) уметь развести молочную смесь, подготовить и использовать банк грудного молока, накормить ребенка молочной смесью или грудным молоком с помощью выше указанных приспособлений.

обучающийся должен владеть: навыками расчета рациона питания ребенку первого года жизни на искусственном и смешанном вскармливании, принципами этики и деонтологии.

### **4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (тестовые задания с эталонами ответов).**

#### **1. К причинам гипогалактии в современных условиях относятся:**

- 1.отсутствие настроения на кормление грудью
- 2.регламентация грудного вскармливания
- 3.позднее прикладывание к груди
- 4.недостаточный отдых кормящей женщины
- 5.все перечисленное

#### **2. Отрицательными явлениями искусственного вскармливания не являются:**

- 1.развитие аллергии у ребенка
- 2.стимуляция желудочной секреции
- 3.ограничение психо - эмоционального контакта матери и ребенка
- 4.замедление биологического созревания ребенка

#### **3. Что не является оправданной рекомендацией кормящей женщине при снижении лактации:**

- 1.более редкое прикладывание к груди
- 2.прием фитопрепаратов, стимулирующих лактацию
- 3.докорм ребенка молочной смесью
- 4.более частое прикладывание к груди

#### **4. Какие рекомендации необходимы ребенку 2-х мес., переведенному на питание молочными смесями:**

- 1.дополнительно поить ребенка водой
- 2.увеличить калорийность пищи на 10-15%
- 3.ввести фруктовый сок

- 4.придерживаться тех же правил введения прикорма, что и естественном вскармливании
  - 5.добавить эубиотики
- 5. Почему детям до 1 года не рекомендуют коровье молоко?**
- 1.аллергизация белками коровьего молока
  - 2.плохое усвоение железа
  - 3.способствует диapedезным кровотечениям в кишечнике
  - 4.затруднено усвоение микроэлементов (цинк, медь)
  - 5.все перечисленное
- 6.Что рекомендуется при транзиторной лактазной недостаточности у ребенка 1 мес.:**
- 1.перевод на кормление безлактозной смесью
  - 2.продолжить грудное вскармливание, назначив ребенку энтеросорбенты и эубиотики
  - 3.перевод на низколактозную смесь
  - 4.продолжить грудное вскармливание, назначив ребенку лактозу
  - 5.частично заменить грудное молоко смесью на основе сои
- 7.Абсолютные противопоказания со стороны ребенка к кормлению грудью:**
- 1.тяжелые нарушения мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния
  - 2.желтушность кожи
  - 3.недоношенность
  - 4.расщелина верхней губы
  - 5.отит
- 8. Абсолютные клинические признаки голодания ребенка**
- 1.падение или задержка прибавки массы тела
  - 2.беспокойство
  - 3.частый плач
  - 4.отказывается от груди
  - 5.при сцеживании мало молока
- 9. Ошибки, которые могут встречаться при искусственном вскармливании:**
- 1.частые перемены пищи
  - 2.ограничение диеты и перевод на другие смеси при любом ухудшении стула
  - 3.игнорирование индивидуальных особенностей ребенка
  - 4.упорная дача одной и той же смеси
  - 5.все перечисленное
- 10. К правилам искусственного вскармливания не относятся:**
- 1.расчет калоража и основных ингредиентов
  - 2.повышение количества калорий
  - 3.увеличение объема пищи
  - 4.увеличение интервала между кормлениями
  - 5.увеличение количества белка

Эталоны ответов к тестам.

1 - 5, 2 - 4, 3 - 1, 4 - 4, 5 - 5, 6 - 4, 7 - 5, 8 - 1, 9 - 5, 10 - 3,

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам** (ситуационные задачи с эталонами ответов).

**Задача 1**

Ребенок родился массой 3200г, длиной 51 см. С 2-х месяцев переведен на искусственное вскармливание. В настоящее время ему 3 месяца. Мать обратилась в поликлинику за советом по питанию ребенка.

1.Рассчитать какую массу должен иметь ребенок в этом возрасте?

2. Какое количество пищи в сутки и на одно кормление должен получать ребенок?
3. Составить меню на один день.
4. Какое вскармливание называется искусственным?
5. Назовите основные правила (принципы) искусственного вскармливания

**Эталон ответа к задаче 1:**

1. Долженствующая масса ребенка = 3200г + 600г + 800г + 800г = 5400г.
2. Количество пищи на сутки 900мл (1/6 от массы 5400г).
3. Кормить 6- 7 раз в сутки, через 3 – 3,5 часа на одно кормление 150 - 130 мл. адаптированной молочной смеси 1 (смесью ХИПП 1, Агуша 1, Нутрилон 1).
4. Искусственным называется вскармливание детей грудного возраста молочными смесями, приготовленными на основе коровьего молока, когда они полностью или почти полностью лишены (менее 1/5 потребности) грудного молока.
5. Регламентированное кормление (определенный режим кормления), не рекомендуется ночное кормление; необходимо проводить расчет требуемого количества пищи на сутки и на одно кормление, в зависимости от возраста. Потребность в основных пищевых ингредиентах, сроки и порядок введения прикормов, такой же, как при грудном вскармливании, т.к. в настоящее время для вскармливания детей (при отсутствии материнского молока) используются адаптированные молочные смеси, пищевая ценность которых приближается к женскому молоку.

**Задача 2**

Ребенку 2 года, растет и развивается хорошо.

1. Представьте основные антропометрические показатели ребенка в данном возрасте (длина тела, масса)
2. Какое количество пищи необходимо ребенку
3. Составьте рацион питания на 1 день
4. Распределение суточной калорийности рациона
5. Соотношение основных ингредиентов питания

**Эталон ответа к задаче 2:**

1. Длина ребенка примерно 84 см, масса 14-14,5 кг
2. Количество пищи – 1300 – 1500 г в сутки
3. Завтрак: каша (или овощное блюдо) 200 г  
 творожное блюдо (творог, не острый сыр) 60 г  
 напиток (чай, молоко) 150 мл  
 обед: салат из овощей 40 г  
 щи свежие на мясном бульоне 100 г  
 котлета с гарниром (овощной, крупяной) 80/050  
 кисель 150 г  
 полдник: кефир 200 г  
 булочка 60 г  
 свежие фрукты соки 150  
 ужин: творожно-рисовая запеканка 200 г  
 молоко, кефир, ряженка 150  
 хлеб на весь день 100г., фрукты в течение дня
4. Распределение калорийности суточного рациона у детей старше 1,5 лет: на завтрак – 20-25%, обед – 35-40%, полдник – 5-10%, ужин – 20-25% от суточной потребности детей в энергии.

Таким образом, за первую половину дня, когда у ребенка наибольшая умственная и двигательная активность, с пищей ребенок должен получать 60-70%, а на вторую половину дня остается 30-40% энергетической суточной потребности.

5. Соотношение основных ингредиентов питания. По Российским рекомендациям для детей старше 1 года требуется количественное соотношение основных ингредиентов

(белки : жиры : углеводы) как 1:1:4, то для ребенка преддошкольного возраста эта формула, по данным зарубежных авторов, меняется на 1:1:5, что связано с более интенсивными обменными процессами, главным образом, в мозговой ткани, которая питается почти исключительно углеводами. Дети должны получать больше углеводистой пищи. По рекомендациям ВОЗ до 2-3 лет соотношение в рационе питания основных пищевых веществ – белков, жиров, углеводов составляет 1:1:5, старше 3-х лет - 1:1:4.

### Задача 3

Ребенку 3 года. Мать обратилась к врачу за советом по питанию.

1. Какую массу должен иметь ребенок в этом возрасте?
2. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения и ротовой полости
3. Назовите оптимальное соотношение белков, жиров, углеводов у детей старше года.
4. Среднее количество пищи, необходимое на сутки, как распределяется суточный рацион питания по энергетической потребности?
5. Составьте меню на один день

#### Эталон ответа к задаче 3:

1. Масса ребенка в 3 года =  $10,5 + 6 = 16,5$  кг
2. Увеличение объема желудка, активно функционируют слюнные железы, развивается жевательный аппарат, идет процесс прорезывания зубов.
3. Оптимальное соотношение Б,Ж,У – в младших возрастных группах 1:1::3, в старших 1:1:4. Белки 4 г/кг массы, жиры 4 г/кг массы, углеводы 14-15 г на кг/массы.
4. Среднее количество пищи в 3-5 лет 1400 – 1500г.; завтрак 25%, обед 40%, полдник 15%, ужин 20%.
5. Меню на один день:  
завтрак: яйцо 1 шт  
каша молочная 150 г  
какао с молоком 100 г  
обед: салат из овощей 60 г  
щи свежие на мясном бульоне 200 г  
шницель рубленый с картофелем 50/150  
кисель 150 г  
полдник: кефир 200 г  
булочка 60 г  
ужин: творожно-рисовая запеканка 150 г  
чай с молоком 100 г  
хлеб на весь день 100г., фрукты в течение дня

### Задача 4

Ребенок родился массой 3100 г., в настоящее время ему 1 месяц, масса 3200 г, мама обеспокоена, что у неё мало молока. Ребенок мочится 5-6 раз в сутки, стул 1 раз в два дня.

1. Оцените физическое развитие ребенка
2. Нуждается ли ребенок в докорме?
3. Какое вскармливание называется смешанным?
4. Дайте рекомендации по правильному вскармливанию ребенка.
5. При смешанном вскармливании в качестве докорма используют?.

#### Эталон ответа к задаче 4:

1. Масса долженствующая:  $3100г + 600 = 3700$  г.
2. Да, ребенок нуждается в докорме, т.к. имеются признаки недостаточности грудного молока (недостаточная прибавка в массе, редкие мочеиспускания, задержка стула).
3. Смешанным называется вскармливание, когда ребенок получает грудь матери и докорм адаптированной молочной смесью, вследствие гипогалактии у матери

4. Суточная потребность в пище  $1/5$  от должествующей массы (740 г), кормит ребенка 7 раз в сутки через 3 часа, количество пищи на одно кормление 105-100 мл; кормит грудью матери через 3 часа, докармливать смесью – адаптированной молочной до 100 мл
5. При смешанном вскармливании в качестве докорма используют адаптированные молочные смеси

### **Задача 5**

Новорожденный ребенок выписан домой из родильного дома на 5 день жизни в удовлетворительном состоянии. Находится на искусственном вскармливании с рождения. В родильном доме получал молочную смесь «Нутрилон 1», сосал удовлетворительно, необильно срыгивал, стул 2-3 раза в сутки. Однако для его вскармливания мать решила выбрать другую молочную смесь.

1. Рационален ли выбор смеси?
2. Дайте рекомендации по вскармливанию.
3. Назовите признаки недостаточности молока у матери
4. Искусственным называется вскармливанием ?
5. В настоящее время для искусственного вскармливания используют?

### **Эталон ответа к задаче 5:**

1. Для искусственного вскармливания здоровых детей первых месяцев жизни целесообразно применять молочные смеси с преобладанием сывороточных белков. Этим требованиям соответствует смесь «Нутрилон 1».
2. Целесообразно продолжить вскармливание ребенка смесью «Нутрилон 1» до 6 мес. и затем перейти на «последующую формулу» - «Нутрилон 2».
3. Отсутствие молока в грудной железе после кормления при тщательном сцеживании, беспокойство ребенка после кормления, недостаточная прибавка в массе (менее 500 г за истекший месяц), урежение числа мочеиспусканий (менее 6 раз в сутки).
4. Искусственным называется вскармливанием детей грудного возраста молочными смесями, приготовленными на основе коровьего молока, когда они полностью или почти полностью лишены (менее  $1/5$  потребности) грудного молока.
5. В настоящее время для искусственного вскармливания используют адаптированные молочные смеси.

### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- оценить питание ребенка первого года жизни при смешанном и искусственном вскармливании
- составить рацион питания ребенка первого года жизни при смешанном и искусственном вскармливании

### **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

- Не медикаментозное лечение гипогалактии
- Выбор смесей в питании детей первого года жизни
- Развитие детей, находящихся на искусственном вскармливании

## **1 Тема. №6**

**Название темы:** «Поликлиника. Принципы диспансеризации детей».

### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

### **3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: социально-значимые проблемы, процессы и существующие методы применения медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности. Заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов.

Морально-этические нормы, правила, профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе, взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родители».

Правила и принципы профессионального поведения педиатра.

Основы применения методов доказательной медицины при оценке состояния здоровья детей и подростков, деятельности медицинских организаций системы охраны материнства и детства и в научных исследованиях.

Методы физикального осмотра, клинического обследования больного, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики детей и подростков.

Этиологию, патогенез, диагностику, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний у детей и подростков. Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у детей и подростков с учетом их возрастно-половых групп.

Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков. Осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей и подростков. Методы санитарно-просветительской работы. Принципы диспансерного наблюдения различных возрастно-половых групп детского населения, реабилитацию пациентов.

Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в детских лечебных учреждениях

обучающийся должен уметь: анализировать показатели работы структурных подразделений различных медицинских организаций по оказанию медицинской помощи детям и подросткам. Оценивать эффективность различных технологий при оказании медицинской помощи детям и подросткам.

Соблюдать моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, касающиеся работы врача и оказания медицинской помощи, сохранять врачебную тайну.

Собрать анамнез, провести опрос и физикальное обследование здорового и больного ребенка.

Применять методы доказательной медицины при анализе медицинской информации в целях совершенствования профессиональной деятельности.

Составить план дополнительных исследований для уточнения диагноза; интерпретировать результаты обследования.

Проводить патофизиологический анализ основных клинических синдромов, составить план обследования больного, разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы не медикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия. Заполнить типовую учетно-отчетную медицинскую документацию на здорового и больного ребенка.

обучающийся должен владеть: навыками анализа медицинской информации. Использовать на практике оценку факторов риска, влияющих на физическое и психическое состояние пациента.

Осуществлять свою деятельность с принятыми нормами и правилами. Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики.

Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики при работе с детьми и их родственниками.

Методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Навыками постановки предварительного диагноза, ведения медицинской документации.

Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза детям и подросткам с патологией, алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий с учетом знания патогенетических механизмов развития заболевания.

Рекомендациями по питанию, двигательным режимам, по осуществлению оздоровительных мероприятий с оценкой эффективности при выполнении данных рекомендаций. Владеть методикой повышения сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием методов физической культуры и спорта, закаливания, пропаганды здорового образа жизни.

Методами ведения учетно-отчетной медицинской документации в детских лечебно-профилактических учреждениях.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

**1. Здоровый ребенок первого года жизни наблюдается участковым педиатром:**

1. 2 раза в месяц
2. ежемесячно
3. 1 раз в 3 месяца
4. 1 раз в 4 месяца
5. ежемесячно в первом полугодии жизни, затем 1 раз в 2 месяца

**2. Нервно-психическое развитие ребенка второго года жизни не оценивается по:**

1. развитию речи
2. сенсорном развитии
3. игрой и действиями с предметами
4. долговременной памяти
5. навыкам самообслуживания

**3. К критериям школьной зрелости не относится:**

1. психофизическое состояние
2. умение читать
3. состояние здоровья
4. биологический возраст

**4. Госпитализация при остром не осложненном бронхите показана:**

1. бронхит у ребенка первых 1,5 лет жизни
2. бронхит на фоне рахита I степени
3. при наличии в квартире других детей
4. бронхит на фоне гипотрофии I степени
5. бронхит у ребенка из социально неблагополучной семьи

**5. При плановой диспансеризации детей с хроническим гастродуоденитом не обязательны:**

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. 3 -кратное обследование на гельминтов и паразитов
4. мазок из зева и носа на возбудителя
5. реакция Грегерсеназх-

**6. Противорецидивное лечение при язвенной болезни желудка и ДПК назначают:**

1. весной и осенью
2. при появлении интеркуррентных заболеваний
3. при лечении препаратами, обладающими ульцерогенными свойствами
4. при нарушении диеты



5. все перечисленное верно

**7. Для оформления ребенка в дошкольное учреждение необходимы обследования, кроме:**

1. мазок из зева на ВЛ
2. анализ периферической крови
3. биохимический анализ крови
4. соскоб на энтеробиоз

**8. В направлении ребенка на стационарное лечение не обязательны сведения о:**

1. возрасте
2. начале заболевания
3. сведения о прививках
4. данные о плановой диспансеризации
5. перенесенные заболевания

**9. Состояние здоровья ребенка обуславливают факторы:**

1. наличие хронических заболеваний и уровень основных функций
2. резистентность организма
3. уровень физического и нервно-психического развития
4. наличие отклонений в раннем онтогенезе
5. все перечисленные

**10. Критерии здоровья:**

1. особенности онтогенеза
2. физическое и нервно-психическое развитие
3. уровень резистентности, наличие хронических заболеваний
4. уровень функционального состояния организма
5. все перечисленные

Эталоны ответов к тестам.

1 – 2, 2 – 4, 3 – 2, 4 – 5, 5 – 4, 6 – 5, 7 – 1, 8 – 4, 9 – 1, 10 – 3,

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1**

Ребенок 1 год 4 мес с признаками рахита 2 степени, гипотрофией 1 ст. и атопическим дерматитом, два месяца назад перенес очаговую пневмонию с локализацией в S3 справа, подтвержденную рентгенологически. Находился на стационарном лечении и получал комплексную терапию. На 9-й день лечения мама забрала ребенка домой с сохраняющимся кашлем и субфебрильной температурой.

Через 2 месяца после стационарного лечения мать обратилась к пульмонологу с жалобами на влажный кашель со слизисто-гнойной мокротой, которую ребенок заглатывает, длительный субфебрилитет, снижение аппетита, потливость, одышку при нагрузке.

При осмотре кожа бледная, носогубный треугольник с серым оттенком. Число дыханий 36 в 1 мин. При перкуссии легочный звук с неотчетливым укорочением над правой ключицей, там же выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые, крепитирующие хрипы. Тоны сердца ритмичные, слегка приглушены, над верхушкой и в точке Боткина систолический функциональный шум.

На рентгенограмме легких сегмент S3 уменьшен в объеме, прилегающие участки легкого эмфизематозно вздуты.

В стационаре выставлен диагноз - Очаговая пневмония (S3), осложненная ателектазом, дыхательная недостаточность 1ст.

1. О каком осложнении можно думать при указанной рентгенологической картине?

2. Каков механизм развития таких изменений?
3. Нуждается ли ребенок в Д наблюдении
4. Какие методы реабилитации необходимо провести на амбулаторном этапе
5. Дайте понятие Диспансеризация.

#### **Эталон ответа к задаче 1:**

1. Уменьшение объема пораженного сегмента и компенсаторная эмфизема окружающей ткани. - ателектаз
2. Ателектаз обусловлен нарушением проходимости вентилирующего бронха вследствие отека, спазма, гиперсекреции и закупорки просвета бронха, а также отеком легочной паренхимы и изменением поверхностно-активных свойств сурфактанта.
3. Все дети, перенесшие острую пневмонию подлежат Д наблюдению в течение 12 месяцев. Осмотр 1 раз в 2 месяца
4. Организация правильного режима дня (с достаточным пребыванием на свежем воздухе) и питания (достаточное содержание основных пищевых ингредиентов, витаминов в натуральных свежих продуктах), неспецифическая иммунокоррекция, муколитики, антигистаминные (при необходимости), вибрационный массаж, ЛФК.
5. Диспансеризация – активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления заболевания, взятия на учет, диспансерного наблюдения, комплексного лечения больных, проведения мероприятий по их оздоровлению.

#### **Задача 2**

Ребенок 14 лет. Поступил в клинику с жалобами на головную боль, плохой аппетит, слабость, сонливость. При осмотре состояние тяжелое, бледен, кожа бледно-желтая, отмечается пастозность голеней, отеки век. Дыхание глубокое и шумное. Границы относительной сердечной тупости: левая на 2 см левее средне-ключичной линии, правая на 1 см правее правого края грудины. Тоны сердца приглушены, у верхушки систолический шум. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Запах мочевины изо рта.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 6 лет. После перенесенной ангины у мальчика появились отеки, красная моча. Лечился в больнице. В дальнейшем диета и режим соблюдал плохо. За последние 2 года состояние ухудшилось. Накануне поступления были судороги с потерей сознания.

ОАК: Нб 41 г/л, Эр. 2,5 x 10<sup>12</sup>/л, Л 12,0 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ 38 мм/час, п/я 2%, с/я 58%, л 30%, м 8%, э 2%.; Б/х ан. крови: об. белок 61 г/л, альб. 49%, глобулины 51%. остат.азот 48 ммоль/л, калий 14 ммоль/л., кальций 7,2 ммоль/л, натрий 168 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 16 мл/мин.

Глазное дно: застойные соски зрительных нервов, вены расширены, артерии сужены.

ОАМ: уд вес 1005, белок 99 мг/л, лейкоц. 3-4 в п/зр., эритроц. 10-15 п/зр. цилиндр. гиал. 1-3 в п/зр.

1. О чем можно думать?
2. Какие обследования ещё необходимо провести?
3. В чем заключается консервативное лечение?
4. Подлежит ли ребенок определению инвалидности?
5. Определите группу здоровья

#### **Эталон ответа к задаче 2:**

1. Хроническая почечная недостаточность (уремия).
2. Уровень мочевины крови, креатинин крови, КОС, исследование мочи по Зимницкому
3. Диетотерапия, коррекция водного баланса, коррекция электролитных нарушений, лечение остеодистрофии, коррекция КОС, лечение артериальной гипертензии, анемии, нарушений гемостаза.

4. Да, дети, имеющие хроническую почечную недостаточность подлежат инвалидности до 18 лет (перевод во взрослую сеть), с учета не снимаются
5. Группа здоровья IV.

### **Задача 3**

Ребенок в возрасте 3-х лет. Из анамнеза известно, что у ребенка частые ОРВИ, atopический дерматит. Показатели физического и нервно-психического развития соответствуют средним величинам (4 зона по центильным таблицам).

При осмотре: кожа бледная, пастозность лица, на щеках и на разгибательных поверхностях рук гиперемия, струп, расчесы. Миндалины увеличены до II размера, температура тела 36,8 С. Масса тела 12,7 кг, длина 98 см.

1. К какой группе здоровья можно отнести данного ребенка?
2. Дайте характеристику данной группы здоровья
3. Подлежит ли ребенок Д наблюдению
4. Какие санатории можно рекомендовать ребенку
5. Назовите основные функциональные обязанности участкового педиатра

### **Эталон ответа к задаче 3:**

1. II группа здоровья.
2. II группа здоровья – дети без хронических заболеваний, с функциональными и морфологическими нарушениями; реконвалесценты тяжелых и среднетяжелых инфекций; с задержкой физического развития без эндокринной патологии; дети с дефицитом или избытком массы тела; ЧБД; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операции при сохранении соответствующих функций.
3. Диспансерное наблюдение участкового врача, с обязательной консультацией дерматолога., при необходимости консультации других специалистов. Дети с тяжелыми формами atopического дерматита находятся на Д наблюдении дерматолога.
4. В данном случае, ребенку 3 года, лучше использовать местные курорты, в летнее время года. Для детей нашего региона можно рекомендовать санатории «Озеро Шира», «Озеро Учум», «Тагарское».
5. Основные функциональные обязанности участкового педиатра: проведение клинико-лабораторного обследования; обеспечение консультациями специалистов; комплексная оценка состояния здоровья; профилактические мероприятия; осуществление оздоровительно-восстановительных и коррекционных мероприятий; реабилитация детей диспансерной группы; соблюдение деонтологических принципов.

### **Задача 4**

Ребенок 2,5 лет, посещает детское дошкольное учреждение с 2-х лет. Растет и развивается соответственно возрасту. Редко болеет ОРВИ, перенес острый простой бронхит в возрасте 10 месяцев, имеет легкую железодефицитную анемию.

1. К какой группе здоровья можно отнести данного ребенка?
2. Дайте характеристику данной группы здоровья
3. Назовите основные направления организации медицинского обеспечения дошкольников
4. Назовите критерии здоровья
5. Диспансеризация детей с анемиями

### **Эталон ответа к задаче 4:**

1. Группа здоровья – II.
2. II группа здоровья – дети без хронических заболеваний, с функциональными и морфологическими нарушениями; реконвалесценты тяжелых и среднетяжелых инфекций; с задержкой физического развития без эндокринной патологии; дети с дефицитом или избытком массы тела; ЧБД; дети с легкими физическими недостатками, последствиями травм или операции при сохранении соответствующих функций.

3. Основные направления организации медицинского обеспечения дошкольников (в ДДУ) – организация необходимых профилактических, оздоровительных и лечебных мероприятий; предупреждение инфекционных заболеваний среди детей, профилактика травматизма и несчастных случаев; контроль, начиная с периода адаптации, за всесторонним развитием и здоровьем детей, их подготовкой к школе; организация и контроль выполнения комплекса гигиенических мероприятий, необходимых для правильной постановки режима, оздоровительной, воспитательной и учебной работы в учреждении; ознакомление детей и их родителей с основами гигиены, распространение санитарных знаний среди персонала и родителей. Медицинскому персоналу ДДУ рекомендовано вести журналы: осмотра на гнойничковые заболевания работников пищеблока; контроля проведения физкультурных занятий в группах; осмотра на педикулез; контроля лечения детей с виражом туберкулиновых проб; обследования детей на гельминты; контроля санитарно-эпидемического режима на пищеблоке; перспективный план профилактических прививок на год, месяц; журнал осмотра детей в декретированные сроки; журнал диспансерных больных (ф.30/у)

4. Критерии здоровья – анамнез (биологический, социальный, генеалогический); уровень нервно-психического развития; уровень физического развития; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень функционального состояния основных систем организма; наличие или отсутствие хронических заболеваний.

5. Диспансеризация детей с анемиями – проводится в течение 6-12 месяцев от нормализации крови. Динамическое наблюдение за больным, получающим препараты железа, проводится каждые 10-14 дней до нормализации уровня гемоглобина, включает клинический осмотр и анализ крови. После нормализации гемограммы целесообразно продолжение ферротерапии в поддерживающих дозах ещё 2-3 месяца, осмотры проводят 1 раз в месяц, в дальнейшем – ежеквартально. По окончании лечения обязателен контроль сывороточного железа. консультации специалистов по показаниям. Консультации гематолога только в случаях тяжелой или упорно не поддающейся лечению анемии.

### **Задача 5**

Ребенок 2-мес., от 4 беременности и родов, живет с матерью и тремя братьями в коммунальной, не благоустроенной квартире, семья занимает комнату 18 кв.м., отец находится в местах лишения свободы, мама не работает, курит, употребляет алкоголь. Ребенок родился с массой 2700, длиной 48 см.. Вскармливание искусственное, неправильное.

1. К какой группе здоровья можно отнести данного ребенка?
2. Назовите критерии здоровья
3. Назовите показатели нервно-психического развития детей первого года жизни, как критерий оценки здоровья
4. Перечислите основные задачи детской поликлиники
5. Как часто должен осматриваться участковым педиатром в поликлинике здоровый ребенок первого года жизни.

### **Эталон ответа к задаче 5:**

1. Группа социального и биологического риска.
2. Критерии здоровья – анамнез (биологический, социальный, генеалогический); уровень нервно-психического развития; уровень физического развития; степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям; уровень функционального состояния основных систем организма; наличие или отсутствие хронических заболеваний.
3. Показатели нервно-психического развития детей первого года жизни – развитие зрительных и слуховых ориентировочных реакций; положительные эмоции в общении друг с другом; движение руки; общие движения; подготовительные этапы понимаемой и активной речи; навыки и умения в процессах. Варианты оценки нервно-психического развития детей 1 года жизни. 1. нормальное развитие – формирование умений в пределах

±15 дней от возраста, принятого за норму; 2. ускоренное развитие – формирование умений в пределах минимально допустимой нормы – т.е 16-30 дней раньше. 3.замедленное развитие – овладение умениями с задержкой от 16 дней до 1 месяца. 4.отставание в развитии – задержка до двух месяцев. 5 значительное отставание в развитии – задержка на три и более месяцев

4.Основные задачи детской поликлиники – организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры и диспансеризация в декретированные сроки, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа с родителями); лечебно-консультативная помощь на дому и в поликлинике, в том числе, специализированная; направление на стационарное лечение; реабилитация с проведением санаторно-курортного лечения, в лагерях отдыха, лесных школах и т.д.; лечебно-профилактическая работа в образовательных учреждениях; противоэпидемические мероприятия и прививочная иммунопрофилактика совместно с государственным санитарно-эпидемическим надзором; гигиеническое воспитание детей и родителей; правовая защита детей; повышение квалификации врачей, среднего и младшего персонала.

5. Здоровый ребенок первого года жизни должен осматриваться ежемесячно участковым педиатром

#### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- Оценить состояния здоровья новорожденного
- Провести общий осмотр ребенка
- Оформить эпикриз на ребенка первого года
- Дать рекомендации по сохранению лактации, режима питания и отдыха для матери

#### **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

А) Формы НИРС:

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

Б) Темы:

1. Оформление методических пособий
2. Подготовка реферата по теме «Работа в кабинете здорового ребенка».
3. Составление типовых задач по теме.
4. Составление плана профилактического осмотра детей первого года жизни

### **1. Тема №7**

**Название темы:** «Поликлиника. Работа в кабинете здорового ребенка и на приеме грудных детей».

#### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

#### **3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: морально-этические нормы, правила, профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современно медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе, взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родители». Правила и принципы профессионального поведения педиатра.

Структуру кабинета здорового ребенка, документацию, методические материалы. Методы физикального осмотра, клинического обследования больного, современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики детей и подростков. Основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детского населения и подростков. Осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у детей и подростков. Методы санитарно-просветительской работы.

обучающийся должен уметь: оценивать состояние здоровья грудных детей, оказывать помощь в проведении занятий с матерями, организовывать беседы с родителями детей раннего возраста, выдавать им памятки и методическую литературу. Соблюдать моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, касающиеся работы врача и оказания медицинской помощи, сохранять врачебную тайну. Заполнить типовую учетно-отчетную медицинскую документацию на здорового ребенка.

обучающийся должен владеть: навыками ухода за детьми, возрастным комплексом массажа, гимнастики, проведения закаливающих процедур организации режима дня, технологии грудного вскармливания, правилам введения докорма и прикорма. Проводить работу по профилактике рахита и анемии. Использовать на практике оценку факторов риска, влияющих на физическое и психическое состояние пациента.

Осуществлять свою деятельность с принятыми нормами и правилами. Принципами врачебной деонтологии и медицинской этики при работе с детьми и их родственниками.

Методами ведения учетно-отчетной медицинской документации в детских лечебно-профилактических учреждениях.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы** (тестовые задания с эталонами ответов).

**1. Главная функциональная единица подразделения профилактической работы:**

1. кабинет здорового ребенка
2. кабинет педиатра
3. прививочный кабинет
4. кабинеты специалистов

**2. Отнести ребенка ко второй группе здоровья позволяет:**

1. низкая резистентность
2. наличие хронических заболеваний
3. нормальное физическое развитие
4. нормальная характеристика функциональных систем организма

**3. Ребенку 7 лет, шум в области сердца установлен в родильном доме. С 2-х лет появилась одышка. Он должен наблюдаться у:**

1. участкового педиатра
2. кардиохирурга
3. кардиоревматолога
4. наблюдение в кабинете функциональной диагностики

**4. При назначении питания детям I первого года жизни учитывается:**

1. контрольное кормление
2. расчет питания
3. контроль за массой тела
4. характер стула
5. все перечисленное

**5. Критерии адаптации ребенка к новой пище:**

1. характер стула
2. сохранение аппетита
3. положительные эмоции
4. чистота кожных покровов

5. все перечисленное

**6. Правила проведения искусственного вскармливания включает все перечисленное, кроме:**

1. использование адаптированных смесей
2. использование неадаптированных смесей
3. соблюдение сроков введения пищевых добавок и прикормов
4. ранний перевод на 5-6 разовое кормление с более длительными промежутками между кормлениями.

**7. В 3-х месячном возрасте нормально развивающийся доношенный ребенок не может выполнять:**

1. поворачивать голову на  $90^\circ$  в каждую сторону, следя за движущимся предметом
2. в положении на животе поднимать голову на  $45^\circ$
3. улыбаться в ответ на улыбку взрослого
4. сидеть самостоятельно
5. гулить

**8. Определите возраст ребенка, который может сидеть при минимальной поддержке, дотягиваться до игрушки, располагающейся в пределах его досягаемости, переворачиваться со спины на живот, но не обладает клещеподобным захватом игрушки:**

1. 2 мес
2. 4 мес
3. 6 мес
4. 9 мес
5. 1 год

**9. Средний прирост длины тела у девочки в течение первого месяца жизни:**

1. 3-3,5 см
2. 2-2,5 см
3. 1,5 см
4. 1 см
5. 0,5 см

**10. Контроль за нервно-психическим развитием и поведением детей I года осуществляет:**

1. участковая медсестра
2. мать
3. педагог
4. невропатолог

Эталоны ответов к тестам.

1-1, 2-1, 3-1, 4-5, 5-5, 6-2, 7-4, 8-3, 9-1, 10-1.

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1.**

Ребенок в возрасте 1 месяца периодически срыгивает. Родился доношенным с массой тела 3400 г. В настоящее время масса тела 4000 г. Ребенок сосет грудь энергично.

1. Что способствует срыгиванию у данного ребенка?
2. Назовите критерии здоровья новорожденного.
3. Под зрелостью новорожденного понимают?
4. Лабораторные критерии физиологической желтухи?
5. II группа здоровья (характеристика).

### Эталон ответа к задаче 1

1. Физиологическая аэрофагия, слабое развитие кардиального сфинктера
2. Критерии здоровья новорожденного – функциональное состояние органов и систем, уровень физического и психического развития, наличие патологии, в том числе и врожденной, и риска её возникновения.
3. Под зрелостью новорожденного понимают готовность органов и систем ребенка к обеспечению его внеутробного существования. Зрелым считается доношенный ребенок, у которого морфологическое и функциональное состояние органов и систем соответствует его сроку гестации. Степень морфологической зрелости младенца устанавливается по комплексу внешних признаков: пропорции тела, плотности костей черепа и размеру родничков, наличие первородной смазки при рождении, развитию грудных желез, форме ушных раковин, состоянию кожных покровов, выполнению ногтевой пластинкой ногтевого ложа и др. Петруссом была предложена оценочная таблица степени зрелости, которая включает в себя 5 внешних морфологических признаков: ушная раковина, диаметр ореола сосков, исчерченность стоп, наружные половые органы, цвет кожи. Каждый из указанных признаков оценивается от 0 до 2 баллов. Полученная сумма прибавляется к 30. Итоговый результат соответствует степени морфологической зрелости, он совпадает с гестационным возрастом, следовательно ребенок зрел к своему сроку гестации.
4. Лабораторные критерии физиологической желтухи: билирубин в момент рождения менее 51 мкмоль/л; нормальный уровень гемоглобина; почасовой прирост билирубина в первые сутки менее 5,1 мкмоль/л; максимальный билирубин – 171-256 мкмоль/л; преобладает непрямая фракция; прямой билирубин менее 10% от общего; нормальные показатели гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов.
5. II группа здоровья – практически здоровые дети, которые имеют факторы риска возникновения какого-либо заболевания (например, поражения ЦНС, инфицирования, эндокринных или трофических расстройств). По степени выраженности риска II группа здоровья подразделяют на подгруппы: II А и II Б.

### Задача 2.

Женщина родила в срок. Состояние ребенка удовлетворительное. Масса тела при рождении 3300 г, длина тела 55 см. К груди приложен через 6 ч. Грудь взял хорошо; кормление 7-разовое. У матери плоские соски. Транзиторная убыль массы 9%. К 10-му дню жизни не выдерживает промежутки «между кормлениями».

1. О чем можно думать?
2. Дайте понятие гипогалактии.
3. Укажите возможные причины гипогалактии в данном случае.
4. Дайте характеристику группы здоровья II А
5. Фетопатии это?

### Эталон ответа к задаче 2:

1. Можно думать о гипогалактии.
2. Гипогалактия (недостаточная лактация) в подавляющем большинстве случаев носит вторичный характер из-за отрицательного влияния на женский организм целого комплекса биологических, медицинских, социальных, психологических и экономических факторов.
3. Причины гипогалактии в данном случае - возраст женщины (35 лет), плоские соски, позднее первое прикладывание к груди, регламентированное кормление могли способствовать гипогалактии, но ведущей, безусловно, является позднее первое прикладывание к груди. Здорового ребенка нужно приложить к груди сразу после рождения.
4. Группы здоровья II А – (минимальный риск развития патологических состояний) – практически здоровые новорожденные, не болевшие в роддоме, с малой степенью риска возникновения патологических процессов. К ним относятся: дети, родившиеся от матерей с отягощенным биологическим и клиническим анамнезом (например, нетяжелые соматические заболевания у матери, возраст матери до 18 лет или старше 35, производственные и профессиональные вредности, группа социального риска: неполные семьи, многодетные семьи,



наличие вредных привычек у родителей и др); дети, родившиеся от матерей с умеренно выраженными отклонениями в течение беременности и родов (например, легкие и среднетяжелые токсикозы беременных, дородовое излитие околоплодных вод, быстрые или затяжные роды), которые не вызвали у ребенка заболеваний; недоношенные I степени, при адаптации; дети от многоплодной беременности при удовлетворительном состоянии и средних показателях физического развития.

5. Фетопатии – патология фетального периода. Ранние фетопатии (до 181-го дня жизни) проявляются преимущественно в виде врожденных пороков. Поздние фетопатии имеют большое сходство с определенными нозологическими формами болезней, различают инфекционные и неинфекционные фетопатии.

### **Задача 3.**

Ребенку 6 дней, выписан из родильного дома. При осмотре мама обратила внимание, что слизистые глаз и кожные покровы имеют желтоватый оттенок, самочувствие хорошее. Мать кормит малыша грудью примерно 8 раз в день, не исключает ночных кормлений. Между кормлениями дает кипяченую воду.

1. Ваше заключение, в какой информации нуждается мать?
2. Как вы посоветуете кормить ребенка?
3. Перечислите лабораторные критерии физиологической желтухи.
4. Определите план наблюдения за здоровым новорожденным в условиях поликлиники
5. Эмбриопатии это?

### **Эталон ответа к задаче 3:**

1. У ребенка физиологическая желтуха. Похвально, что мать кормит ребенка грудью. Проинформировать мать, что ребенок здоров.
2. Кормить ребенка как можно чаще. Нет необходимости между кормлениями давать ребенку кипяченую воду.
3. Лабораторные критерии физиологической желтухи: билирубин в момент рождения менее 51 мкмоль/л; нормальный уровень гемоглобина; почасовой прирост билирубина в первые сутки менее 5,1 мкмоль/л; максимальный билирубин – 171-256 мкмоль/л; преобладает непрямая фракция; прямой билирубин менее 10% от общего; нормальные показатели гемоглобина, эритроцитов, ретикулоцитов.
4. Новорожденный ребенок первой группы здоровья наблюдается участковым педиатром и осматривается специалистами в обычные сроки: первый патронаж проводится в первые три дня после выписки из родильного дома, затем ребенок осматривается каждые 7-10 дней и в возрасте одного месяца дети приглашаются на прием к врачу в поликлинику ( в день приема здоровых детей).
5. Эмбриопатии – патология эмбрионального развития. К основным видам эмбриопатий относятся врожденные пороки развития.

### **Задача 4.**

При патронаже новорожденного 7 дней при осмотре обращали на себя внимание: пузыри в нижней половине живота, на конечностях, в складках на разных стадиях развития (размеры от 0,5 до 1,5 см в диаметре, наполненные серозно-гнойным содержимым, основание пузырей несколько инфильтрировано на фоне эритематозных пятен). Симптом Никольского отрицательный. После вскрытия пузырей остаются эрозии. Корки на месте бывших пузырей не образуется. Общее состояние ребенка не нарушено. Температура тела субфебрильная.

1. О чем можно думать?
2. Определите цель наблюдения за новорожденным в условиях поликлиники.
3. Назовите критерии здоровья новорожденного.
4. Под зрелостью новорожденного понимают?
5. Перинатальный период это?

#### **Эталон ответа к задаче 4**

1. Пемфигус (пузырчатка новорожденного).
2. Цель наблюдения – оценка состояния здоровья новорожденного ребенка, определение группы здоровья и группы «риска», составление плана индивидуального наблюдения на первом месяце жизни, определить условия выхаживания, режим питания и ухода, выяснить проведение неонатального скрининга, контроль за его результатами.
3. Критерии здоровья новорожденного – функциональное состояние органов и систем, уровень физического и психического развития, наличие патологии, в том числе врожденной, и риска её возникновения.
4. Под зрелостью новорожденного понимают готовность органов и систем ребенка к обеспечению его внеутробного существования. Зрелым считается доношенный ребенок, у которого морфологическое и функциональное состояние органов и систем соответствует его сроку гестации. Степень морфологической зрелости младенца устанавливается по комплексу внешних признаков: пропорции тела, плотности костей черепа и размеру родничков, наличию первородной смазки при рождении, развитию грудных желез, форме ушных раковин, состоянию кожных покровов, выполнению ногтевой пластинкой ногтевого ложа и др. Петруссом была предложена оценочная таблица степени зрелости, которая включает в себя 5 внешних морфологических признаков: ушная раковина, диаметр ореола сосков, исчерченность стоп, наружные половые органы, цвет кожи. Каждый из указанных признаков оценивается от 0 до 2 баллов. Полученная сумма прибавляется к 30. Итоговый результат соответствует степени морфологической зрелости, он совпадает с гестационным возрастом, следовательно ребенок зрел к своему сроку гестации.
5. Перинатальный период - с 28 недели внутриутробного периода до 7 дня внеутробной жизни.

#### **Задача 5.**

Новорожденный доношенный мальчик 14 дней с желтушностью кожных покровов на фоне зеленоватого оттенка. Желтуха появилась на 3-й день жизни. Печень +2 см, селезенка у края реберной дуги. Моча темная, оставляет пятна на пеленке. В клиническом анализе крови – вариант возрастной нормы. В биохимических анализах: повышен уровень общего билирубина (210 мкмоль/л), прямой билирубин 87 мкмоль/л, высокий уровень щелочной фосфатазы, уровень трансаминазы в пределах нормы. В копрограмме определяется стеркобилин. Общее состояние ребенка вполне удовлетворительное.

1. О чем можно думать
2. Ваша тактика?
3. Назовите признаки патологической желтухи
4. Дайте характеристику III группы здоровья новорожденных
5. Фетопатия это?

#### **Эталон ответа к задаче 5:**

1. Атрезия желчевыводящих путей.
2. Госпитализация в хирургическое отделение для проведения дополнительного обследования.
3. Отмечается при рождении; появляется в первые сутки или на 2-ой нед. Жизни; длительность более 2-3 недель; протекает волнообразно; темп прироста билирубина более 85 мкмоль/л; уровень прямого билирубина более 25 мкмоль/л; патологические изменения цвета кожи.
4. III группа здоровья новорожденных – больные дети с хроническими заболеваниями (например, врожденная краснуха, генерализованная цитомегаловирусная инфекция, бронхолегочная дисплазия), тяжелыми пороками развития (например, ВПС, врожденная гидроцефалия).
5. Фетопатии – патология фетального периода. Ранние фетопатии (до 181-го дня жизни) проявляются преимущественно в виде врожденных пороков. Поздние фетопатии имеют большое сходство с определенными нозологическими формами болезней, различают инфекционные и неинфекционные фетопатии.

## **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- провести соматоскопические исследования
- провести антропометрические
- оценить физическое развитие
- оценить психомоторное развитие
- оценить питание ребенка

## **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

- методика Монтессори в воспитании детей
- Логоневроз у детей
- Роль закаливания в воспитании здорового ребенка
- Иммунопрофилактика

## **1. Тема №8**

**Название темы:** «Поликлиника. Работа в кабинете участкового педиатра на приеме больных детей»

### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

### **3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: морально- этические нормы, правила, профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современно медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе, взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родители». Правила и принципы профессионального поведения педиатра.

Структуру педиатрического кабинета, документацию, методические материалы. Организацию работы участкового врача педиатра детской городской поликлиники.

обучающийся должен уметь: проводить прием в поликлинике, оценивать физическое и НП развитие детей, посещать детей до года на дому. Назначать детям режим, рациональное питание, специфическую и неспецифическую профилактику рахита. Проводит комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний.

Оценивать состояние здоровья детей, оказывать помощь. Соблюдать моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, касающиеся работы врача и оказания медицинской помощи, сохранять врачебную тайну. Заполнить типовую учетно-отчетную медицинскую документацию на здорового и больного ребенка.

обучающийся должен владеть: навыками опроса, объективного осмотра, анализа медицинской информации.

Методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Навыками постановки предварительного диагноза, ведения медицинской документации.

Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза детям и подросткам с патологией, алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий с учетом знания патогенетических механизмов развития заболевания.

Рекомендациями по питанию, двигательным режимам, по осуществлению оздоровительных мероприятий с оценкой эффективности при выполнении данных рекомендаций. Владеть методикой повышения сопротивляемости организма к

неблагоприятным факторам внешней среды с использованием методов физической культуры и спорта, закаливания, пропаганды здорового образа жизни.

Методами ведения учетно-отчетной медицинской документации в детских лечебно-профилактических учреждениях.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (тестовые задания с эталонами ответов).**

**1. Ребенок 4 мес, до этого времени был здоров, рос и развивался по возрасту, вскармливание естественное. Два дня назад у малыша на коже щек появилась гиперемия, отечность и шелушение, ребенок стал беспокойным, трет щеки. Мама пьет по утрам чай со сгущенным молоком. Оцените ситуацию:**

- 1.пищевая аллергия
- 2.аллергический диатез
- 3.контактный дерматит
- 4.крапивница

**2. В прививочном кабинете у ребенка с симптомами рахита при постановке инъекции появился затрудненный вдох, дыхание прекратилось, ребенок посинел, потерял сознание, через несколько секунд появился шумный вдох, напоминающий «петушиный крик». О чем можно думать?**

- 1.приступ эпилепсии
- 2.бронхоспазм
- 3.ларингоспазм
- 4.аллергическая реакция

**3. У ребенка при плаче появилось подергивание мышц лица и конечностей, потерял сознание. Неотложная помощь на догоспитальном этапе:**

- 1 .встряхнуть ребенка, сбрызнуть холодной водой
- 2.ввести противосудорожные препараты
- 3.кислородотерапия
- 4.вынести ребенка на свежий воздух

**4. На догоспитальном этапе основными методами оказания помощи отравившемуся являются:**

- 1 .симптоматическое лечение
2. кислородотерапия
- 3.восстановление ОЦК
- 4.удаление всосавшегося яда

**5. Действие участкового врача при подозрении на гемолитический криз:**

- 1 .лечить на дому
- 2.отправить на консультацию к гематологу
3. госпитализировать
- 4.назначить дообследование амбулаторно

**6. При присоединении инфекции у детей с заболеваниями крови в период ремиссии показаны:**

- 1 .антибиотики
- 2.запивакс
3. интерферон
- 4.все перечисленное

**7. К хроническим расстройствам питания у детей раннего возраста не предрасполагают:**

- 1 .сепсис
2. пороки развития кишечного тракта
- 3.поражение ЦНС
- 4.рахит
- 5.кишечная инфекция

**8. Начальными симптомами хронического расстройства питания являются:**

1. бледность кожных покровов
2. снижение тургора тканей
3. уменьшение толщины подкожно-жирового слоя
4. снижение массы тела
5. все перечисленные

**9. При бледной лихорадке проводятся мероприятия:**

1. антигистаминные препараты
2. нейролептики (дроперидол)
3. жаропонижающие
4. сосудорасширяющие препараты
5. все перечисленные

**10. При розовой лихорадке не проводятся мероприятия:**

1. жаропонижающие
2. физические методы охлаждения
3. обильное питье
4. нейролептики
5. обеспечение свободной теплоотдачи

эталонные ответы к тестам.

1-2, 2-3, 3-1, 4-4, 5-3, 6-4, 7-4, 8-5, 9-5, 10-4.

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам (ситуационные задачи с эталонами ответов).**

**Задача 1.**

Наташа Л., 3 года поступила в клинику с жалобами на повышение  $t$  до  $39^{\circ}\text{C}$ , слабость, рвоту, боли в животе, частые болезненные мочеиспускания.

Объективно: бледная, небольшая пастозность век. АД 80/45 мм.рт.ст. Положительный симптом XII ребра с обеих сторон. Из анамнеза известно, что девочка перенесла корь, скарлатину, 2 раза болела пневмонией. У матери девочки нефроптоз, пиелонефрит.

Ан. крови: эр -  $3,1 \times 10^{12}$  /л Нв - 92 г/л ц.п. - 0,75 л -  $13,1 \times 10^9$ /л э - 6 % п - 4 % с - 65 % л - 21 % м - 4 % СОЭ - 40 мм/час.

Ан. мочи: белок - 0,06 г/л л - покрывают все поля зрения, эр - ед в п/зр., соли - оксалаты ++. Посев мочи: выделен патогенный стафилококк ( $1500000$  микроб.тел/мл) чувствительный к ампициллину

Экскреторная урограмма: деформация лоханок и чашечек, справа шейки чашечек спазмированы. В стационаре выставлен диагноз - Острый пиелонефрит, активная стадия. Железодефицитная анемия.

1. Как долго должен наблюдаться в поликлинике ребенок?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Задачи диспансеризации в поликлинике при болезнях почек?
4. Принципы диспансерного наблюдения при остром пиелонефрите?
5. Перечислите показатели качества диспансеризации.

**Эталон ответа к задаче 1:**

1. Ребенок, перенесший острый пиелонефрит должен находиться на Д учете в течение 5 лет.

2. Для уточнения функционального состояния почек необходимо сделать:

- б/х.ан. крови: мочевины, остаточный азот
- б/х.ан. мочи: титруемые кислоты, аммиак, К, Na, Ca, P
- пробу Рейзельмана.

- суточное содержание в моче оксалатов и уратов (т.к. в ан. мочи оксалаты повышены ++). Возможно, пиелонефрит вторичный на фоне обменной нефропатии.

3. Задачи диспансеризации в поликлинике при болезнях почек – продолжение лечения, рекомендованного в стационаре, сезонная профилактика, лечение в период

интеркуррентных заболеваний, выявление и санация очагов хронической инфекции, лечение в случае обострения процесса.

4. Принципы диспансерного наблюдения при остром пиелонефрите – частота осмотров: педиатр – ежемесячно в течение 1 года, далее 1 раз в 3 мес, нефролог 1 раз в 3 мес в течение 1 года, далее 1 раз в 6 мес, стоматолог и ЛОР – врач 2 раза в год. Консультации других специалистов проводятся по показаниям. Методы обследования: анализы мочи 1 раз в 2 недели в течение 6 мес, далее 1 раз в мес в течение года, затем 1 раз в 3 мес, посевы мочи на флору одновременно с общими анализами мочи с такой же частотой; анализы мочи по Нечипоренко, Каковскому-Аддису и определение степени бактериурии перед каждым осмотром педиатра; биохимические исследования (мочевина, креатинин) исследуются 1 раз в 6 мес, общий белок и его фракции – по показаниям. Пробы по Зимницкому, УЗИ почек проводят 2 раза в год, рентгенологическое обследование при постановке диагноза и далее по показаниям. О выздоровлении при остром пиелонефрите, можно говорить, в случае сохранения полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет. Снимается с учета больной острым пиелонефритом через 5 лет.

5. Показатели качества диспансеризации – показатель охвата регулярными медицинскими осмотрами; количество вновь выявленных больных детей; частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах; структура заболеваемости, удельный вес заболеваний; охват диспансерным наблюдением; активность лечебно-оздоровительной работы.

## **Задача 2.**

Госпитализирован мальчик 12 лет. В анамнезе - частые ОРВИ, отит. В 9 лет после ангины впервые выявлены изменения в моче: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как дисметаболическую нефропатию. В дальнейшем появились вялость, головные боли. К врачу не обращались.

Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ в связи с резким ухудшением состояния: резкая слабость, головокружение, головная боль, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, пастозность лица и голеней, АД 150/110 мм рт.ст, олигурия, макрогематурия. В анализах мочи выявлена протеинурия 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения. В стационаре выставлен диагноз - Хронический гломерулонефрит смешанная форма. Острая почечная недостаточность

- 1.Нуждается ли ребенок в Д наблюдении после выписки из стационара?
- 2.Каковы причины ухудшения состояния?
- 3.Как часто проводится осмотр ребенка?
- 4.Как часто необходимо проводить лабораторные обследования.
- 5.Что является противопоказанием для направления больного с ХГН на санаторно-курортное лечение?

### **Эталон ответа к задаче 2:**

1. Да, все дети имеющие острый или хронический гломерулонефрит подлежат Д наблюдению.
2. Причиной ухудшения состояния больного может быть развитие острой почечной недостаточности (ОПН острой фазы).
3. Частота осмотров: педиатр 1 раз в 2 недели в течение 3 мес, далее 1 раз в месяц в течение 1 года наблюдения, затем 1 раз в 3 мес в течение 3 лет, далее 2 раза в год. Нефролог осматривает ребенка 1 раз в месяц в течение 3 мес, затем 1 раз в 3 мес в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 6 мес в течение 3 лет, далее 1 раз в год. Стоматолог, офтальмолог и ЛОР-врач осматривают ребенка 2 раза в год, другие специалисты по показаниям.
4. Методы обследования: анализы мочи общие, анализы мочи по Нечипоренко (Каковскому-Аддису), измерение АД перед каждым посещением педиатра. Анализы мочи

по Зимницкому 1 раз в 3 мес. Биохимический анализ крови 1 раз в 6 мес (мочевина, креатинин, холестерин, протеинограмма). УЗИ почек, ЭКГ – 2 раза в год. Анализы крови общие, кал на яйца глистов 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

5. Противопоказанием является активный воспалительный процесс, степень нарушения функции почек II, III. Санаторно-курортное лечение в другой климатической зоне разрешается не ранее 12 мес после обострения. Возможно направление больных на санаторное лечение при наличии остаточного мочевого синдрома.

### **Задача 3.**

Девочка 11 лет поступила в детское отделение с жалобами на общую слабость, головную боль, отечность лица, утомляемость. Более 7 лет страдает гломерулонефритом на протяжении 6 лет, трижды лечилась в стационаре. Последнее ухудшение наступило 2 недели назад на фоне перенесенной ОРВИ. Объективно: правильного телосложения, длина 146 см, масса тела 36 кг, кожа чистая, бледная. Отмечается отечность лица, особенно век. В легких перкуторно ясный легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Границы сердца возрастные. Тоны сердца звучные, на верхушке и 5 точке нежный систолический шум, акцент 1 тона на легочной артерии, АД 140/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Сознание ясное.

Анализ крови: эр.  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Нв 115 г/л, лейкоц.  $8,5 \times 10^9$ , э-2%, с-58%, л-26%, м-8%, СОЭ 15 мм/ч, остаточный азот 28,5 ммоль/л, холестерин 5,5 ммоль/л, общий белок 60 г/л. Анализ мочи: белок 1,3 г/л, эритроциты выщелоченные и неизмененные в большом количестве, лейкоциты 3-4 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые 5-6 в п/зр., проба Зимницкого: отн.плотность мочи 1010-1013-1016-1017-1014-1018-1019-1014. Дневной диурез 450 мл, ночной – 200 мл. Клиренс по эндогенному креатинину 70 мл/мин. В стационаре выставлен диагноз - Хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, активная стадия, ХПН

1. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, после выписки из стационара?
2. Подлежит ли ребенок снятию с учета при условии длительной клинико-лабораторной ремиссии?
3. Укажите основные направления Д наблюдения.
4. Назовите основные функциональные обязанности участкового педиатра.
5. Перечислите показатели эффективности диспансеризации.

### **Эталон ответа к задаче 3:**

1. Да, все дети имеющие острый или хронический гломерулонефрит подлежат Д наблюдению
2. Ребенок не подлежит снятию с Д учета даже при условии длительной клинико-лабораторной ремиссии
3. Основные направления диспансеризации: регулярный осмотр и проведение дополнительных обследований (по плану Д), санация хронических очагов инфекции, проведение противорецидивного лечения 2 раза в год, лечение при наложении интеркуррентных заболеваний с обязательным лабораторным контролем, направление на санаторно-курортное лечение, решение вопроса о занятиях физкультурой и др.
4. Основные функциональные обязанности участкового педиатра: проведение клинико-лабораторного обследования; обеспечение консультациями специалистов; комплексная оценка состояния здоровья; профилактические мероприятия; осуществление оздоровительно-восстановительных и коррекционных мероприятий; реабилитация детей диспансерной группы; соблюдение деонтологических принципов.
5. Показатели эффективности диспансеризации – число больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению; число больных, имевших улучшение в течении основного хронического заболевания; процент ухудшений в состоянии здоровья у больных диспансерной группы.

#### **Задача 4.**

Девочка 10 лет жалуется на боли в животе около пупка, в эпигастральной и пилородуоденальной области. Боли поздние и голодные, тупые, ноющие, продолжительностью до 2 часов. Больна в течение года. Сезонность болей неочетлива.

Наследственность: у матери – хронический гастродуоденит, у бабушки по материнской линии – язвенная болезнь ДПК. В полуторомесячном возрасте был стафилококковый энтероколит, по поводу которого получала антибиотики. Искусственное вскармливание с 4 мес. В 6 и 8 лет – кишечная инфекция неясной этиологии, лечили ампициллином без контроля врача. Страдает аллергодерматозом с пищевой сенсibilизацией (цитрусовые, шоколад, рыба). Режим питания не соблюдает («бугербродное питание»). Ребенок посещает английскую школу, занимается музыкой и живописью. Часто пропускает уроки физкультуры. В стационаре выставлен диагноз - Хронический гастродуоденит, фаза обострения.

1. Как должен наблюдаться ребенок после выписки из стационара?
2. При поражении органов пищеварения Д наблюдению подлежат дети?
3. Перечислите факторы риска развития патологии ЖКТ у ребенка.
4. Как долго проводится диспансерное наблюдение за больным с хроническим гастритом?
5. Перечислите основные задачи детской поликлиники.

#### **Эталон ответа к задаче 4:**

1. В течение первого года после взятия на Д учет больные наблюдаются участковым педиатром с осмотром каждые 3 месяца, затем 2 раза в год (весной и осенью), ЛОР-врачом и стоматологом 2 раза в год, другими специалистами – по показаниям. Методы обследования: ЭФГДС 1 раз в год, исследование желудочной секреции 1 раз в год, анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма 1 раз в год, другие исследования по показаниям. Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год (весна, осень) в течение 2-3 нед и включает щадящий режим, диету, заместительную ферментотерапию или антацидные средства, витамины, минеральные воды, физиотерапию.

2. При поражении органов пищеварения Д наблюдению подлежат дети с язвенной болезнью желудка и ДПК, хроническими гастритами и гастродуоденитами, хроническим колитом, энтероколитом, воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей, хроническим холециститом, хроническими гепатитами.

3. Наследственная отягощенность, раннее искусственное вскармливание, нарушение режима питания в старшем возрасте, пищевая аллергия, перенесенные острые кишечные инфекции, нервно-психические перегрузки и малоподвижный образ жизни.

4. Диспансерное наблюдение за больным с хроническим гастритом проводится до передачи во взрослую поликлинику.

5. Основные задачи детской поликлиники – организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (динамическое наблюдение за здоровыми детьми, профилактические осмотры и диспансеризация в декретированные сроки, профилактические прививки, санитарно-просветительная работа с родителями); лечебно-консультативная помощь на дому и в поликлинике, в том числе, специализированная; направление на стационарное лечение; реабилитация с проведением санаторно-курортного лечения, в лагерях отдыха, лесных школах и т.д.; лечебно-профилактическая работа в образовательных учреждениях; противоэпидемические мероприятия и прививочная иммунопрофилактика совместно с государственным санитарно-эпидемическим надзором; гигиеническое воспитание детей и родителей; правовая защита детей; повышение квалификации врачей, среднего и младшего персонала.

#### **Задача 5.**

Мальчик 1 года, поступил в клинику с жалобами на бледность, похудание, плохой аппетит, вялость. Ребенок от 2-ой беременности, протекавшей с анемией, родился в срок. С 3-х месяцев находится на смешанном вскармливании (докорм смесью "Малютка"), с 5-ти месяцев получает манную кашу. С 6-ти мес. кормится преимущественно кашами и овощным пюре. Фрукты и ягоды не получает из-за проявлений аллергодерматоза. Страдает дисбактериозом



кишечника. В возрасте 4 и 8 мес. перенес острую кишечную инфекцию, в 3 мес.- ОРВИ. Профилактика рахита не проводилась. Не ходит, первые зубы прорезались в 11 мес.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести, бледен, вял. Кожа сухая, масса тела 8 кг. Пульс 110 в/мин, тоны сердца приглушены, на верхушке - функциональный шум.

ОАК: Эр.-  $1,86 \times 10^9$  /л, гемоглобин 48г/л, ц.п.0,9, ретикулоциты 8%, Лейк.-  $10 \times 10^9$  /л, э 3% Б- 1%, п/я- 2%, с/я- 25%, л- 63%, м- 6%, СОЭ- 22мм/ч, микроцитоз +++, гипохромия +.

- 1.О чем можно думать?
- 2.Укажите план дополнительного лабораторного обследования.
3. Назначьте питание ребенку с ЖДА.
- 4.Укажите критерии эффективности лечения.
- 5.Диспансеризация

#### **Эталон ответа к задаче 5:**

1.Железодефицитная анемия, нормохромная, гиперрегенераторная, тяжелая форма. Гипотрофия 2 ст., алиментарно-инфекционной этиологии.

2.Определение сывороточного ферритина (снижение), общей железосвязывающей способности крови (повышение), коэффициента насыщения трансферрина железом (менее 25%, при норме 30-50%), уровня сывороточного железа (снижение).

3.Диета с достаточным содержанием белка (с учетом возрастной потребности), адаптированная молочная смесь (НАН -2, Нутрилон - 2, Галия -2, Хипп-2) или специально обогащенные железом (Симилак с железом, Энфамил с железом), ограничение злаковых продуктов, содержащих фитин, введение в рацион соков, овощных пюре, продуктов, содержащих железо (желток, мясные продукты).

4.Улучшение общего состояния к концу недели, повышение уровня ретикулоцитов на 5 - 10 день, ежедневное повышение гемоглобина (на 10г/л за неделю).

5. Диспансеризация детей с анемиями – проводится в течение 6-12 месяцев от нормализации крови. Динамическое наблюдение за больным, получающим препараты железа, проводится каждые 10-14 дней до нормализации уровня гемоглобина, включает клинический осмотр и анализ крови. После нормализации гемограммы целесообразно продолжение ферротерапии в поддерживающих дозах ещё 2-3 месяца, осмотры проводят 1 раз в месяц, в дальнейшем – ежеквартально. По окончании лечения обязателен контроль сывороточного железа. Консультации специалистов по показаниям. Консультации гематолога только в случаях тяжелой или упорно не поддающейся лечению, анемии.

#### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

составить план лечения для больных с острой бронхиальной патологией, ОРВИ, находящихся на амбулаторном лечении

#### **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

- Неотложная помощь на догоспитальном этапе
- Показания для углубленного обследования больного ребенка
- Показания для госпитализации
- Порядок выдачи больничных листов

#### **1. Тема №9**

**Название темы:** «Поликлиника. Патронаж новорожденных и грудных детей»

#### **2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИРС.

#### **3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия**

обучающийся должен обладать общекультурными (ОК-1.ОК-5.ОК-8), профессиональными компетенциями (ПК-1,ПК-3,ПК-5,ПК-6,ПК-10,ПК-11,ПК-12,ПК-13,ПК-15,ПК-16,ПК-17,ПК-18,ПК-19,ПК-20,ПК-21,ПК-22,ПК-23,ПК-26,ПК-27,ПК-28,ПК-30,ПК-31,ПК-32).

- учебная: обучающийся должен знать: морально-этические нормы, правила, профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современно медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе, взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родители». Правила и принципы профессионального поведения педиатра.

Организацию работы участкового врача педиатра детской городской поликлиники. обучающийся должен уметь: проводить прием в поликлинике, оценивать физическое и НП развитие детей, посещать детей до года на дому. Назначать детям режим, рациональное питание, специфическую и неспецифическую профилактику рахита. Проводит комплекс профилактических мероприятий, направленных на снижение инфекционных заболеваний.

Оценивать состояние здоровья детей, оказывать помощь. Соблюдать моральные и правовые нормы, правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты, касающиеся работы врача и оказания медицинской помощи, сохранять врачебную тайну. Заполнить типовую учетно-отчетную медицинскую документацию на здорового и больного ребенка.

обучающийся должен владеть: навыками опроса, объективного осмотра, анализа медицинской информации.

Методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов исследования. Навыками постановки предварительного диагноза, ведения медицинской документации.

Алгоритмом постановки предварительного и развернутого клинического диагноза детям и подросткам с патологией, алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий с учетом знания патогенетических механизмов развития заболевания.

Рекомендациями по питанию, двигательным режимам, по осуществлению оздоровительных мероприятий с оценкой эффективности при выполнении данных рекомендаций. Владеть методикой повышения сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды с использованием методов физической культуры и спорта, закаливания, пропаганды здорового образа жизни.

Методами ведения учетно-отчетной медицинской документации в детских лечебно-профилактических учреждениях.

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы (тестовые задания с эталонами ответов).**

**1. К задачам первого дородового патронажа не относятся:**

1. выяснение бытовых и материальных условий семьи, её социального положения
2. изучение наследственности, состояния здоровья членов семьи
3. изучение акушерского анамнеза
4. назначение лечения при гестозе
5. выяснение производственных вредностей

**2. Цели второго дородового патронажа, кроме:**

1. антенатальная профилактика рахита
2. назначение антибиотиков для профилактики гнойно септических заболеваний ребенка
3. обучение матери правилам вскармливания и ухода за ребенком
4. подготовка уголка новорожденного
5. выяснения состояния здоровья беременной

**3. Возраст ребенка 25 дней. Здоров. Температура воздуха в помещении 21 ° С. Что считать правильным при одевании ребенка?**

1. надеть тонкую и теплую распашонку
2. надеть чепчик
3. туго запеленать с выпрямленными ногами, оставив руки свободными

4. использовать памперсы
4. **Будущим родителям даются рекомендации по организации ухода за ребенком. Что из следующих ниже положений является неправильным:**
  1. комната малыша должна быть светлой, теплой, не содержать лишних вещей
  2. влажная уборка проводится ежедневно
  3. ребенок должен иметь собственную кровать
  4. проветривание комнаты в присутствии ребенка
5. **К основным направлениям деятельности поликлиники не относится:**
  1. профилактическое
  2. лечебное
  3. лечебно-профилактическое в дошкольных учреждениях, школах
  4. повышение квалификации врачей и среднего персонала
  5. проведение санитарно-эпидемиологического надзора
6. **В профилактическую работу медицинской сестры детской поликлиники не входит:**
  1. проведение патронажей к беременным
  2. посещение новорожденных в первые 2 дня после выписки из род. дома
  3. проведение расчета питания и коррекция его детям раннего возраста
  4. участие в планировании прививок детям, не посещающим дошкольное учреждение
  5. наблюдение за течением поствакцинального периода
7. **Учреждения I этапа оказания медицинской помощи на селе, кроме:**
  1. фельдшерско акушерский пункт
  2. сельская участковая больница
  3. сельская амбулатория
  4. центральная районная больница
8. **Ежедневный туалет здорового ребенка второго месяца жизни не включает:**
  1. ежедневные гигиенические ванны
  2. туалет носа
  3. умывание лица
  4. обработка полости рта
9. **К переходным состояниям новорожденного не относится:**
  1. омфалит
  2. физиологическая желтуха
  3. половой криз
  4. физиологическая убыль массы
  5. транзиторная лихорадка
10. **В оценку состояния новорожденного по шкале Апгар входит:**
  1. мышечный тонус
  2. цвет кожных покровов
  3. характер дыхания
  4. частота и ритм сердцебиений
  5. все перечисленное

Эталоны ответов к тестам.

1 – 4, 2 – 2, 3 – 1, 4 – 4, 5 – 5, 6 – 3, 7 – 4, 8 – 4, 9 – 1, 10 – 5,

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам** (ситуационные задачи с эталонами ответов).

#### **Задача 1**

Первичный врачебный патронаж к новорожденному в возрасте 6 дней. Девочка от здоровой матери, первой беременности, протекавшей с гестозом I половины. Родилась на 39-й неделе беременности с массой тела 2960 гр., длиной 49 см.

При осмотре: активна, крик громкий, эмоционально окрашен, хорошо удерживает температуру тела, активно сосет грудь. Кожа чистая, легкая иктеричность кожи лица и туловища. Пупочная ранка сухая, сосуды не пальпируются. Большой родничок 1,5x2 см., на уровне костных краев. Ногти переросли кончики пальцев. Пульс 142 уд/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. Частота дыхания 40 в минуту с апноэ по 1-2 сек. В легких дыхание проводится равномерно, ослабленное везикулярное 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. Волосяной покров выражен только на голове.

1. Оцените признаки морфологической и функциональной зрелости, рассчитайте масса - ростовой коэффициент при рождении.
2. Назовите особенности периферической крови новорожденного ребенка
3. Вскармливание детей первых 10 дней жизни.
4. Физиологическая желтуха новорожденного (понятие, причины).
5. Назовите частоту сердечных сокращений новорожденного

#### **Эталон ответа к задаче 1:**

1. Признаки морфологической и функциональной зрелости - Ребенок морфологически и функционально зрел. Степень зрелости новорожденного устанавливается по комплексу внешних признаков: пропорции тела, плотности костей черепа, размеру родничков (1,5 x 2 см), форме ушных раковин, состоянию кожных покровов (кожа чистая, слабо иктеричная), выполнению ногтевого ложе (ногти переросли кончики пальцев), большие половые губы прикрывают малые (по оценочной таблице Петрусса). Функциональная зрелость по состоянию ЦНС (крик громкий, эмоциональный, удерживает температуру, активно сосет грудь), состояние сердечно-сосудистой и дыхательной системы соответствуют гестационному возрасту. МРК=2960: 49=60,4 ( $N \geq 60$ ).

2. Особенности периферической крови новорожденных: - повышено содержание гемоглобина (170-240 г/л) и эритроцитов ( $5-7 \times 10^{12}/л$ ), а цветовой показатель колеблется от 0,9 до 1,3. с первых часов после рождения начинается распад эритроцитов, что клинически обуславливает появление транзиторной желтухи. Эритроциты полихроматофильны, имеют различную величину (анизоцитоз), преобладают макроциты. Ретикулоцитоз в первые дни жизни достигает 22-42 %, в то время как у взрослых и детей старше 1 месяца он равен 6-8%. Встречаются ядерные формы эритроцитов – нормобласты. Лейкоцитарная формула у новорожденных – число лейкоцитов  $10-30 \times 10^9/л$ , нейтрофилез со сдвигом влево, начинает быстро снижаться, а число лимфоцитов нарастать первый перекрест на 4-6 день. Гематокрит около 54%. колебания остальных элементов белой крови сравнительно невелики, число кровяных пластинок в период новорожденности в среднем составляет  $150-400 \times 10^9/л$ .

3. Вскармливание детей первых 10 дней жизни

Первое прикладывание к груди матери в первые 30 минут после рождения, не позднее 2-х часов. При невозможности кормить новорожденного ребенка грудью. Его кормят сцеженным грудным материнским или донорским молоком, адаптированной молочной смесью для новорожденного, адаптированной молочной смесью «начальной» («стартовой», № 1).

Расчет количества молока (смеси):

1. Формула *Финкельштейна* (применяется до 7-8 дня жизни): суточное количество молока составляет 70 мл x n (при массе до 3200 г) или 80 мл x n (при массе более 3200 г), где n - день жизни.

2. Формула *Зайцевой*: суточное количество молока в мл составляет 2% от массы тела (в гр.) x n, где n- день жизни.

3. количество молока на одно кормление: 10 мл x n, где n – день жизни.

4. энергетический метод:

Суточная калорийность пищи составляет в первые сутки – 30-35 ккал/кг массы тела ребенка, в последующие дни увеличивается ежедневно на 5 ккал в сутки (до 10 дня).

4. Физиологическая желтуха новорожденного – возникает вследствие повышенной концентрации билирубина в крови и сочетается с иктеричностью слизистых оболочек и склер. Как правило, желтуха является патологическим симптомом, может встречаться как пограничное состояние при физиологической гипербилирубинемии новорожденных с 3-го по 10-й день жизни, (когда концентрация непрямого билирубина в крови достигает у доношенных новорожденных 51-60 мкмоль/л) в связи с интенсивным гемолизом эритроцитов и перегрузкой функционально неполноценной печени.

5. Частота сердечных сокращений у новорожденного - 140-160 в 1 минуту.

## Задача 2

Новорожденный мальчик 10 дней. Ребенок от срочных родов, молодых родителей. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половины (рвота, нефропатия). Родился с обвитием пуповины вокруг шеи и туловища. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар 6/8 баллов. Масса тела 3100 гр., длина - 51 см. К груди приложен на 2-е сутки, сосал неактивно, обильно срыгивал. Получал докорм смесью «Энфамил-1». Выписан из роддома на 8-е сутки с потерей массы 250 гр.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока, докармливает смесью «Энфамил-1». Ребенок беспокоен, при крике часто вздрагивает, отмечается тремор подбородка. Большой родничок 3,5x3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1x1 см. Сухожильные рефлексы оживлены, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония. Реакция на свет, звук - живые. Взгляд - плавающий. Голову не удерживает. Физиологические рефлексы: сосательный (+), глотательный (+), Бабкина (+), Робинсона (-), Моро (1 фаза), Бауэра (-), опора на наружную поверхность стопы, автоматическая походка с перекрестом в нижней трети голени, Галанта (+), Переса декапитированный, Бабинского (+). Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. В легких дыхание, ослабленное везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук - ясный легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные, ЧСС- 132 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см., селезенка у края реберной дуги. Стул 3 раза в сутки кашицеобразный с небольшой примесью слизи. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

1. О чем можно думать? Определите факторы направленного риска развития патологии.
2. Физиологическая убыль массы?
3. АФО нервной системы новорожденного ребенка: безусловные рефлексы, их диагностическое значение.
4. Смешанное вскармливание (определение, показания к переводу на смешанное вскармливание).
5. Продолжительность сна новорожденного ?

## Эталон ответа к задаче 2:

1. Признаки поражения ЦНС (перинатальное поражение ЦНС) – беспокойство, вздрагивание при крике, тремор подбородка, повышен тонус разгибателей, мышечная дистония, физиологические рефлексы изменены (Бауэра (-), опора на наружную поверхность стопы, автоматическая походка с перекрестом в нижней трети голени, Переса декапитированный). Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. Группа здоровья II.

1 группа – новорожденные с риском развития патологии ЦНС. Факторы риска – тугое обвитие пуповины вокруг шеи, гестоз 1 и 2-й половины беременности, кричал после санации верхних дыхательных путей и желудка (гипоксия).

Позднее прикладывание к груди (вероятность угасания сосательного рефлекса) и могло способствовать замедлению становления лактации.

2.АФО нервной системы новорожденного ребенка: безусловные рефлексы, их диагностическое значение.

1. Крупные извилины и борозды хорошо выражены, имеют небольшую глубину и высоту; мелкие (третичные) постепенно формируются в течение первых лет жизни
2. Клетки серого вещества, проводящие системы полностью не сформированы. Количество нервных клеток больших полушарий после рождения не увеличивается, происходит их рост и дифференцировка (особенно интенсивно в первые 6 лет жизни).
3. Отсутствует полная миелинизация пирамидных путей и черепных нервов
4. Дендриты короткие, малоразветвленные
5. Недостаточно развит мозжечок и неостриатум
6. В коре головного мозга преобладают процессы торможения
7. Отсутствует анализаторная и условно-рефлекторная деятельность
8. Функциональное преобладание таламо-паллидарной систем
9. Спинной мозг на уровне L<sub>III</sub>

Анатомически мозговые структуры созревают до уровня взрослых к 20 годам. Один из основных критериев нормального развития мозга новорожденного – состояние основных безусловных рефлексов, так как на их основе формируются условные рефлексы. *Безусловные рефлексы новорожденных* делятся на две группы: сегментарные двигательные автоматизмы, обеспечивающиеся сегментами мозгового ствола и спинного мозга, и надсегментарные позотонические автоматизмы, обеспечивающие регуляцию мышечного тонуса в зависимости от положения тела и головы (регулируются центрами продолговатого и среднего мозга).

*Сегментарные двигательные автоматизмы* – ладонно-ротовой (исчезает к 3 мес), поисковый (до 3-4 мес), сосательный (до 1 года), хватательный (до 2-4 мес), рефлекс Моро (до 4 мес), защитный; Рефлексы опор и автоматической ходьбы (исчезают к 2 мес), рефлекс ползания (до 4 мес), рефлекс Галанта (до 4 мес), Переса (до 4 мес).

*Надсегментарные позотонические автоматизмы* – лабиринтные установочные рефлексы, верхний рефлекс Ландау (формируется к 4 мес), нижний рефлекс Ландау (формируется к 5-6 мес).

Если безусловные рефлексы вызываются у ребенка в том возрасте, в котором они должны отсутствовать, то они расцениваются как патологические.

3. Физиологическая убыль массы – транзиторная потеря первоначальной массы возникает вследствие голодания (из-за дефицита молока и воды) в первые дни жизни. Максимальная убыль первоначальной массы тела отмечается на 3—й или 4-й, реже 5-й день. У здоровых доношенных новорожденных она не должна превышать 6%. При потере массы более 10% необходима коррекция питания.

4.Смешанное вскармливание детей первого года жизни (определение, показания к переводу на смешанное вскармливание).

Смешанное вскармливание – при недостаточности молока у матери, ребенку вводится докорм адаптированной молочной смесью, т.е. ребенок получает два вида смеси: грудное молоко и докорм молочной смесью. Показанием для перевода ребенка на смешанное вскармливание является гипогалактия у матери.

5. Продолжительность сна новорожденного 18 часов

### **Задача 3**

Мальчик, 15 дней. От I беременности, срочных родов. Во время беременности мать переболела ОРВИ. В 38 недель заболела пневмонией. Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок закричал сразу. Масса тела при рождении 3200 гр., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди был приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым

оттенком. К концу первых суток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию, на 3-й день переведен из роддома в отделение новорожденных детской больницы, в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов интоксикации. Лечился А/Б (в/м 10 дней). Ребенок выписан домой на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок докармливается смесью «Агуша Gold» по 30-50 мл на одно кормление, кормят 7 раз в сутки.

При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония, гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые оболочки чистые. Дыхание ослабленное везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 130 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

1. О чем можно думать?
2. Определите группу здоровья, направленность риска
3. Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы.
4. Гипогалактия: причины развития, классификация, профилактика
5. Дайте рекомендации матери по уходу за ребенком

### **Эталон ответа к задаче 3**

1. Состояние после перенесенной генерализованной пиодермии, возможно вследствие внутриутробного инфицирования (пневмония, накануне родов, роды на фоне остаточных явлений пневмонии).
2. Группа здоровья II, группа риска 2 (новорожденные с риском внутриутробного инфицирования).
3. Анатомо-физиологические особенности кроветворной системы.

При рождении ребенка HbF составляет 60-85% всего Hb крови. Он постепенно замещается HbA. К концу года остается около 15% HbF, к трем годам количество его в норме не превышает 2%.

К моменту рождения ребенка прекращается кроветворение в печени, а селезенка утрачивает способность к образованию клеток красного ряда, гранулоцитов, мегакариоцитов, сохраняя функции образования лимфоцитов, моноцитов и разрушения стареющих или поврежденных эритроцитов и тромбоцитов.

Во внеутробном периоде основным источником образования всех видов клеток крови, кроме лимфоцитов, становится красный костный мозг.

Красным костным мозгом у новорожденных заполнены плоские и трубчатые кости. Это имеет значение при выборе костномозговой пункции.

Для получения костного мозга обычно пунктируют:

- у новорожденных – пяточную кость
- у детей до 1 года – эпифиз большеберцовой кости
- у детей старшего возраста – гребень подвздошной кости.

Пункция грудины в настоящее время практически не используется.

С первого месяца жизни красный костный мозг постепенно начинает замещаться жировым (желтым), и 12-15 годам кроветворение сохраняется только в плоских костях.

Зрелые клетки периферической крови развиваются из своих предшественников, созревающих в красном костном мозге.

Стволовая кроветворная клетка (CFU -blast) – родоначальница всех форменных элементов крови.

Клетки, вышедшие из красного костного мозга в кровь, продолжают функционально изменяться. Постепенно меняется состав и уменьшается активность форменных элементов клеток, сами клетки стареют, разрушаются и утилизируются макрофагами.

Продолжительность жизни зрелых клеток крови в сосудистом русле:

- эритроциты – около 120 дней
- тромбоциты – 9-11 дней
- нейтрофилы – 14 дней
- лимфоциты – от нескольких суток до нескольких лет
- эозинофилы – 8-12 дней
- моноциты циркулируют в крови около 12 ч, затем проникают в ткани, где превращаются в макрофаги.

#### 4. Гипогалактия: причины развития, классификация, профилактика

*Гипогалактия* – истинная (или первичная) встречается редко, не более чем у 5% женщин. В остальных случаях снижение выработки молока вызвано различными причинами, основными из которых являются: отсутствие у женщины доминанты лактации (психологического настроя), эмоциональный стресс, раннее и необоснованное введение докорма детскими смесями, необходимость выхода на работу, болезнь ребенка, болезнь матери и др. В ряде случаев гипогалактия носит транзиторный характер (лактационные кризы) – временное уменьшение количества молока, возникающее без видимой причины. В их основе лежат особенности гормональной регуляции лактации. Лактационные кризы возникают на 3-6 неделях, 3,4,7,8 месяцах лактации. Их продолжительность 3-4 дня, они не представляют опасности для здоровья ребенка.

Для профилактики гипогалактии необходим: покой и отдых матери, разнообразное полноценное питание, теплое питье напитков, особенно с использованием лактогонных трав или препаратов, за 15-20 мин до кормления, более частое прикладывание ребенка к груди, сохранять ночные кормления.

5. Рекомендации – продолжить кормление ребенка грудью, отказаться от регламентированного кормления, кормить по требованию, не исключать ночные кормления. Ежедневные гигиенические ванны (можно с добавлением отвара ромашки, чистотела, слабо-розового р-ра марганцовокислого калия, ежедневный туалет новорожденного, подмывать ребенка после дефекации), обрабатывать естественные кожные складки детским маслом (кремом при отсутствии элементов пиодермии). Следить за чистотой одежды (ежедневная смена белья новорожденного), избегать контактов с посторонними людьми.

#### Задача 4

Дородовой патронаж к беременной женщине в возрасте 27 лет. Известно, что срок беременности 28 недель, настоящая беременность вторая, желанная. Первая беременность закончилась родами 4 года назад (мальчик, масса тела при рождении 3800 гр., длина 56 см., здоров).

В настоящее время жалоб нет. Самочувствие не страдает. Аппетит хороший. В настоящее время масса тела беременной составляет 67 кг (вес до беременности 58 кг.), рост 165 см..

1. Первый дородовой патронаж
2. Внутриутробный период развития. Факторы риска врожденных аномалий развития плода.
3. Питание беременной и кормящей женщины.
4. Методы оценки физического развития плода и новорожденного
5. Назовите частоту дыхания новорожденного ребенка

#### Эталон ответа к задаче 4:

1. Первый дородовой патронаж проводится при постановке беременной на учет в женской консультации в сроки 8-13 нед беременности. при первом дородовом патронаже участковая медсестра знакомится с будущей матерью, беседует с ней о важности, счастье и большой ответственности быть матерью; должна выяснить состояние здоровья беременной, узнать как протекает беременность, в каких условиях будущая мать живет и



трудится. Патронаж должен отличаться особой скрупулезностью, стремлением как можно точнее выявить все обстоятельства, которые могут оказать вредное влияние на здоровье будущего ребенка. Особое внимание уделять на возможность токсического воздействия на плод никотина, алкоголя и других токсических веществ. При первом патронаже уточняют срок беременности, которая она по счету, как протекает по сравнению с предыдущей, предполагаемый срок родов. Особое внимание обращают на наличие в анамнезе выкидышей и их причины. Выясняют самочувствие беременной её сон, аппетит, соблюдение режима, проверяют выполнение рекомендаций акушерагинеколога, определяют наличие профессиональных вредностей. По окончании патронажа медицинская сестра приглашает будущую мать в КЗР на занятия школы будущей матери. Все данные заносятся в историю развития будущего ребенка. Медицинская сестра должна дать беременной советы – исключить профессиональные вредности, если таковые имеются, чередовать труд и отдых, избегать конфликтных ситуаций, наладить по рекомендации врача правильное питание для беременной (сырые и вареные овощи, фрукты, молоко, отварное мясо, витамин А, Д, своевременно приобрести все необходимое для новорожденного. При наличии в семье больного туберкулезом продумать, где будут находиться мать и ребенок первые два месяца после выписки из родильного дома.

2. Внутриутробный период развития. Факторы риска врожденных аномалий развития плода.

Внутриутробный этап продолжается в среднем 280 дней (40 недель) и складывается из начального (первые 2 недели – оплодотворение, дробление, имплантация), зародышевого (эмбрионального – 3-8 нед- грануляция, органогенез) и плодового (фетального – до конца беременности - плацентация) периодов.

*Начальный период* – в течение 1 сут после овуляции происходит оплодотворение. Оплодотворенная яйцеклетка продвигается по маточной трубе и на 4-е сутки оказывается в полость матки. При этом происходит дробление и формируется морула – группа клеток, заключенных внутри прозрачной оболочки, затем бластоциты – шаровидного образования, между клетками которого появляется заполненная жидкостью щель. Через 5,5 – 6 сут после оплодотворения бластоцита имплантируется в эндометрий. В конце 2-й недели развития начинается гастрюляция – формирование первичных зародышевых листков и появление у клеток способности к перемещениям.

*Эмбриональный период* – отличается высокими темпами дифференцировки тканей, и к окончанию сформированы рудименты всех главных органов и систем. К концу эмбрионального периода масса эмбриона составляет 9-10 г, а длина 5 см. различные заболевания и вредные привычки беременной, генные и хромосомные аномалии плода могут привести к его гибели или самопроизвольному прерыванию беременности. Неблагоприятные условия внутриутробной жизни, воздействие инфекционных агентов (вируса краснухи, цитомегаловируса, микоплазмы и др.) могут нарушить дифференцировку тканей плода, что приводит к формированию врожденных пороков развития.

*Фетальный (плодовый) период (от 9-й до 38-40-й недели)* – с 9-й недели увеличивается количество и размер клеток, плод быстро растет, происходит структурная перестройка органов и систем с интенсивным созреванием тканей. Фетальный период делится на два подпериода: ранний и поздний.

Ранний фетальный период (с 9-й по 28-ю неделю) характеризуется интенсивным ростом плода и тканевой дифференцировкой органов. В случае воздействия на плод повреждающего фактора может возникнуть задержка роста и дифференцировки тканей (гипоплазия) или изолированное нарушение дифференцировки тканей (дисплазия). На этом этапе возможно рождение незрелого недоношенного ребенка.

При воздействии на плод в раннем фетальном периоде инфекционного агента его организм способен ответить не только альтеративной, но и пролиферативной реакцией. Выраженная соединительнотканная пролиферация может привести к циррозам и фиброзам, которые, в свою очередь, могут выступать в роли маркеров внутриутробной инфекции.

Патологические состояния, возникающие у плода в раннем фетальном периоде, носят название «ранние фетопатии».

Поздний фетальный период (с 29-й недели до момента рождения), по сравнению с предыдущими периодами онтогенеза, характеризуется менее интенсивными темпами роста. Важной особенностью данного периода является депонирование в органах и тканях плода различных компонентов, поступающих из материнского организма: солей кальция, железа, меди и т.д. накопление этих веществ обеспечивает нормальное развитие ребенка на протяжении нескольких месяцев после рождения. В последние недели внутриутробной жизни у плода идет созревание и накопление сурфактанта, необходимого для расправления и нормального функционирования легочных альвеол. Укорочение срока беременности ухудшает состояние здоровья плода после его рождения в связи с тем, что указанные компоненты не могут быть доставлены ребенку в необходимых количествах.

Поражение плода в этот период мало влияет на формирование органов и тканей, но под воздействием неблагоприятных факторов может произойти преждевременное рождение функционально незрелого ребенка с малой массой тела. При воздействии инфекционного агента в этот период плод отвечает обычной реакцией воспаления, включающей альтеративный, пролиферативный и сосудистый (экссудативный) компоненты. В случае инвазии инфекции в позднем фетальном периоде у плода развивается соответствующая нозологическая форма заболевания.

### 3. Питание беременной и кормящей женщины.

В первой половине беременности потребности организма беременной женщины существенно не отличаются. В первом триместре происходит закладка органов плода, поэтому в этот период особенно важно обеспечить достаточное поступление в организм полноценных белков, витаминов и микроэлементов в оптимальном количестве и соотношении. Беременная женщина должна получать белка 60-90 г/сутки, 50-70 г/сутки жиров, 325-450 г/сутки углеводов. Общая энергоценность суточного рациона 2200 – 2700 ккал.

Во второй половине беременности возрастает потребность в пищевых веществах – белка 80-110 г/сутки, жиров – 50-70 г/сутки, углеводов 325 – 450 г/сутки. Белки животного происхождения не менее 60%, из них 30% белка мяса и рыбы, до 25% - молока и его продуктов и до 5% яиц. Жиры - основной вид – свежее коровье масло. Не более 25-30 г/сутки. 25-30 г растительных масел, которые содержат полиненасыщенные жирные кислоты и витамин Е. Источником углеводов должны быть в основном продукты, содержащие пищевые волокна: хлеб из муки грубого помола, овощи, фрукты, ягоды, способствующие улучшению функции кишечника, а также крупы – гречневая, овсяная и другие злаки. Общее количество сахара не более 40-50 г/сутки. Со второго триместра беременности ограничить потребление кондитерских изделий, варенья, конфет. Жидкость – суточная потребность 35 г на кг массы тела.

*Специальные продукты для беременных – «Матерна», «Витрум пренатал», «Мультитабс перинатал», «Преглавит», «Элевит Пронаталь».*

В период кормления грудью питание женщины должно строиться с учетом поддержания её здоровья, обеспечения достаточной и продолжительной лактации при оптимальном составе грудного молока. Питание кормящей матери должно удовлетворять её физиологические потребности в пищевых веществах и энергии, а также возрастные потребности ребенка первых месяцев жизни.

После родов женщина, кормящая грудью, должна получать полноценное разнообразное питание с исключением аллергенных продуктов (апельсинов, мандаринов, лимонов, клубники, земляники, шоколада, меда), специй и пряностей (чеснока, лука, уксуса, горчицы, хрена) и любых алкогольных напитков (в том числе и пива). В зависимости от роста и массы тела, нутриционного статуса и двигательной активности кормящая мать должна получать: 110-120 (до 140) г/сут белка, 80-110 г/сут жиров, 325-450 г/сут углеводов. Общая энергетическая ценность рациона составляет 2500-3200 ккал.

Ежедневно кормящая женщина должна получать: мяса или рыбы – 200 г, молока или кефира до 1 л, творога – 100-200 г, яиц 1 шт, растительного масла – 30 г, сливочного масла 20 г, хлеба 200 г, круп и макарон – 50-60 г, картофеля и других овощей 500 г, фруктов и ягод 200-500 г. Кормящая женщина должна употреблять на 1 л в сутки жидкости больше, чем обычно, причем не менее 0,5 л молока или кефира. Перед первым и последним кормлением ребенка предлагается выпить стакан кефира или молока. Питание должно быть 5-6 раз в день. Целесообразно принимать пищу за полчаса до кормления ребенка, что способствует лучшей секреции молока.

4. Для ориентировочной оценки о длине тела в зависимости от срока внутриутробного развития можно использовать эмпирические формулы:

1. Формула Газа: длина тела плода в первые 5 мес внутриутробного развития равна квадрату месяца беременности; после 5 мес длина плода равна числу месяцев, умноженному на 5.

2. длина тела плода при сроке беременности от 25 до 42 недель равна сроку беременности в неделях + 10

Для определения массы тела плода пользуются формулами:

В сроки 25-42 недели: масса тела плода 30 нед равна 1300 г, на каждую последующую неделю нужно прибавить 200 г, на каждую недостающую отнять 100 г.

Для определения соответствия массы длине тела плода: плод длиной 40 см имеет массу 1300 г, на каждый дополнительный сантиметр вычитается 100 г. несоответствие массы длине тела отражает недостаточность внутриутробного питания или другие неблагоприятные влияния в процессе беременности.

5. Частота дыханий у новорожденного ребенка – 40 в 1 минуту.

### Задача 5

В поликлинику поступил вызов к ребенку 8 дней. Причина вызова - “фурункулы” молочных желез у ребенка. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов без патологии. Масса тела при рождении 3560 гр., длина тела - 50см. Закричала сразу, к груди была приложена в родовом зале. Сосала активно. Лактация у матери хорошая.

**При осмотре** девочка активна, крик громкий. Со стороны внутренних органов - без патологии. На крыльях носа и на лбу беловато-желтые узелки размером 1-2 мм., возвышающиеся над уровнем кожи. Выраженное, до 2 см. в диаметре, увеличение грудных желез, с выделением белого содержимого, без гиперемии вокруг, гиперпигментация соска. При проверке шагового рефлекса из влагалища появилось небольшое количество слизисто-кровянистого отделяемого.

1. О каком состоянии можно думать?

2. Дать определение и перечислить транзиторные состояния новорожденных.

3. I группа здоровья новорожденных

4. АФО нервной системы новорожденного ребенка: безусловные рефлексы, их диагностическое значение.

5. Перинатальная смертность?

### Эталон ответа к задаче 5:

1. Имеет место половой криз новорожденного, нагрубание молочных желез с отделением секрета, слизисто-кровянистое отделяемое из влагалища), которое обусловлено гормональным влиянием матери. Угри - millia

2. Переходные (пограничные состояния):

1. Физиологическая убыль массы

2. Транзиторное нарушение теплового баланса (гипо-или гипертермия)

3. Физиологическая эритема и шелушение кожи

4. Транзиторная гипербилирубинемия

5. Транзиторные особенности функции почек олигурия, протеинурия, мочеислый

диатез

6. Транзиторный дисбиоз и физиологическая диспепсия
  7. Транзиторное кровообращение
  8. Транзиторная гипервентиляция и особенности акта дыхания
  9. Транзиторные особенности метаболизма
  10. Транзиторные особенности раннего неонатального гемостаза и гемопоза
3. I группа здоровья новорожденных – здоровые новорожденные, не имеющие факторов риска возникновения патологии. Дети родились от здоровых родителей, нормально протекавших беременности и родов с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов и которые не болели в роддоме. У детей этой группы в раннем неонатальном периоде могли наблюдаться пограничные состояния, которые не повлияли на состояние здоровья.
4. АФО нервной системы новорожденного ребенка: безусловные рефлексы, их диагностическое значение.

1. Крупные извилины и борозды хорошо выражены, имеют небольшую глубину и высоту; мелкие (третичные) постепенно формируются в течение первых лет жизни
2. Клетки серого вещества, проводящие системы полностью не сформированы. Количество нервных клеток больших полушарий после рождения не увеличивается, происходит их рост и дифференцировка (особенно интенсивно в первые 6 лет жизни).
3. Отсутствует полная миелинизация пирамидных путей и черепных нервов
4. Дендриты короткие, малоразветвленные
5. Недостаточно развит мозжечок и неостриатум
6. В коре головного мозга преобладают процессы торможения
7. Отсутствует анализаторная и условно-рефлекторная деятельность
8. Функциональное преобладание таламо-паллидарной систем
9. Спинной мозг на уровне L<sub>III</sub>

Анатомически мозговые структуры созревают до уровня взрослых к 20 годам. Один из основных критериев нормального развития мозга новорожденного – состояние основных безусловных рефлексов, так как на их основе формируются условные рефлексы. *Безусловные рефлексы новорожденных* делятся на две группы: сегментарные двигательные автоматизмы, обеспечивающиеся сегментами мозгового ствола и спинного мозга, и надсегментарные позотонические автоматизмы, обеспечивающие регуляцию мышечного тонуса в зависимости от положения тела и головы (регулируются центрами продолговатого и среднего мозга).

*Сегментарные двигательные автоматизмы* – ладонно-ротовой (исчезает к 3 мес), поисковый (до 3-4 мес), сосательный (до 1 года), хватательный (до 2-4 мес), рефлекс Моро (до 4 мес), защитный; Рефлексы опор и автоматической ходьбы (исчезают к 2 мес), рефлекс ползания (до 4 мес), рефлекс Галанта (до 4 мес), Переса (до 4 мес).

*Надсегментарные позотонические автоматизмы* – лабиринтные установочные рефлексы, верхний рефлекс Ландау (формируется к 4 мес), нижний рефлекс Ландау (формируется к 5-6 мес).

Если безусловные рефлексы вызываются у ребенка в том возрасте, в котором они должны отсутствовать, то они расцениваются как патологические.

5. Перинатальная смертность – показатель частоты смертей жизнеспособных плодов до родов (с 28 недель), в родах и в первые 7 дней жизни. Показатель высчитывается на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми после 28 нед. Внутривутробного развития в ‰.

#### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

- Оценить состояния здоровья новорожденного
- Провести общий осмотр ребенка
- Провести туалет новорожденного (кожных покровов, лица, носовых и ушных ходов)
- Дать рекомендации по сохранению лактации (режим питания и отдыха для матери)

#### **7. Рекомендации по выполнению НИРС:**

А) Формы НИРС:

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

Б) Темы:

1. Оформление методических пособий
2. Подготовка реферата по теме «Уход новорожденного».
3. Составление типовых задач по теме.
4. Оформление первичного патронажа новорожденного

**Рекомендованная литература:**

**Основная литература**

				Кол-во экземпляров	
№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	Детские болезни : учеб.для мед. вузов	ред. А. А. Баранов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012.	28	

**Дополнительная литература**

				Кол-во экземпляров	
№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы), составитель(-и), редактор(-ы)	Место издания, издательство, год	В библиотеке	На кафедре
1	2	3	4	5	6
1	Амбулаторная эхокардиография у детей : рук.для врачей	А. С. Воробьев	СПб. : Спец. лит., 2010.	5	
2	ВИЧ-инфекция у детей : учеб.пособие	Э. Н. Симованьян, В. Б. Денисенко, Е. В. Бекетова [и др.]	Ростов н/Д : Феникс, 2010.	1	
3	Детские болезни : учебник. Т.1.	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	1	
4	Детские болезни : учебник. Т.2.	А. М. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	1	
5	Детские болезни. Основные практические умения [Электронный ресурс] : учеб.пособие для студентов. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[co">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[co</a>	сост. Н. А. Ильенкова, Р. А. Авдеева, Н. Л. Прокопцева [и др.]	Красноярск :КрасГМУ, 2013.	ЭБС КрасГМУ	

	mmon]=elib&cat=&res_id=35518				
6	Инфекционные болезни у детей : учебник	В. Ф. Учайкин, Н. И. Нисевич, О. В. Шамшева	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011.	25	5
7	Основы клинической диагностики в педиатрии : учеб.пособие	Р. Г. Артамонов	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	1	
8	Педиатрия : сб. тестовых заданий с эталоном ответов для студентов мед.вузов, обучающихся по спец. 060101 - лечебное дело	сост. Н. А. Ильенкова, В. В. Чикунов, Н. Л. Прокопцева [и др.]	Красноярск :КрасГМУ, 2010.	30	
9	Педиатрия [Электронный ресурс] : сб. ситуационных задач с эталонами ответов для студентов мед.вузов, обучающихся по спец. 060101 - Лечебное дело. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=28635">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=28635</a>	сост. Н. А. Ильенкова, Г. П. Мартынова, М. Ю. Галактионова [и др.]	Красноярск :КрасГМУ, 2011.	ЭБС КрасГМУ	10
10	Педиатрия [Электронный ресурс] : сб. оценочных средств с эталонами ответов для студентов мед.вузов, обучающихся по специальности 060101 - Лечебное дело. - Режим доступа: <a href="http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44778">http://krasgmu.vmede.ru/index.php?page[common]=elib&amp;cat=&amp;res_id=44778</a>	сост. Н. А. Ильенкова, В. В. Чикунов, Н. Л. Прокопцева [и др.]	Красноярск :КрасГМУ, 2014.	ЭБС КрасГМУ	
11	ПЕДИАТРИЯ.сборник тестовых заданий с эталонами ответов	Н. А. Ильенкова, В. В. Чикунов, Н. Л. Прокопцева	Красноярск : б/и, 2011.		

	для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности 060101 – лечебное дело.				
12	Педиатрия: неотложные состояния у детей	В. П. Молочный, М. Ф. Рзянкина, Н. Г. Жила	Ростов н/Д : Феникс, 2010.	1	
13	Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник	ред. А. С. Калмыкова	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.	1	
14	Современные аспекты гемофильной инфекции у детей раннего возраста	Л. М. Куртасова, Л. А. Рузаева	Красноярск : ИПЦ Версо , 2010.	3	

Электронные ресурсы:

1. ЭБС КрасГМУ "Colibris";
2. ЭБС Консультант студента;
3. ЭБС iBooks;
4. ЭНБ eLibrary

---

Типография КрасГМУ  
Заказ № 7685

660022, г.Красноярск, ул.П.Железняка, 1