

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
Кафедра «Детских болезней, неонатологии и медицинской генетики»

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе
Проф. Тешаев О.Р.

« _____ » _____ 2006 г.

Область знаний: 720000 – «здравоохранение»
Направление образования: 5140900 – «профессиональное образование (лечебное дело)»

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
по педиатрии

Ташкент – 2006

Составители: профессор Низаметдинов И.Н., к.м.н., доц. Халматова Б.Т.,
Доц.Шарапова М.Х.

Рецензенты: зав каф. детских
болезней,неонатологии и мед.генетики
проф.,д.м.н.

Каримджанов И.А.

Зав.каф. педиатрии ТашИУВ проф,д.м.н.

Султанов А.Т.

Рабочая программа составлена на основании типовой программы _____
2006 г, обсуждена на _____ секции ЦМК ТМА (протокол № 1
и утверждена на Ученом Совете ТМА

Протокол № 1 от « 30 » _____ августа _____ 2006 г

I. Предисловие.

1.1.Цель обучения. Подготовка врача общей практики по профилактике и диагностике заболеваний детского возраста, оказанию первичной и непрерывной помощи детям в условиях дома, сельских и городских врачебных пунктов, участковых поликлиник, клиничко-диагностических центров, центральных районных больниц, скорой помощи и при необходимости по направлению их в соответствующие медицинские учреждения для дополнительного обследования и лечения.

1.2.Задачи обучения. Формирование у студентов знаний по:

- уходу, рациональному питанию, правилам личной гигиены среди детей всех возрастных групп;
- профилактике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечению наиболее распространенных заболеваний детского возраста;
- распознаванию и дифференциации различных состояний, требующих направления детей в соответствующие лечебно-диагностические учреждения для дополнительного обследования и лечения;
- оказанию догоспитальной экстренной помощи детям при угрожающих состояниях и при необходимости транспортировке их на последующие этапы оказания квалифицированной и специализированной неотложной помощи;
- организации реабилитационных мероприятий и диспансеризации среди детей различных групп здоровья.

1.3.Требования к знаниям, умениям и навыкам по дисциплине.

Студент должен знать:

- основные направления Государственных программ развития социальной сферы «Здоровое поколение», «Мать и ребенок» и др;
- нормативы физического и психомоторного развития детей на возрастных этапах;
- принципы питания детей в зависимости от возраста и состояния здоровья;
- группы здоровья детей;
- круг проблем по воспитанию, формированию и развитию здорового поколения;
- календарь профилактических прививок;
- этиологию наиболее распространенных заболеваний детского возраста, влияние социальных, наследственных, климатических и экологических факторов на их возникновение, распространение и прогрессирование;
- принципы фармакотерапии наиболее распространенных детских заболеваний, в особенности антибиотикотерапии;
- принципы профилактики наследственных, врожденных и приобретенных заболеваний;
- принципы профилактики хронизации заболеваний и детской инвалидности путем проведения ранней реабилитации и диспансеризации детей с различными состояниями и заболеваниями.

Студент должен уметь:

- оценить состояние здоровья детей;
- организовать уход за детьми и провести закаливающие процедуры;
- провести расчет питания детям различных возрастов и дать рекомендации по диетическому питанию при различных заболеваниях;
- установить причины заболевания;

- провести клиническое обследование с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования;
- выявить сопутствующие заболевания и осложнения основного заболевания;
- формулировать и обосновать клинический диагноз;
- определить тактику лечения детей с учетом возраста, индивидуальных и патологических особенностей развития заболевания;
- разработать план реабилитационных, профилактических мероприятий среди детей различных групп здоровья;
- оценить тяжесть состояния детей и оказать первую врачебную помощь при угрожающих состояниях и определить тактику оказания дальнейшей медицинской помощи;
- определить необходимость дополнительного обследования и привлечения консультантов-специалистов, организовать продолжения лечения больных детей и наблюдения за ними в домашних, амбулаторных, поликлинических и стационарных условиях;
- обеспечить эффективность и безопасность проводимой детям фармакотерапии;

Студент должен овладеть следующими практическими навыками:

- оценка физического и психомоторного развития детей;
- организация и проведение рационального питания детям различных возрастов;
- сбор анамнеза у родителей и родственников по наследственности и вредных привычек с их стороны, а также по росту и развитию ребенка;
- проведение первичных догоспитальных реанимационных мероприятий при неотложных состояниях;
- проведение регидратации (оральной и парентеральной);
- назначение и проведение рациональной антибиотикотерапии.

1.4. Перечень учебных дисциплин, необходимых для изучения.

- нормальная и топографическая анатомия;
- физиология и патологическая физиология;
- патологическая анатомия;
- микробиология и иммунология;
- биохимия и клиническая биохимия;
- фармакология и клиническая фармакология;
- социальная гигиена и организация медицины;
- детские инфекционные заболевания;
- пропедевтика детских болезней;
- детская хирургия;
- терапия;
- акушерство и гинекология;
- анестезиология и реанимация.

1.5. Обязательный минимум требований к выполнению заданий по видам практических аудиторных занятий.

Профилактика, ранняя диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, реабилитация и диспансеризация детей при:

- бронхитах, пневмониях, бронхиальной астме;
- врожденных пороках сердца;
- неревматических кардитах и кардиомиопатиях;
- приобретенных пороках сердца;
- коллагенозах;
- синдроме вегетативной дистонии;
- язвенной болезни желудка и 12 ПК;
- хронических гепатитах;

- циррозе печени и острой печеночной недостаточности;
- целиакии, муковисцидозе, дисахаридазной недостаточности и экссудативной энтеропатии;
- нефритах;
- острой и хронической почечной недостаточности;
- гипертермическом и судорожном синдромах;

Студенты также должны уметь определять группы здоровья детей, схему динамического наблюдения и профилактических мероприятий здоровым детям.

1.6. Количество и виды контрольных мероприятий для оценки знаний студентов.

Оценка качества знаний студентов по дисциплине осуществляется тремя видами контроля:

А) Текущий контроль (ТК) – осуществляется на каждом практическом занятии (15 занятий). При проведении ТК будут оцениваться теоретические знания по каждому занятию и практические навыки (обследование больного по теме, интерпретация лабораторных данных и т.д), а также решение в конце каждого занятия ситуационных задач.

Б) Промежуточный контроль (ПК) – проводится один раз за время цикла, после 7-8 практических занятий. Во время ПК будет оцениваться теоретическая часть, решение ситуационных задач и курация больного.

В) Итоговый контроль (ИК) – проводится в конце цикла по системе OSCE. Оцениваются тетрадь субординатора, дневники, конспекты лекций и протоколы занятий. После окончания цикла студенты сдают тестовый экзамен централизованно.

1.7. Технологии в обучении дисциплине.

1.7.1. Во время проведения практических занятий будут применены следующие интерактивные методы обучения:

- дискуссии; «мозговой штурм»; студент в качестве модератора; «доктор и пациент»; работа в малых группах и т.д.

1.7.2. На кафедре используются следующие ТСО:

- видеодвойка с учебными видеофильмами;

- компьютер с обучающими и тестирующими программами

1.7.3. Библиотечный фонд кафедры.

1.8. Условия реализации учебного процесса.

Штатное расписание кафедры составляет 18 педагогов на 18 ст. Из них 16 преподавателя работают на 1 ст, 2 на 0,5 ст. Кафедра имеет 3 клинические базы: Детская железнодорожная больница (на 120 детских коек) имеются 6 учебных аудиторий, кабинет профессора, лекционный зал на 120 мест; детская больница МСЧ ТАПОиЧ (на 40 детских коек; 12 неонатальных коек; 5 учебных аудиторий) и 23 семейная поликлиника (4 учебных комнат, лекционный зал).

1.9. Объем учебной нагрузки.

Общая трудоемкость (час)	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в часах)				Самостоятельная работа
	Всего	лекции	Практические Занятия	Учебная практика	
100	100	6	90		4

II. Содержание лекционного курса.

№темы лекции	Количество Часов	Название темы лекционного занятия
1.	2	Особенности течения острых заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста на современном этапе и алгоритм выбора антибиотиков.
2.	2	Неревматические миокардиты у детей. Вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации, диспансеризации и профилактики.
3.	2	Дизметаболические нефропатии у детей.

ЛЕКЦИЯ 1. Особенности течения острых заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста на современном этапе и алгоритм выбора антибиотиков.

Цель лекции: Ознакомить студентов с особенностями течения острых заболеваний органов дыхания на современном этапе, принципами антибактериальной терапии с позиции врача общей практики.

Задачи:

1. Показать место заболеваний органов дыхания в структуре детской заболеваемости и смертности в республике.
2. Ознакомить с основными положениями консенсуса по классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей.
3. Продемонстрировать критерии принятия решений для детей с ОРЗ.
4. Ознакомить с показаниями к рентгенологическому обследованию.
5. Обсудить особенности течения пневмоний в зависимости от условий инфицирования и преморбидного фона.
6. Продемонстрировать алгоритм выбора антибиотиков при лечении острых заболеваний органов дыхания.
7. Ознакомить с принципами профилактики острых заболеваний органов дыхания.

Ожидаемые результаты:

После прослушивания лекции студенты должны знать:

1. Значение заболеваний органов дыхания как проблему в педиатрии и их место в структуре детской заболеваемости и смертности.
2. Клинику, диагностику и дифференциальную диагностику основных форм острых бронхолегочных заболеваний у детей (бронхиты и пневмонии).
3. Клинические критерии принятия решений для детей с острыми заболеваниями органов дыхания: показания к рентгенологическому обследованию, назначению антибиотиков и госпитализации.
4. Принципы антибактериальной терапии: выбор стартового антибиотика, оценку его эффективности, альтернативные антибиотики у детей в зависимости от формы заболевания, его этиологии и возраста ребенка.
5. Диспансеризацию и реабилитацию детей с острыми заболеваниями органов дыхания.
6. Профилактику острых заболеваний органов дыхания.

Содержание лекции.

Заболевания органов дыхания, несмотря на значительный прогресс медицинской науки, являются актуальной проблемой педиатрии. В структуре младенческой, детской заболеваемости и смертности в Узбекистане они занимают первое место. Согласно консенсуса по классификации основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей к острым заболеваниям относятся: простая, обструктивная и облитерирующая формы острого бронхита, рецидивирующий (простой и обструктивный) бронхит и острая пневмония.

Критерии диагностики бронхита: кашель, сухие и разнокалибрные влажные хрипы. При рентгенологическом обследовании – отсутствие инфильтративных или очаговых изменений в легочной ткани при возможном 2-х стороннем усилении легочного рисунка и корней легкого. Для обструктивного бронхита характерно наличие синдрома бронхиальной обструкции; для бронхиолита – более выраженная дыхательная недостаточность и обилие мелкопузырчатых хрипов.

«Золотой стандарт» диагностики пневмонии: пневмония - это острое инфекционное заболевание легких, диагностируемое не только по синдрому дыхательных расстройств и физикальным данным, но и по инфильтративным, очаговым или сегментарным изменениям на рентгенограмме.

Для принятия решений при ОРЗ, согласно рекомендациям ВОЗ, по клиническим критериям дети делятся на несколько групп и подлежат дифференцированному подходу уже в условиях СВП. Разделение детей на эти группы позволяет определить показания к рентгенографии, антибиотикотерапии и госпитализации, уменьшая при этом гипо- или гипердиагностику пневмонии.

Приоритетным в лечении пневмонии являются рациональная антибактериальная терапия, которая определяется нозологической формой инфекционно-воспалительного процесса, степенью чувствительности возбудителя к антимикробным средствам, возрастом ребенка. Его фоновой патологией, сопутствующей терапией и т.д. Выбор стартовой антибактериальной терапии в амбулаторных условиях осуществляется эмпирически. Поэтому врач, эмпирически выбирая стартовую антибактериальную терапию, должен учитывать возраст ребенка, эпидемиологическую ситуацию, потенциальные возбудители данной нозологической формы и их чувствительность к антимикробным средствам.

Реабилитация детей с острыми заболеваниями органов дыхания проводится до полной клинической и рентгенологической нормализации.

Диспансеризацию детей необходимо проводить в зависимости от фоновой патологии и при наличии тех или иных осложнений.

Профилактика острых заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста заключается в правильном питании (грудное вскармливание и своевременное введение прикорма), закаливание детей.

Преподавательские заметки по лекции № 1

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на особенности течения острых заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста на современном этапе. Лекция рассчитана на студентов имеющих определенное представление об особенностях детского организма и острых заболеваний бронхолегочной системы.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (**вызов**), который будет осуществляться путем диалога со студентами об этиологии, патогенезе, клинике и лечении острых бронхолегочных заболеваний. В ходе вызова будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по бронхолегочным заболеваниям.

Примерная затрата времени на данную фазу составит до 10 минут. После проведения вызова переходим ко второй фазе – **осмысление**.

В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Примерная затрата времени составит до 60 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится *размышление*. В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ. Примерная затрата времени до 15 минут.

Раздаточный материал:

По теме лекции на каждую группу студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекций). Помимо этого при желании студента он может ознакомиться с текстом лекции в распечатанном виде.

Оснащение лекции.

1. Компьютерные слайды
2. Раздаточный материал

Самостоятельная работа: Респираторные аллергозы.

Контрольные вопросы:

1. В чем заключается актуальность заболеваний органов дыхания в современной педиатрии?
2. Какие заболевания относятся к острым заболеваниям органов дыхания?
3. В чем заключаются критерии диагностики бронхитов?
4. Что входит в «золотой стандарт» диагностики пневмонии?
5. Дифференциальная диагностика бронхитов с пневмонией.
6. Охарактеризуйте группы детей по клиническим критериям по принятию решений согласно рекомендаций ВОЗ.
7. Какие клинические признаки являются показанием к рентгенологическому обследованию при острых заболеваниях органов дыхания?
8. На чем основывается выбор стартовой антибактериальной терапии при пневмонии?

Рекомендуемая литература:

1. Болезни детей раннего возраста. А.А.Баранов и соавт., 1998, Москва-Иваново.
2. Острые пневмонии у детей. Под редакцией В.К.Таточенко, 1994
3. Ребенок и лекарство. Т. 2. Фармакология в педиатрии. Под редакцией В.А. Таболина, А.Л.Царегородцева, М, 2001.

ЛЕКЦИЯ 2. Неревматические миокардиты у детей. Вопросы диагностики, дифференциальной диагностики, лечения, реабилитации, диспансеризации и профилактики.

Цель лекции: Ознакомить студентов с неревматическими кардитами у детей.

Задачи:

1. Дать общую характеристику миокардитов.
2. Обсудить факторы, обуславливающие развитие миокардитов.
3. Понятие о врожденных (ранние и поздние) кардитах.
4. Ознакомить с особенностями течения приобретенных кардитов.
5. Обсудить особенности течения сердечно-сосудистой недостаточности у детей.
6. Продемонстрировать принципы диагностики и дифференциальной диагностики.
7. Ознакомить с принципами лечения кардитов.
8. Обсудить методы реабилитации и диспансеризации детей с миокардитами.
9. Ознакомить методами профилактики миокардитов.

Ожидаемые результаты:

После прослушивания лекции студенты должны знать:

1. Что такое миокардиты и факторы, обуславливающие их развитие.

2. Диагностику врожденных миокардитов и дифференциацию между ранними и поздними врожденными миокардитами.
3. Диагностику приобретенных миокардитов. Особенности клинической картины и показателей инструментальных исследований при острых, подострых и хронических приобретенных кардитах.
4. Дифференциальную диагностику миокардитов с ревмокардитами и приобретенными пороками сердца.
5. Принципы лечения, диспансеризации и реабилитации детей с миокардитами.
6. Профилактику миокардитов.

Содержание лекции.

Миокардит это воспалительное поражение сердечной мышцы. Миокардиты в детском возрасте встречаются чаще, чем у взрослых. Тяжелые формы чаще встречаются у детей раннего возраста.

В зависимости от этиологии различают вирусные, бактериальные (вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные), токсоплазменные, грибковый, аллергические (лекарственный, сывороточный, поствакцинальный) кардиты. Признают также наследственные формы некоторых кардитов.

Миокардиты делятся на врожденные и приобретенные. Диагноз «врожденный кардит» считается достоверным, когда симптомы выявляются внутриутробно, в роддоме, в первые месяцы жизни ребенка без предшествующего интеркуррентного заболевания. В свою очередь они делятся на ранний (развитие началось в 4-7 мес. внутриутробного развития) и поздний (после 7-го мес. внутриутробного развития) миокардиты.

Морфологически для раннего миокардита характерен фиброэластоз, для позднего эластофиброз, а также свои особенности на ЭКГ и рентгенограмме.

Приобретенные миокардиты – это миокардиты, развивающиеся на фоне затихающей ОРВИ и других инфекций. Они делятся на острые, подострые и хронические кардиты.

Острые кардиты встречаются в любом возрасте, но тяжело протекают в первые 3 года жизни. О длительности процесса можно судить по наличию кардиомегалии, сердечного горба и данным ЭКГ (зубец Т).

Хронические кардиты чаще встречаются у детей школьного возраста и могут протекать в 3 вариантах: застойный дилатационный, гипертрофический и рестриктивный.

Для клинической картины врожденных и острых приобретенных миокардитов характерно то, что начальный период заболевания характеризуется в основном экстракардиальными симптомами, затем уже присоединяются кардиальные симптомы с развитием сердечно-сосудистой недостаточности. Для подострого миокардита характерно более постепенное развитие сердечно-сосудистой недостаточности.

Единых диагностических критериев миокардитов нет. Лабораторная диагностика – картина воспалительного процесса.

Диагноз основывается на анамнестических, клинических и инструментальных методах.

Дифференциацию необходимо проводить с ревмокардитами, врожденными и приобретенными пороками сердца.

Лечение миокардитов комплексное, включающее этиологическую терапию, устранение сердечно-сосудистой недостаточности (гормоны, сердечные гликозиды, мочегонные препараты), нормализация метаболизма и нарушений ритма, коронаролитики, витаминотерапия.

Диспансеризация и реабилитация. Больные после выписки из стационара поступают под наблюдение педиатра, периодически – консультация кардиоревматолога. Контроль за диурезом, пульсом. Решение вопроса проведения профилактических прививок.

Профилактика миокардитов включает оздоровительные мероприятия среди будущих матерей и детей.

Преподавательские заметки по лекции № 2

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на особенности течения врожденных и приобретенных миокардитов у детей. Лекция рассчитана на студентов имеющих определенное представление об особенностях детского организма и заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (*вызов*), который будет осуществляться путем диалога со студентами об этиологии, патогенезе, клинике и лечении острых и хронических заболеваний миокарда. В ходе вызова будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Примерная затрата времени на данную фазу составит до 10 минут. После проведения вызова переходим ко второй фазе – *осмысление*.

В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Примерная затрата времени составит до 60 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится *размышление*. В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ. Примерная затрата времени до 15 минут.

Раздаточный материал:

По теме лекции на каждую группу студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекций). Помимо этого при желании студента он может ознакомиться с текстом лекции в распечатанном виде.

Оснащение лекции.

1. Компьютерные слайды
2. Раздаточный материал

Самостоятельная работа: Ревмокардиты, приобретенные пороки сердца.

Контрольные вопросы:

1. Что такое миокардиты? Как они классифицируются в зависимости от этиологического фактора?
2. На основе, каких критериев диагностируются врожденные миокардиты? В чем заключаются клинические и морфологические особенности раннего и позднего врожденных миокардитов?
3. В каких случаях выставляется приобретенный миокардит?
4. В чем заключаются диагностические критерии острого и подострого приобретенного миокардита?
5. Клинические варианты хронических кардитов.
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать миокардиты?
7. В чем заключаются принципы диспансеризации, реабилитации детей и профилактики при миокардитах?

Рекомендуемая литература:

1. Болезни детей раннего возраста. А.А.Баранов и соавт., 1998, Москва-Иваново.
2. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков., - Л.М.Беляева, Е.К.Хрусталева, 1999, Минск.
3. Детские болезни. Н.П.Шабалов, 2000, С.-П.

ЛЕКЦИЯ 3. Дизметаболические нефропатии у детей.

Цель лекции: Ознакомить студентов дизметаболическими нефропатиями.

Задачи:

1. Дать понятие о дизметаболических нефропатиях и их распространенности.
2. Обсудить факторы, способствующие развитию дизметаболических нефропатий.
3. Понятие о дизметаболических нефропатиях, связанных с нарушением обмена щавелевой кислоты (первичные и вторичные оксалатурии).
4. Дать понятие об уратных нефропатиях.
5. Обсудить прогноз дизметаболических нефропатий.
6. Ознакомить с принципами диспансеризации и реабилитации детей с дизметаболическими нефропатиями.
7. Ознакомить методами профилактики дизметаболических нефропатий.

Ожидаемые результаты:

После прослушивания лекции студенты должны знать:

1. Какие нарушения обмена веществ объединяются в дизметаболические нефропатии. Распространенность и факторы, обуславливающие развитие дизметаболических нефропатий.
2. Особенности клиники, диагностики и лечения первичных и вторичных дизметаболических нефропатий в зависимости от солевого осадка.
3. Диспансеризацию и реабилитацию детей с дизметаболическими нефропатиями.
4. Профилактику вторичных дизметаболических нефропатий.

Содержание лекции.

Дизметаболические нефропатии (ДМН) – это группа заболеваний, обусловленных нарушением обмена веществ, в частности водно-солевого обмена, сопровождающиеся изменениями со стороны почек. К ним относятся оксалатурия, уратурия, фосфатурия, смешанные Дизметаболические нефропатии.

Все дизметаболические нефропатии делятся на первичные и вторичные.

Распространенность ДМН зависит от первичности процесса. Так, распространенность первичных ДМН низкая, примерно 1:50000; а вторичные ДМН распространены в большой степени, в особенности в регионах с сухим и жарким, резко континентальным климатом, с высокой засоленности почвы, особенно солями кальция. Помимо климата развитие ДМН обусловлено также наследственной предрасположенностью (патология почек, желчных путей, мочекаменная болезнь), характером питания (избыточное употребление продуктов, содержащих щавелевую кислоту, пурины), наличием сахарного диабета и т.д.

Клиническая картина ДМН зависит также от ее вида и первичности процесса.

Оксалатурия или оксалатная ДМН.

Первичная оксалатурия обусловлена дефицитом аланин-глиоксилат-аминотрансферазы и глиоксилат-редуктазы. Проявляется симптомами мочекаменной болезни. Диагноз у некоторых больных, включая и детей раннего возраста, ставится уже в стадии почечной недостаточности.

Вторичные оксалатные ДМН обусловлены повышенной абсорбцией оксалата из кишечника. Диагноз ставится на основании повышения оксалатов в моче (более 1 мг/кг за сутки), УЗИ-исследований.

Лечение – комплексное, включающее диету, питьевой режим, лечение минеральными водами, фитотерапию и медикаментозную: средства, стабилизирующие клеточные мембраны – курсы поливитаминовой терапии, особенно витамин В6; стабилизирующие гомеостаз Са в клетке, ингибиторы ксантиоксидаз.

Уратная нефропатия. Первично-наследственные формы с дефектом метаболизма мочевой кислоты (подагра, синдром Леша-Нихена); вторичные формы часто являются

осложнением лекарственных отравлений, гемолитической и миеломной болезнью, алкоголизм родителей; избыточное употребление мяса и мясных продуктов, богатых пуриновыми основаниями и т.д.

Лечение, как и лечение оксалатурии – комплексное, медикаментозная терапия направлена на нормализацию пуринового обмена.

Дети со всеми видами ДМН ввиду их длительного течения подлежат постоянной диспансеризации с проведением динамических анализов мочи.

Преподавательские заметки по лекции № 3

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на особенности течения дизметаболических нефропатий у детей. Лекция рассчитана на студентов имеющих определенное представление об особенностях детского организма и обмена веществ.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (*вызов*), который будет осуществляться путем диалога со студентами об обмене веществ. В ходе вызова будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по биохимии, пропедевтике детских болезней.

Примерная затрата времени на данную фазу составит до 10 минут. После проведения вызова переходим ко второй фазе – *осмысление*.

В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Примерная затрата времени составит до 60 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится *размышление*. В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по теме лекции и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ. Примерная затрата времени до 15 минут.

Раздаточный материал:

По теме лекции на каждую группу студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекций). Помимо этого при желании студента он может ознакомиться с текстом лекции в распечатанном виде.

Оснащение лекции.

1. Компьютерные слайды
2. Раздаточный материал

Контрольные вопросы:

1. Какие заболевания объединяются под термином «Дизметаболические нефропатии»?
2. Перечислите факторы, способствующие развитию ДМН.
3. В чем заключаются особенности клинического течения и лечения:
 - а) первичной и вторичной оксалатурии;
 - б) первичной и вторичной уратурии.
4. Каковы принципы медикаментозного лечения и диетотерапии при ДМН?
5. Какие мероприятия необходимо проводить среди детей с ДМН при диспансерном наблюдении?

Рекомендуемая литература:

1. Болезни детей раннего возраста. А.А.Баранов и соавт., 1998, Москва-Иваново.
2. Детские болезни. Н.П.Шабалов, 2000, С.-П.
3. Детская нефрология в схемах и таблицах. М.В Эрман, 1998, С.-П.

3. Содержание практических занятий.

Тематический план практических занятий

№	№ темы лекционного материала	Кол-во часов	Название темы практического занятия и самостоятельной работы студентов
1	1	6	Синдром кашля. Заболевания, протекающие кашлем: ОРВИ, острые бронхиты, пневмонии. Острая дыхательная недостаточность
2		6	Синдром бронхиальной обструкции: Острые и рецидивирующие бронхиты, острый бронхолит. Бронхиальная астма, астматический статус <i>Принципы ухода, закаливания здоровых и часто болеющих детей</i>
3		6	Синдром кардиомегалии и шумы в сердце: врожденные и приобретенные пороки сердца. Ревматизм
4	2	6	Неревматические кардиты, кардиомиопатии <i>Особенности ЭКГ-картины у детей раннего возраста</i>
5		6	Суставной синдромы: хронический ювенильный артрит <i>Хроническая очаговая инфекция</i>
6		6	Абдоминальный болевой синдром: гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
7		6	Абдоминальный болевой синдром: функциональные расстройства желудка и кишечника. Дискинезия желчевыводящих путей.
8		6	Дисфункция кишечника: неинфекционные диареи. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Муковисцидоз, целиакия <i>Дисбактериоз кишечника</i> <i>Дистрофии и аномалии конституции</i>
9		6	Синдром гепатомегалии: хронические гепатиты и цирроз печени.
10	3	6	Дизурический синдром, патологический осадок мочи: инфекции мочевыводящих путей. Энурез. Дизметаболические нефропатии
11		6	Отечный синдром: острые и хронические гломерулонефриты.
12		6	Отечный синдром: острые и хронические пиелонефриты

13		6	ОПН и ХПН
14		6	Синдром вегето-сосудистой дистонии
15		6	Гипертермический и судорожный синдром: инфекционная и неинфекционная лихорадка; фебрильные и эпилептические судороги. <i>Спазмофилия</i>
16			OSCE. Заключительное занятие.

Структура практического занятия (6 часов)

1. Теоретическая часть – 1 час.

Проверка выживаемости знаний по ранее пройденным занятиям. Данная часть будет проводиться путем традиционной дидактической формы преподавания и с использованием интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», дискуссии, ручка на стол и т.д).

2. Аналитическая часть – 2 часа.

В данной части занятия планируется решение ситуационных задач, демонстрация рентгеновских снимков, анализов и их интерпретация. Обучение правильной постановке диагноза и определению дальнейшей тактики лечения.

При этом будут использованы новые педагогические технологии в виде интерактивных игр «доктор и пациент»

3. Освоение практических навыков – 3 часа.

В данной части занятия студентам будет предложено освоение практических навыков по тематике, курация больных.

Практическое занятие № 1 (лекция № 1)

Тема: Синдром кашля.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов ранней диагностике, дифференциальной диагностике, лечению и методов реабилитации заболеваний, протекающих синдромом кашля.

Задачи:

1. Обучить студента критериям диагностики ОРВИ, бронхитов, пневмонии.
2. Обсудить правильный выбор антибактериальных препаратов и медикаментозной коррекции нарушений, основных жизненно-важных функций органов и систем.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Рассмотреть критерии возможных осложнений пневмонии.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных пневмониях.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности бронхолегочного аппарата в различные возрастные периоды.
2. Этио-патогенез пневмонии.

3. Критерии диагностики острой и хронической пневмонии.
4. Основные легочные и внелегочные осложнения острых пневмоний.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации пульмонолога.

Чему научится студент после этого занятия:

1. Знать определение синдрома кашля;
2. Определять проявления и степени тяжести дыхательной недостаточности;
3. Диагностировать пневмонии у детей в зависимости от возраста;
4. Оказывать неотложную помощь при дыхательной недостаточности;
5. Освоить диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими пневмонию.
6. Составлять план реабилитационных мероприятий.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией бронхолегочной системы.
4. Проводить пальпацию, перкуссию, аускультацию легких у детей.
5. Поддерживать свободную проходимость дыхательных путей.
6. Назначать лечение в зависимости от клинического варианта и течения пневмонии.
7. Проводить диспансеризацию и составлять план реабилитации детей, перенесших пневмонию.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошагового освоения:

1. Определение частоты дыхания в зависимости от возраста ребенка.

II. Тrequющие пошагового освоения:

1. Кашлевой рефлекс
2. Вибрационный массаж

Содержание практического занятия:

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Кашель является одним из наиболее важных и часто встречающихся симптомов заболеваний, прежде всего респираторных. **Кашель** — это защитная реакция организма, способствующая выведению из дыхательных путей чужеродных частиц, микроорганизмов или патологического бронхиального секрета, что обеспечивает очищение бронхов. Кашель сопутствует большому количеству заболеваний, причем основные причины его возникновения у детей и взрослых могут существенно различаться. Кашель — один из ведущих симптомов болезней органов дыхания, но он может развиваться при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и других, более редких. Причин возникновения кашля довольно много, но чаще всего кашель является симптомом острых инфекционных заболеваний дыхательных путей.

Под пневмониями принято понимать различные по этиологии острые очаговые инфекционно-воспалительные заболевания легких с преимущественным вовлечением в воспалительный процесс респираторных отделов и наличием внутриальвеолярной экссудации.

Критерием диагностики пневмонии наряду с типичной клинической симптоматикой является наличие инфильтративных изменений очагового или сегментарного характера на рентгенограмме.

Принято различать очаговую, сегментарную, крупозную и интерстициальную пневмонии. Очаговая и сегментарная пневмонии относятся к бронхопневмониям, т.к. по своему происхождению тесно связаны с инфекционно-воспалительным процессом в бронхах, соответствующих пораженному участку легкого. Среди этих пневмоний у детей особое место занимают массивные сливные и полисегментарные пневмонии, которые имеют склонность к развитию деструктивного процесса.

Крупозные пневмонии чаще представляют собой лобарное или сублобарное инфекционно-воспалительное поражение легкого, характеризующееся цикличностью течения и отсутствием склонности к деструктивному процессу. Однако у детей раннего возраста крупозная пневмония не всегда поражает всю долю легкого целиком.

Интерстициальная пневмония предполагает сочетанное поражение интерстиция и бронхоальвеолярного аппарата легких с преимущественным поражением интерстициальной ткани и, как правило, обусловлена определенными видами возбудителей - пневмоцистами, грибами, внутри-клеточными возбудителями.

Пневмонии у детей имеют те же клинические проявления, что и острый бронхит и бронхиолит. Как правило, отмечается довольно выраженная температурная реакция, появление одышки от незначительной, выявляемой только при нагрузке, до выраженной, видной на расстоянии. Характерно асимметричное, локальное изменение перкуторного звука с появлением укорочения над зонами поражения легких. Здесь же может отмечаться ослабление дыхания. Хрипы для острой фазы пневмонии не характерны и выслушиваются лишь у 15% больных. В фазе разрешения пневмонии хрипы выслушиваются у большинства больных детей. Обычно это крепитирующие или влажные мелкопузырчатые хрипы.

Диагноз пневмонии подтверждается рентгенологическим исследованием, при котором обнаруживаются инфильтративно-воспалительные очаги различного размера, снижение прозрачности легочных полей также инфильтративного характера, сгущение рисунка в области корней легких, повышение прозрачности латеральных отделов легких.

При острой пневмонии наблюдаются 2 основных типа плеврита-синпневмонический и метапневмонический, отличающиеся как по срокам развития, так и по патогенезу.

Синпневмонический плеврит (СПП)- возникает в первые дни заболевания (иногда почти одновременно с пневмонической инфильтрацией). Клинически небольшой выпот или отложение фибрина на плевре («сухой плеврит») проявляется болью при дыхании (кряхтящее, стонущее дыхание) при отсутствии изменений на рентгенограмме или лишь небольшой подчеркнутости плевры.

Метапневмонический плеврит (МПП)- обычно появляется на 7-10 день заболевания, осложняя либо сопровождавшиеся синпневмоническим плевритом пневмонии, либо обширные двусторонние процессы. Наиболее типично для МПП его развитие на фоне эффективного лечения пневмонии, спустя 1-2 дня после установления нормальной температуры. МПП представляет собой типичный иммунопатологический процесс. Именно по этому экссудат при МПП всегда фибринозный, а после выпадения фибрина - серозный, с низким цитозом.

Преподавательские заметки.

Перед началом практического занятия необходимо оценить базовый уровень знаний студентов по основным дисциплинам (анатомия, физиология, клиническая фармакология, терапия, пропедевтика детских болезней). Для решения этой задачи необходимо проведение этой части в виде традиционной дидактической формы (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, спутник ожиданий и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по анатомии, затем по физиологии и т.д. Например:

- Чем отличается анатомическое строение бронхолегочной системы детей от взрослых?

- Физиологические особенности бронхолегочной системы у детей.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты, т.к. без этого дальнейшее прохождение материала будет затруднено. Для решения этой проблемы предлагается использовать второй вариант вопросов, уровень которых ниже. Например:

-Какие Вы знаете анатомические особенности детского организма?

После этого необходимо переходить к определению знаний по клиническим дисциплинам. Это является важным моментом, так как диагностика заболеваний основано на знаниях о клинике и дифференциальной диагностике нозологий.

Эта часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболеваний;

2 уровень – клиника и осложнения заболеваний;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации

2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов
4. Таблицы
5. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения практического занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный опрос
2. Решение тестов.
3. Решение ситуационных задач.
4. Курация больных.

Самостоятельная работа студентов.

1. Принципы закаливания здоровых и часто болеющих детей.
2. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей
2. Этиология и патогенез пневмоний
3. Классификация пневмоний
4. Клиника различных форм пневмоний у детей раннего возраста
5. Клиника различных форм пневмоний у детей старшего возраста
6. Осложнения пневмоний
7. Диагностические критерии пневмоний
8. Дифференциальная диагностика пневмоний
9. Функциональные методы исследования органов дыхания
10. Лечение больных детей с пневмонией на догоспитальном этапе
11. Показания к консультации узких специалистов
12. Диспансеризация больных с пневмонией
13. Методы реабилитации
14. Профилактика острых бронхолегочных заболеваний

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни», учебник под редакцией Исаевой, 1987, 1994
2. «Детские болезни», под редакцией Н.П.Шабалова, 1999, 2000

II. Дополнительная:

1. «Болезни детей раннего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998
2. «Неотложные состояния в педиатрии», под редакцией А.А.Баранова, 1998
3. «Острые пневмонии у детей», под редакцией В.К.Таточенко, 1994

Практическое занятие № 2 (лекция №1)

Тема: Синдром бронхиальной обструкции: острый и рецидивирующий бронхиты, острый бронхиолит, бронхиальная астма

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов ранней диагностике, лечению и проведению диспансерного наблюдения и методов реабилитации при бронхообструктивном синдроме.

Задачи:

1. Обсудить особенности течения и клинические варианты бронхитов и бронхиальной астмы.
2. Рассмотреть осложнения и исходы бронхитов и бронхиальной астмы.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики бронхитов и бронхиальной астмы.
4. Обучить выбору методов лечения бронхиальной обструкции и астматического статуса.
5. Обсудить план оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности бронхолегочного аппарата в различные возрастные периоды.
2. Этио-патогенез бронхитов.
3. Критерии диагностики острого и хронического бронхита.
4. Проявления астматического статуса, принципы оказания неотложной помощи.
5. Принципы лечения и профилактики острого и хронического бронхита.
6. Показания для консультации пульмонолога и аллерголога.

Чему научится после этого занятия:

1. Дать определение бронхиальной обструкции;
2. Определять проявления и тяжести бронхиальной обструкции;
3. Различать отдельные виды бронхиальной обструкции;
4. Оказывать неотложную помощь при бронхиальной обструкции;
5. Оценивать эффективность примененного метода лечения бронхиальной обструкции;
6. Диагностировать астматический статус;
7. Оказывать неотложную помощь при астматическом статусе;
8. Прогнозировать последствия бронхиальной обструкции;
9. Проводить диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими острый и рецидивирующий бронхит, острый бронхиолит, бронхиальную астму.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией бронхолегочной системы.
4. Проводить пальпацию, перкуSSION, аускультацию легких у детей.
5. Поддерживать свободную проходимость дыхательных путей.
6. Назначать лечение в зависимости от клинического варианта и течения бронхита.
7. Проводить диспансеризацию и составлять план реабилитации детей, перенесших бронхит.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошагового освоения:

1. Определение частоты дыхания в зависимости от возраста ребенка.
2. Санация верхних дыхательных путей.
3. Принципы аэрозольной терапии бронхолегочных заболеваний.

II. Требуемые пошагового освоения:

1. Вызывание кашлевого рефлекса.
2. Техника проведения вибрационного массажа.

Содержание практического занятия

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Бронхиты у детей подразделяются на 2 большие группы: первичные и вторичные. К первичным относятся такие состояния, при которых патологический фактор действует только на бронхи. К вторичным бронхитам относятся заболевания бронхов, которые являются проявлениями или осложнениями заболевания других органов и систем или другого заболевания респираторного тракта. По характеру клинического течения заболевания выделяют:

Острый бронхит - частое проявление ОРВИ, протекает без клинических признаков бронхиальной обструкции. У детей первого полугодия бронхит вызывается хламидиями. У дошкольников и школьников бронхит сопровождает микоплазменную инфекцию – его отличие: асимметрия влажных хрипов, скудные катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей, покраснение конъюнктивы век без отделяемого. У подростков бронхит вызывается и *Chlamidia pneumoniae*, иногда как дебют астмы позднего начала.

Острый обструктивный бронхит, бронхиолит - протекает синдромом бронхиальной обструкции. Для бронхиолита характерно обилие мелкопузырчатых хрипов и дыхательная недостаточность, для обструктивного бронхита – свистящие хрипы. Тяжесть состояния связана со степенью обструкции.

Острый облитерирующий бронхиолит - тяжелое заболевание аденовирусной или иммунопатологической природы, приводящее к облитерации бронхиол и артериол и развитию хронического бронхиолита с облитерацией. Заболевание крайне тяжелое с нарастанием дыхательной недостаточности; при исходе в облитерацию по окончании острого периода хрипы над пораженным отделом не исчезают и в последующем усиливаются во время ОРВИ.

Рецидивирующий обструктивный бронхит - обструктивный бронхит, эпизоды которого повторяются на фоне ОРВИ. В отличие от бронхиальной астмы обструктивные эпизоды не имеют приступообразного характера и не развиваются в ответ на воздействие неинфекционных аллергенов. Иногда повторные эпизоды могут быть связаны с хронической аспирацией пищи. У части детей рецидивирующий обструктивный бронхит является дебютом бронхиальной астмы. Регистрируется обычно в возрасте до 3 лет, после 4 лет диагноз заменяют на астматический бронхит.

Хронический бронхит - в детском возрасте является обычно симптомом других хронических болезней легких. Как самостоятельное заболевание хронический бронхит (представляющий собой хроническое распространенное воспалительное поражение бронхов, протекающее с повторными обострениями), диагностируется при исключении пневмосклероза, муковисцидоза, синдрома цилиарной дискинезии и других хронических заболеваний легких. Клинически проявляется продуктивным постоянным кашлем и разнокалиберными хрипами, периодическими обострениями. Диагностируется по наличию кашля с мокротой и постоянных хрипов в течение 3 мес и более при 3 и более обострениях в год два последовательных года при исключении указанных выше заболеваний.

Астма бронхиальная - определение «повторяющиеся эпизоды обструкции, которые обратимы спонтанно или под влиянием терапии» не вполне применимо к детям, поскольку в грудном и раннем возрасте наблюдается рецидивирующий обструктивный бронхит. В отличие от РОБ при астме обострения имеют характер приступа и/или развиваются, хотя бы в части случаев, в ответ на воздействие неинфекционных аллергенов. В развитии астмы ведущую роль играет бронхиальная гиперреактивность и аллергическое воспаление слизистой бронхов. Нарушение проходимости бронхов развивается в результате их спазма, отека слизистой и гиперсекреции слизи.

Тяжелая форма бронхиальной астмы характеризуется высокой степенью гиперреактивности дыхательных путей, высоким уровнем сопротивления дыхательных путей воздушному потоку и резким снижением клинической эффективности бронхорасширяющих препаратов. Все три составляющих тяжелого течения бронхиальной астмы связаны с воспалительным процессом в дыхательных путях.

Преподавательские заметки.

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия проводятся следующие виды контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Выполнение практических навыков.
4. Конспект во время самостоятельной работы

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Принципы ухода, закаливания здоровых и часто болеющих детей;
2. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей
2. Этиология и патогенез бронхитов.
3. Классификация бронхитов.
4. Клиника различных форм бронхитов у детей раннего возраста
5. Клиника различных форм бронхитов у детей старшего возраста
6. Осложнения бронхитов.
7. Диагностические критерии бронхитов.
8. Дифференциальная диагностика бронхитов.
9. Критерии диагностики и принципы оказания неотложной помощи при астматическом статусе.
10. Функциональные методы исследования органов дыхания
11. Лечение больных детей с бронхитами на догоспитальном этапе
12. Показания к консультации узких специалистов
13. Диспансеризация больных с бронхитом и бронхиальной астмой.
14. Методы реабилитации
15. Профилактика острых бронхолегочных заболеваний

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни», учебник под редакцией Исаевой Л.А., 1998
2. «Детские болезни», под редакцией Н.П.Шабалова, 2000

II. Дополнительная:

1. «Болезни детей раннего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998
2. «Неотложные состояния в педиатрии», под редакцией А.А.Баранова, 1998

Практическое занятие №3

Тема: Синдром кардиомегалии и шумов в сердце: врожденные и приобретенные пороки сердца. Ревматизм

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов ранней диагностике врожденных и приобретенных пороков сердца, особенностям современного течения ревматизма и определению организационно – лечебной тактики.

Задачи:

1. Обучить студентов принципам дифференциальной диагностики органических и функциональных шумов сердца.
2. Обучить студента критериям диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца, ревматизма.
3. Обсудить правильный выбор медикаментозной коррекции нарушений основных жизненно-важных функций органов и систем.
4. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
5. Рассмотреть критерии возможных осложнений пороков сердца.
6. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку с пороками сердца.
7. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы в различные возрастные периоды.
2. Дифференциальная диагностика функциональных и органических шумов сердца.
3. Гемодинамические изменения при врожденных и приобретенных пороках.
4. Критерии диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца, ревматизма.
5. Основные кардиальные и экстракардиальные осложнения пороков сердца.
6. Принципы лечения и профилактики.
7. Показания для консультации кардиолога.

Чему научится после этого занятия:

1. Проводить дифференциальную диагностику шумов сердца.
2. Дать определение врожденным и приобретенным порокам сердца;
3. Распознавать гемодинамические изменения при врожденных пороках сердца;
4. Дать характеристику детей, страдающих пороками сердца и ревматизмом;
5. Перечислять клинические симптомы, характеризующие пороки сердца, ревматизм;
6. Различать отдельные виды ВПС;
7. Оказывать неотложную помощь при сердечно-сосудистой недостаточности;
8. Прогнозировать последствия пороков сердца;
9. Проводить диспансерное наблюдение за детьми с пороками сердца и ревматизмом.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией сердечно-сосудистой системы.
4. Проводить пальпацию, перкуссию, аускультацию сердца у детей.
5. Рассчитать дозу сердечных гликозидов в зависимости от возраста ребенка.
6. Составлять план реабилитации детей, с пороками сердца и ревматизмом.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошагового освоения:

1. Определение частоты сердечных сокращений в зависимости от возраста ребенка.

II. Требующие пошагового освоения:

1. Измерение артериального давления.
2. Проба Штанге
3. Проба Шалкова.

Содержание практического занятия.

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Шумы в сердце – звуковой феномен, обусловленный нарушениями гидродинамики внутрисердечного кровотока и является результатом приобретенных и врожденных пороков сердца (органические шумы) и нарушений функций клапанов без их органических изменений (функциональные шумы). Шум называют **органическим**, если он возникает вследствие каких – либо нарушений нормального анатомического строения перегородки сердца или его клапанных структур, и **невинным**, если он выслушивается у лиц без объективных признаков нарушения нормального морфологического строения сердца и сосудов. Причины возникновения невинных шумов полностью не выяснены. Обычно они лучше всего слышны во II-V межреберьях у края грудины. Они делятся на *внесердечные и внутрисердечные*.

Врожденный порок сердца – патологическое состояние, характеризующееся теми или иными дефектами развития сердца и магистральных сосудов, возникшее в результате воздействия на эмбрион и плод разных вредных факторов.

Факторы риска рождения ребенка с ВПС: возраст родителей (мать старше 35 лет, отец старше 45 лет), профессиональные вредности и/или алкоголизм родителей, особенно опасны в I триместре беременности – тяжелый токсикоз, прием антибиотиков, сульфаниламидных и гормональных препаратов, вирусные заболевания матери.

ВПС формируется в результате нарушения эмбриогенеза в период 2-8-й недели беременности.

Клиническая симптоматика и патофизиология гемодинамических нарушений при ВПС зависят от имеющихся анатомических дефектов.

Определенная периодичность в течении ВПС позволяет выделить три фазы:

Первая фаза (первичной адаптации) характеризуется приспособлением организма ребенка к нарушениям гемодинамики, вызванным пороком. Реакции адаптации и компенсации у ребенка раннего возраста находятся в состоянии неустойчивого равновесия или относительной слабости.

Если дети с ВПС не гибнут в первую фазу болезни, то обычно после 2-3 лет жизни наступает значительное улучшение в их состоянии и развитии. Наступает вторая фаза – фаза относительной компенсации. В этот период субъективные жалобы уменьшаются, несмотря на тяжелый недуг. Улучшаются физическое развитие и моторная активность больного.

Третья фаза течения порока – терминальная. Она наступает при исчерпывании компенсаторных возможностей и развитии дистрофических и дегенеративных изменений в сердечной мышце и паренхиматозных органах. Различные заболевания и осложнения приближают развитие этой фазы болезни, которая неизбежно заканчивается смертью больного.

Клиника ВПС весьма многогранна и определяется тремя основными факторами: анатомическими особенностями порока, степенью компенсации и возникающими осложнениями порока.

При подозрении на ВПС необходимо клинические признаки сопоставить с артериальным давлением, дополнить ЭКГ и рентгенологическим исследованием, клиническим анализом крови.

Во время диагностики основными моментами являются:

1. утверждение наличия ВПС у ребенка.
2. определение основных гемодинамических нарушений, вызванных пороком, т.е. распознавание синдромной принадлежности порока.
3. уточнение анатомического варианта порока.
4. выяснение функционального диагноза, т.е. уточнение фазы течения порока.
5. выявление имеющихся осложнений.

Для ВПС с обогащением малого круга кровообращения характерны сходные нарушения гемодинамики, когда в малый круг поступает больше, чем в норме, количество крови. Клинические особенности при этих нарушениях гемодинамики определяются развитием гиперволемии и гипертонии в малом круге кровообращения.

Выделяют три фазы развития легочной гипертонии:

1. гиперволемическая - когда имеется несоответствие сосудистого русла объему протекающей крови, но не возникает спазм артериол.

2. смешанная фаза – в ответ на гиперволемию возникает защитный рефлекс – спазм легочных сосудов, сопровождающийся повышением давления в легочной артерии и увеличением легочного сопротивления, что способствует уменьшению лево-правого сброса крови.

3. склеротическая фаза – гиперволемию и длительный спазм легочных сосудов вызывают необратимые склеротические изменения в сосудах легких.

ВПС с обеднением малого круга – это пороки, анатомической основой многочисленных вариантов которых является сужение легочной артерии, часто в сочетании с патологическим сбросом крови из правого желудочка в большой круг. Смещение артериальной и венозной крови обуславливает прогрессирующий цианоз и одышку. Характерные для этих пороков гипоксемические приступы связаны со спазмом путей оттока перегруженного правого желудочка.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формы опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов
4. ЭКГ, ФКГ.
5. Слайды.

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей
2. Гемодинамические изменения при врожденных и приобретенных пороках сердца.

- 3.Классификация ВПС.
- 4.Клиника различных форм врожденных и приобретенных пороков сердца.
- 5.Осложнения ВПС, ревматизма.
- 6.Диагностические критерии ревматизма, пороков сердца.
- 7.Дифференциальная диагностика пороков сердца и ревматизма.
- 8.Критерии диагностики и принципы оказания неотложной помощи при сердечно-сосудистой недостаточности.
- 9.Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы.
- 10.Консервативные методы лечения ВПС и подготовка детей к плановой операции.
- 11.Показания к консультации узких специалистов
- 12.Диспансеризация больных с ревматизмом и пороками сердца.
- 13.Методы реабилитации
- 14.Профилактика ревматизма, врожденных и приобретенных пороков сердца.

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни», -учебник под редакцией проф. Л.А.Исаевой, -М,1987, -с.283-289.
2. «Детские болезни», -учебник под редакцией проф. Н.П.Шабалова, -М, 1997, 2000.

II. Дополнительная:

1. «Болезни детей раннего возраста», -руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, - Москва - Иванова,1998, - с.226-237.

Практическое занятие № 4 (лекция № 2)

Тема: Неревматические кардиты. Кардиомиопатии.

Количество часов: 6,0

Цель: Обучение студентов ранней диагностике неревматических кардитов и определению организационно – лечебной тактики.

Задачи:

- 1.Обучить студента критериям диагностики врожденных и приобретенных кардитов.
- 2.Обсудить правильный выбор медикаментозной коррекции нарушений основных жизненно-важных функций органов и систем.
- 3.Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
- 4.Рассмотреть критерии возможных осложнений неревматических кардитов.
- 5.Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку с неревматическим кардитом.
- 6.Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы в различные возрастные периоды.
2. Критерии диагностики неревматических кардитов.
3. Основные кардиальные и экстракардиальные осложнения неревматических кардитов.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Показания для консультации кардиолога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение неревматическому кардиту;
2. Дать характеристику детей, страдающих неревматическим кардитом;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие неревматический кардит;
4. Различать отдельные виды неревматических кардитов;
5. Оказывать неотложную помощь при сердечно-сосудистой недостаточности;
6. Прогнозировать последствия неревматического кардита;
7. Проводить диспансерное наблюдение за детьми с неревматическим кардитом.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией сердечно-сосудистой системы.
4. Проводить пальпацию, перкуссию, аускультацию сердца у детей.
5. Рассчитать дозу сердечных гликозидов в зависимости от возраста ребенка.
6. Проводить диспансеризацию и составлять план реабилитации детей, с неревматическим кардитом.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошагового освоения:

1. Определение частоты сердечных сокращений в зависимости от возраста ребенка.

II. Требуемые пошагового освоения:

1. Измерение артериального давления.
2. Проба Штанге.
3. Проба Шалкова.

Содержание практического занятия.

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Воспалительные поражения миокарда составляют обширную группу болезней, изучение которых до недавнего времени проводилось недостаточно. Это связано с тем, что основное внимание было направлено на борьбу с ревматизмом, хотя у значительной группы больных миокардит развивается вне связи с ревматическим процессом.

Неревматический кардит встречается во всех возрастных группах. В возникновении неревматического кардита у детей имеет значение фактор наследственной предрасположенности.

Особенностью неревматического кардита у детей является разнообразие типов их течения, которое может быть острым, подострым, хроническим.

При *остром течении* начало миокардита бурное, устанавливается четкая связь его развития с интеркуррентным заболеванием или он возникает вскоре после профилактической прививки. Ведущее место в начале заболевания занимают внесердечные симптомы. У детей раннего возраста началом заболевания могут быть приступы цианоза, одышка, коллапс.

Подострый тип неревматического кардита развивается постепенно и сопровождается умеренно выраженными клиническими симптомами. Заболевание проявляется астенизацией

через 3-4 дня после перенесенной вирусной или бактериальной инфекции. Первоначально появляются общие признаки болезни. Кардиальные симптомы развиваются исподволь и у некоторых детей проявляются на фоне повторной ОРВИ или профилактической прививки.

Хроническое течение чаще встречается у детей старшего возраста и возникает как следствие остро или подостро начавшегося миокардита или в виде первично-хронической формы, развивающейся исподволь с бессимптомной начальной фазой.

Тяжелой формой является идиопатический миокардит, при котором выделяют декомпенсированный, аритмический, болевой и смешанный варианты, что затрудняет своевременную диагностику.

Кардиомиопатия – острое, подострое или хроническое заболевание мышцы неизвестной этиологии, сочетающееся с поражением эндокарда, иногда – перикарда

Выделяют гипертрофическую и застойную кардиомиопатию.

Застойные кардиомиопатии у детей чаще всего являются исходом хронического воспалительного процесса в миокарде. В связи с этим к истинным кардиомиопатиям у детей относят гипертрофический ее вариант. В основе патогенеза лежит нарушение функции симпатической нервной системы, вызывающее гипертрофию межжелудочковой перегородки и миокарда левого желудочка. Гипертрофическая кардиомиопатия формируется внутриутробно, но проявляется гораздо позже.

Фиброэластоз эндокарда – ранний врожденный или антенатальный кардит с формированием фиброзной и эластической ткани, преимущественно в левом желудочке.

Различают первичный (врожденный) и вторичный (приобретенный) фиброэластоз. Первичный возникает при отсутствии другой патологии сердца, вторичный является следствием врожденных, приобретенных пороков и других заболеваний сердца.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов
4. ЭКГ, ФКГ.
5. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Особенности ЭКГ картины у детей раннего возраста.
2. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей
2. Этиопатогенез ревматического кардита.
3. Классификация ревматического кардита.
4. Клиника различных форм ревматического кардита.
5. Осложнения ревматического кардита.

6. Диагностические критерии неревматического кардита.
7. Дифференциальная диагностика неревматического кардита.
8. Критерии диагностики и принципы оказания неотложной помощи при сердечно-сосудистой недостаточности.
9. Функциональные методы исследования сердечно-сосудистой системы.
10. Показания к консультации узких специалистов
12. Диспансеризация больных с неревматическим кардитом.
13. Методы реабилитации
14. Профилактика неревматического кардита.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. «Детские болезни», -учебник под редакцией проф. Л.А.Исаевой, -М, 1987, -с.267-274.

Дополнительная:

1. «Болезни сердечно-сосудистой системы у детей», -руководство для врачей, под редакцией Н.А.Белоконь, М.Б.Кубергер, -М, 1987, -II том.
2. «Болезни детей раннего возраста», -руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова, -Москва-Иванова, 1998, -с.241-257.
3. «Справочник семейного врача» (Педиатрия), -Минск, 2000,- с.390-398, 417-420.

Практическое занятие № 5

Тема: Суставной синдром. Хронический ювенильный артрит

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучить студентов ранней диагностике, тактике лечения и проведению диспансерного наблюдения при суставном синдроме у детей.

Задачи обучения:

1. Обучить студента критериям диагностики суставного синдрома у детей.
2. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
3. Обсудить выбор лекарственных препаратов и медикаментозной коррекции нарушений, основных жизненно-важных функций органов и систем.
4. Обсудить критерии возможных осложнений ЮРА.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных формах ЮРА.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Этиопатогенез ЮРА.
2. Критерии диагностики ЮРА.
3. Основные осложнения ЮРА.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Показания для консультации узких специалистов.

Чему научится после этого занятия:

1. Дать определение суставному синдрому;
2. Распознавать ЮРА;
3. Дать характеристику детей, страдающих ЮРА;

4. Перечислять клинические симптомы, характеризующие ЮРА;
5. Различать отдельные клинические варианты ЮРА;
6. Оказывать неотложную помощь при болях в суставах;
7. Прогнозировать последствия ЮРА;
8. Проводить диспансерное наблюдение за детьми с суставным синдромом.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с данной патологией.
4. Назначение лечения в зависимости от течения ЮРА.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей, больных ЮРА.

Перечень практических навыков:

1. Исследование состояния подвижности суставов (активные и пассивные движения в суставах)

Содержание практического занятия.

Симптомокомплекс, который развивается при вовлечении в патологический процесс одного или нескольких суставов, называется суставным синдромом. Диагностика этого синдрома в практике детского врача является иногда довольно трудной задачей. Прежде всего, это можно объяснить существованием у детей большого количества заболеваний, протекающих с поражением различных костей и суставов, а также наличием необычной, стертой клинической картины болезни, особенно у пациентов, которые получают или получали накануне такие медикаменты, как стероидные гормоны, антибиотики. Иногда диагностику затрудняют скудность клинических проявлений, длительное скрытое течение болезни, моносимптомность поражения опорно-двигательного аппарата, что создает условия для маскировки заболевания под другие состояния. Суставные поражения в некоторых случаях опережают на какой-то промежуток времени типичные внесуставные проявления болезни. Характерные лабораторные изменения и рентгенологические признаки могут долгое время отсутствовать. Во всех этих случаях дифференциальная диагностика суставных поражений занимает достаточно длительный период времени (месяцы и даже годы). Кроме того, имеется значительная группа болезней, которые протекают с поражением околосуставных тканей и сопровождаются схожими с суставным синдромом клиническими проявлениями. Коллагенозы – это группа заболеваний, которых объединяют общность патогенеза, близкие морфологические изменения и клинические проявления. Характерным морфологическим признаком всех этих болезней является прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани с вовлечением в патологический процесс сосудов.

Коллагенозы характеризуются полиморфизмом клинической картины с наличием симптомов поражения внутренних органов и сосудов, рецидивирующим течением с чередованием ремиссий и обострений. В их группу включают системную красную волчанку, склеродермию, дерматомиозит, узелковый периартериит. Каждое из этих заболеваний представляет собой строго очередную нозологическую форму и характеризуется наряду с общими признаками специфичностью клинической картины, осложнений, особенностями течения, имеет неодинаковый прогноз и требует дифференцированной терапии.

Преподавательские заметки.

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать

по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы

3. Данные анализов
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Поиск в сети интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности костно - мышечной системы у детей
2. Этиопатогенез ЮРА
3. Клиника различных форм ЮРА
4. Диагностические критерии ЮРА
5. Дифференциальная диагностика ЮРА
6. Лечение больных детей с ЮРА
7. Показания к консультации узких специалистов
8. Диспансеризация больных с коллагенозами
9. Методы реабилитации

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни», - учебник под редакцией Л.А.Исаевой, М, 1987, с.

II. Дополнительная:

1. «Патология детей старшего возраста», - под редакцией А.А.Баранова, М, -1998, с.
2. «Педиатрия», - руководство для врачей под редакцией Р.Е.Бермана, В.К.Вогана. Книга 6, -М, 1989,

Практическое занятие № 6

Тема: Абдоминальный синдром: гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов умению диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и стандартам лечения при гастритах, гастродуоденитах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Задачи обучения:

1. Обсудить критерии диагностики гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
2. Обучить правильному выбору лекарственных препаратов.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Обсудить варианты возможных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных формах язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта в различные возрастные периоды.
2. Этиопатогенез гастритов и язвенной болезни.
3. Критерии диагностики гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Основные осложнения язвенной болезни.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации гастроэнтеролога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение абдоминальному синдрому ;
2. Дать характеристику детей с гастритами, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие гастриты, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
4. Оказывать неотложную помощь при абдоминальном синдроме;
5. Проводить дифференциальную диагностику;
6. Прогнозировать последствия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
7. Проводить диспансерное наблюдение.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией желудочно-кишечного тракта.
4. Назначение лечения в зависимости от течения язвенной болезни.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей, перенесших язвенную болезнь.

Содержание практического занятия.

Хронический гастрит (ХГ) это хроническое воспалительное рецидивирующее заболевание слизистой (СОЖ) и подслизистой оболочки желудка, которое сопровождается клеточной инфильтрацией, нарушениями физиологической регенерации. В отличие от терапевтической практики ХГ у детей лишь в 10-15% бывает изолированным заболеванием. Чаще встречается антральный гастрит в сочетании с дуоденитом - гастродуоденит. Гастрит типа А (эндогенный, аутоиммунный гастрит). Эндогенный гастрит возникает вследствие выработки аутоантител к обкладочным клеткам желудка. У детей встречается редко 1-3% от всех случаев гастрита. Гастрит типа В НР - ассоциированный гастрит. У детей эта форма гастрита составляет 80-85% всей гастродуоденальной патологии. Гастрит типа С (реактивный, химический гастрит, рефлюкс-гастрит). Определяющую роль в патогенезе гастрита С играет дуоденогастральный рефлюкс с забросом желчных кислот, нарушающих СОЖ и повреждающих эпителий (рефлюкс-гастрит).

Язвенная болезнь это хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между местными факторами защиты и агрессии.

В отдельных случаях приходится допускать внезапное возникновение язвы, большей частью ее формирование является итогом постепенно прогрессирующего процесса, который обычно лишь ретроспективно расценивают как предязвенное состояние.

Начало предязвенного состояния обозначается первым появлением желудочных жалоб, завершение - констатацией язвенного дефекта. Продолжительность этого периода в среднем составляет около 5 лет.

Диагноз язвенной болезни ставится на основании эндоскопического обнаружения язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке.

Алгоритм диагностических методов при подозрении на язвенное кровотечение такой: сбор анамнеза и осмотр больного, определение группы крови и резус – принадлежности, эндоскопия и при необходимости рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки и УЗИ брюшной полости.

При обнаружении язвенного поражения желудка или двенадцатиперстной кишке следует дифференцировать язвенную болезнь с острыми язвами, к которым относятся: стрессовые, медикаментозные, гепатогенные, панкреатические, эндокринные язвы и синдром Золлингера-Эллисона (гастринпродуцирующая опухоль – гастринома).

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов.

Виды контроля знаний, умений и навыков.

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

- 1.Функциональные заболевания ЖКТ, пилороспазм.
- 2.Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей
2. Этиопатогенез гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Классификация гастритов, язвенной болезни
4. Клиника гастритов, язвенной болезни
5. Клиника различных форм язвенной болезни
6. Осложнения язвенной болезни
7. Диагностические критерии гастритов, язвенной болезни
8. Дифференциальная диагностика гастритов, язвенной болезни
9. Функциональные методы исследования желудочно-кишечного тракта
10. Показания к консультации узких специалистов
11. Методы реабилитации
12. Профилактика гастритов и язвенной болезни

Рекомендуемая литература:

1.Основная:

1. “Болезни детей старшего возраста” - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова,-Москва-Иваново,-1998,-с.104-113.

2. “Детские болезни” – учебник под редакцией Н.П.Шабалова,-М, 2000 г.

Практическое занятие №7

Тема: Абдоминальный болевой синдром. Функциональные расстройства желудка и кишечника. Дискинезии желчевыводящих путей.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов умению диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и стандартам лечения функциональных расстройств желудка и кишечника.

Задачи обучения:

1. Обсудить критерии диагностики функциональных расстройств желудка и кишечника, дискинезии желчевыводящих путей.
2. Обучить правильному выбору лекарственных препаратов.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Обсудить варианты течения дискинезий желчевыводящих путей.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при данной патологии.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта в различные возрастные периоды.
2. Этиопатогенез дискинезий желчевыводящих путей.
3. Критерии диагностики функциональных расстройств желудка и кишечника.
4. Клиника ДЖВП.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации гастроэнтеролога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение абдоминальному синдрому;
2. Дать характеристику детей с функциональными расстройствами желудка и кишечника;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие ДЖВП;
4. Оказывать неотложную помощь при абдоминальном синдроме;
5. Проводить дифференциальную диагностику;
6. Проводить диспансерное наблюдение.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией желудочно-кишечного тракта.
4. Назначение лечения в зависимости от вида ДЖВП.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с функциональными расстройствами.

Содержание практического занятия.

Нарушения функции желудочно-кишечной системы являются наиболее частой причиной беспокойства и болей у детей. Боль в брюшной полости может быть висцеральной в результате раздражения окончаний вегетативной нервной системы и соматической, возникающей вследствие раздражения спинальных нервов, иннервирующих париетальную брюшину. Боли, механизм появления которых связан со спазмом или, наоборот, с растяжением желудка и двенадцатиперстной кишки, называются висцеральными. Соматическая (перитонеальная) боль при поражении желудка и двенадцатиперстной кишки возникает в тех случаях, когда при развитии патологического процесса начинают раздражаться окончания спинно-мозговых нервов, расположенные в париетальном листке брюшины. Для разных возрастных групп имеются различные причины, которые могут вызвать боль у ребенка.

Синдром раздраженного кишечника – это устойчивая совокупность хронических и/или рецидивирующих функциональных расстройств отделов кишечника продолжительностью не менее 12 недель на протяжении последних 12 месяцев, которая проявляется: болью и/или дискомфортом в животе. В клиническом течении СРК выделяют три основных варианта: с преобладанием диареи, с преобладанием абдоминальных болей и вздутия живота, с преобладанием запоров. Но у большинства детей выделить ведущий симптом сложно в связи с тем, что часто происходит трансформация одного клинического варианта в другой, например, смена запоров поносами и наоборот.

Дискинезия желчевыводящих путей – расстройство сократительной функции различных органов желчевыводящей системы, главным образом желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, приводящее к нарушению желчевыделения. ДЖВП – не первичное заболевание, а одно из клинических проявлений той или иной более серьезной патологии верхнего отдела пищеварительного тракта (гастродуоденита, язвенной болезни, панкреатита и др.). Нарушения двигательной функции и деятельности сфинктеров (мышц-сжимателей) аппарата желчевыводящих путей лежат в основе развития застоя желчи. При гипертонической форме ДЖВП дети жалуются на приступообразную, колющую боль в правом подреберье или в правом боку. Гипотоническая форма ДЖВП характеризуются почти постоянной, ноющей тупой болью в правом боку.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные УЗИ печени и желчного пузыря.
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта детей.
2. Этиопатогенез ДЖВП.
3. Классификация функциональных расстройств желудка и кишечника.

4. Клиника различных форм ДЖВП.
5. Диагностические критерии ДЖВП.
7. Дифференциальная диагностика ДЖВП.
9. Показания к консультации узких специалистов
10. Диспансеризация больных с ДЖВП.
13. Методы реабилитации
14. Профилактика ДЖВП.

Рекомендуемая литература:

I. Основная

1. «Детские болезни», учебник под редакцией Л.А.Исаевой, М, 1987

II. Дополнительная:

1. «Детские болезни», под редакцией Н.П.Шабалова, 2000.
2. «Болезни детей старшего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998.

Практическое занятие № 8

**Тема: Дисфункция кишечника. Синдром мальабсорбции и мальдигестии.
Муковисцидоз и целиакия.**

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов умению диагностировать, лечить и проводить дифференциальную диагностику при синдроме мальабсорбции.

Задачи:

1. Обучить студента критериям диагностики синдрома мальабсорбции.
2. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
3. Обучить студентов определению критериев возможных осложнений при синдроме мальабсорбции.
4. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных формах синдрома мальабсорбции.
5. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо- физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей.
2. Этиопатогенез синдрома мальабсорбции и мальдигестии.
3. Критерии диагностики синдрома мальабсорбции и мальдигестии.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Показания для консультации узкого специалиста.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение синдрому мальабсорбции и хронической диарее;
2. Дать характеристику детей с мальабсорбцией и хронической диареей;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие синдром мальабсорбции;
4. Оказывать неотложную помощь при диареях;
5. Проводить дифференциальную диагностику при хронической диарее;
6. Распознавать осложнения мальабсорбции;
7. Прогнозировать последствия синдрома мальабсорбции;
8. Проводить диспансерное наблюдение.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, и их интерпретировать.

2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией желудочно-кишечного тракта.
4. Назначать лечение в зависимости от клинического варианта и течения мальабсорбции.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с синдромом мальабсорбции.

Перечень практических навыков:

1. ДНК – диагностика.
2. Потовый тест.
3. Рентгенпленочная проба.
4. Проба с Д-ксилозой.

Содержание практического занятия:

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Слово «мальабсорбция» означает в буквальном переводе «плохое всасывание». В гастроэнтерологии продолжают пользоваться термином «мальабсорбция» для характеристики нарушений пищеварения, всасывания и следствий этого - сниженного питания и метаболических расстройств.

Выделяют первичный и вторичный синдром мальабсорбции. К первичному относят врожденные или наследственно обусловленные ферментопатии: недостаточность дисахаридаз и пептидаз щеточной каймы тонкой кишки, недостаточность энтерокиназы, непереносимость моносахаридов, нарушение всасывания аминокислот, витаминов, муковисцидоз. Причины вторичной (приобретенной) мальабсорбции многообразны: заболевания желудка, билиарного тракта, тонкой и толстой кишок, сосудистые заболевания и др.

Распространенной, но не часто диагностируемой причиной синдрома мальабсорбции является хроническая абдоминальная ишемия. Она чаще всего развивается у больных атеросклерозом и обусловлена нарушением кровотока как в мелких, так и в крупных мезентериальных сосудах.

К синдрому мальабсорбции относятся такие заболевания как: муковисцидоз, целиакия, дисахаридазная недостаточность, экссудативная энтеропатия.

Муковисцидоз - наследственное заболевание с аутосомно-рецессивным типом передачи, протекающее с преимущественным поражением органов дыхания и желудочно-кишечного тракта, в основе которого лежит патология экзокринных желез, нарушение электролитного обмена и изменения соединительной. К анамнестическим критериям диагностики муковисцидоза относятся: случаи смерти новорожденных от кишечной непроходимости, мекониевого перитонита, случаи смерти детей в семье от муковисцидоза рецидивирующие бронхолегочные заболевания.

К клиническим критериям диагностики муковисцидоза относятся: синдром легочных поражений (ателектазы, пневмосклероз, коклюшоподобный кашель с гнойной мокротой, деформация грудной клетки); кишечный синдром (зловонный стул светлого или серого цвета, овечий кал, выпадение прямой кишки); синдром дистрофии и обменных нарушений (отставание в физическом развитии, мышечная гипотония, симптомы «соленого ребенка»).

Целиакия - врожденное или приобретенное заболевание, в основе которого лежит непереносимость глютена, приводящая к морфофункциональным изменениям железистого эпителия тонкого кишечника с развитием синдрома мальабсорбции, дистрофии и обменных нарушений.

Непереносимость дисахаридов - это симптомакомплекс желудочно-кишечных расстройств, обусловленный нарушением процессов гидролиза и транспорта дисахаридов в слизистой оболочке кишечника вследствие первичной или вторичной дисахаридазной недостаточности.

Экссудативная энтеропатия - патологическое состояние, характеризующееся потерей плазменных белков через желудочно-кишечный тракт и сопровождающееся явлениями нарушенного кишечного всасывания.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации.
2. Ситуационные задачи.
3. Тесты по теме.
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ.
2. Активное участие в групповой полемике.
3. Конспект во время самостоятельной работы.
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Дисбактериоз кишечника
2. Дистрофии и аномалии конституции.
3. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия мальабсорбция и мальдигестия.
2. Этиопатогенез мальабсорбции.
3. Клинические варианты течения болезни и синдрома целиакии.
4. Клинические проявления кишечной формы муковисцидоза.
5. Клинические проявления дисахаридазной недостаточности.
6. Клинические проявления экссудативной энтеропатии.
7. Принципы проведения дифференциальной диагностики синдрома мальабсорбции.
8. Принципы диетотерапии при синдроме мальабсорбции.
9. Тактика лечения детей с длительной диареей.
10. Диспансерное наблюдение за детьми с синдромом мальабсорбции.
11. Методы реабилитации детей с длительной диареей.

Рекомендуемая литература:*1. Основная:*

1. «Детские болезни» –учебник под редакцией Л.А.Исаевой, М,-1987, 1994
2. «Детские болезни», -учебник под редакцией Н.П.Шабалова, М, 1994, 2000

II. Дополнительная:

1. «Патология детей раннего возраста»,- под редакцией А.А.Баранова, М, 1998
2. «Синдром мальабсорбции», - пособие для практических врачей, -Е.А.Белоусова, А.Р.Златкина, -М, 1999.

Практическое занятие № 9

Тема: Синдром гепатомегалии. Хронические гепатиты и цирроз печени.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучить студентов ранней диагностике хронических гепатитов, циррозов печени и определению организационно-лечебной тактики.

Задачи занятия:

1. Рассмотреть критерии диагностики хронического гепатита и цирроза печени.
2. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
3. Обсудить план обследования и лечения больного ребенка.
4. Проанализировать возможные осложнения хронического гепатита и цирроза печени.
5. Обучить организации специализированной консультативной помощи ребенку с хроническим гепатитом и циррозом печени.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности функций печени и желчевыводящих путей.
2. Критерии диагностики хронического гепатита и цирроза печени.
3. Основные осложнения хронического гепатита и цирроза печени.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Составление плана реабилитации.
6. Показания для консультации узких специалистов.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение синдрому гепатомегалии;
2. Дать характеристику детей с хроническим гепатитом и циррозом печени;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие хронический гепатит и цирроз печени;
4. Оказывать неотложную помощь при синдроме гепатомегалии;
5. Проводить дифференциальную диагностику;
6. Прогнозировать последствия хронического гепатита цирроза печени;

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Пальпация, перкуссия печени.
3. Интерпретировать данные клинических и инструментальных методов исследований касающихся данной патологии.
4. Назначение лечения.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации.

Содержание практического занятия.

Хронические гепатиты – эта группа болезней печени, вызываемых разными причинами, с различной степенью выраженности морфологических изменений на протяжении патологического процесса, с условной границей хронизации 6 месяцев.

Хронический вирусный гепатит чаще всего вызывается вирусами В, С и D (HBV, HCV и HDV). Клинико-морфологические изменения при нем обусловлены прямым цитопатическим действием на клетки, внепеченочной репликацией вирусов, иммунологическими нарушениями и иммунопатологическими изменениями органов и тканей.

Развитие ХГ обусловлено персистенцией вируса, недостаточной способностью его элиминировать из печени. Имеет значение недостаточность синтеза в гепатоцитах интерферона, Т-звена иммунитета, макрофагального звена, обусловленные наследственным предрасположением, касающимся как иммунных реакций, так и обмена веществ,

антигенного состава ткани. В тоже время, у части больных с активным ХГ обнаруживают иммунопатологические, аутоиммунные реакции с гиперпродукцией иммуноглобулинов G, аутоантителами к гладким мышцам, базальной мембране кожи, митохондриям печени, антиядерными антителами. Этот вариант ХГ называют люпоидным (аутоиммунным) ХГ.

Хронический лекарственный гепатит – воспалительное заболевание печени, обусловленное токсическим действием медикаментов, введенных по медицинским показаниям в терапевтических дозах, предусмотренных для каждого медикамента путем или идиосинক্রазией к ним.

Хронический криптогенный гепатит– заболевание печени с характерными для гепатита морфологическими изменениями - устанавливается при исключении вирусной, аутоиммунной и лекарственной этиологии.

Под циррозом печени понимают всякий хронический воспалительный процесс в печени, который сопровождается гибелью и узловой пролиферацией паренхимы, а также реактивным разрастанием соединительной ткани. В результате этого происходит дезорганизация дольково-сосудистой архитектоники печени с появлением признаков портальной гипертензии, печеночно-клеточных и мезенхимально-воспалительных нарушений.

Важнейшим звеном патогенеза цирроза являются нарушения кровообращения в печени и портальной системе в целом. Вне зависимости от ведущего звена патогенеза цирроза исходом процесса является развитие некрозов и узловой регенерации гепатоцитов, разрастание соединительной ткани печени, фиброзирование ее, нарушение дольково-сосудистой архитектоники, нарушения портального кровотока и печеночно-клеточная недостаточность. Портальная гипертензия при циррозе печени появляется в связи с сужением печеночных сосудов, а затем с затруднением оттока крови от синусоидов; расширяются и создаются новые артериовенозные анастомозы, приводящие к гидравлическому запору.

В клинике отмечается:

Гепатомегалия – печень плотная, имеет неровную поверхность, нижний край ее острый.

Спленомегалия – у некоторых больных нижний полюс селезенки достигает пупка и даже гребня подвздошной кости.

Изменение кожи – сухость, пеллагроидные буроватые участки чередуются с депигментированными беловатыми пятнышками, заеды в углах рта, печеночные ладони, сосудистые звездочки, сыпи, стрии, отеки. Волосы редкие, сухие тусклые.

Портальная гипертензия – увеличение живота в объеме, отеки передней брюшной стенки, расширенная сеть подкожных вен на груди и животе.

Диспепсические расстройства – пониженный аппетит, периодическая тошнота и рвота, неустойчивый стул, метеоризм.

Общедистрофические симптомы – слабость, быстрая утомляемость, мышечная гипотония и уменьшение массы мышц, потливость, иногда субфебрилитет, артралгии.

Осложнения цирроза печени у детей:

Сердечная недостаточность – типична гепатогенная миокардиодистрофия. Нередко у больных имеются артерио-венозные шунты в легких.

Желудочно-кишечный тракт: атрофический гастрит, дискинезии желчных путей и холециститы, язвенная болезнь.

Поражение почек. При тяжелых циррозах печени нарушаются мочевиновыделительная функция почек, фильтрационная способность клубочков и секреторная функция канальцев. Уремия является следствием острого некроза канальцев, нефросклероза.

Повышенная кровоточивость при циррозах печени обусловлена гипокоагуляцией вследствие снижения синтеза факторов свертывания крови пораженной печенью, повышением уровня фибринолиза, усилением проницаемости стенки, тромбоцитопенией.

Неврологические осложнения чаще объединяют термином *портальная системная энцефалопатия*, который включает: расстройства психики, нервно-мышечная патология.

Печеночная кома. Пусковым механизмом печеночной комы считают остро развивающуюся гипоксию печени. В патогенезе комы большое значение придают интоксикации мозга продуктами нарушенного белкового обмена и, прежде всего, аммонием. На передний план в клинической картине печеночной комы выступают расстройства деятельности ЦНС: апатия, сонливость, спутанность сознания, беспокойство, бред, дезориентация, бессознательное состояние.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков,

правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов.
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков.

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Дискинезия желчевыводящих путей.
2. Хронический холецистит.
3. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности печени и желчевыводящих путей.
2. Этиопатогенез хронического гепатита и цирроза печени у детей.
3. Классификация хронического гепатита и цирроза печени.
4. Клиника различных проявлений хронического гепатита и цирроза печени.
5. Осложнения хронического гепатита и цирроза печени.
6. Диагностические критерии хронического гепатита и цирроза печени.
7. Дифференциальная диагностика хронического гепатита и цирроза печени.
9. Показания к консультации узких специалистов
10. Методы реабилитации
14. Профилактика хронического гепатита и цирроза печени.

Материал используемый преподавателем:

I. Основная:

1. «Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987
1. «Детские болезни», под редакцией Н.П.Шабалова, 1999

II. Дополнительная:

1. «Болезни детей старшего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998.
2. «Гастроэнтерология детского возраста в схемах и таблицах», справочник под редакцией М.В.Эрмана, С.Петербург, 1997

Тема: Дизурический синдром. Патологический осадок мочи. Инфекции мочевыводящих путей. Энурез. Дизметаболические нефропатии.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучить студентов умению диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и стандартам лечения при инфекциях мочевыводящих путей, энурезе и дизметаболических нефропатиях.

Задачи:

1. Рассмотреть критерии диагностики инфекции мочевыводящих путей, энуреза и дизметаболических нефропатий.
2. Обучить правильному выбору лекарственных препаратов.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Обсудить критерии возможных осложнений инфекции мочевыводящих путей и дизметаболических нефропатий.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при данных патологиях.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы в различные возрастные периоды.
2. Этиопатогенез инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
3. Критерии диагностики инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
4. Основные осложнения инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации нефролога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение дизурическому синдрому.
2. Дать характеристику детей с инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
3. Перечислить клинические симптомы, характеризующие инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
4. Проводить дифференциальную диагностику.
5. Прогнозировать последствия гломерулонефрита.
6. Проведение диспансерного наблюдения.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией мочевыделительной системой.
4. Назначение лечения в зависимости от течения инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии, энуреза.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей, перенесших инфекции мочевыводящих путей, дизметаболическую нефропатию.

Перечень практических навыков:

1. Не требующие пошаговое освоение:

1. Проба Зимницкого.
2. Проба Фольгарда.
3. Метод Каковского –Алдиса.
4. Метод Нечипоренко.

Содержание практического занятия.

Инфекция мочевой системы у детей (ИМС) занимает ведущее место в структуре заболеваний детского возраста после острой респираторной вирусной инфекции. К 7-летнему возрасту 7-9% девочек и 1,6-2% мальчиков имеют, как минимум, один эпизод ИМС, подтвержденный бактериологически. Так, 30% девочек в течение года и 50% - в течение 5 лет переносят обострение о. пиелонефрита. У мальчиков частота рецидивов ИМС в течение года несколько ниже - 15-20%. В дальнейшем для них не характерно развитие обострения пиелонефрита. Обструктивные уропатии встречаются в 2% случаев ИМС у девочек и в 10% - у мальчиков. Клинические проявления острого цистита встречаются, в основном, у девочек 2-6 лет.

Острый цистит представляет собой микробно-воспалительное поражение слизистой мочевого пузыря.

Хронический пиелонефрит - длительно (более 6 мес) текущий воспалительный процесс, как правило, на фоне анатомических аномалий мочевыводящего тракта или обструкции, сопровождающийся фиброзом и деформацией чашечно-лоханочной системы.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) - ретроградный ток мочи из мочевого пузыря в мочеточники. Различают первичный и вторичный ПМР. Первичный ПМР является врожденным и связан с нарушением антирефлюксного механизма вследствие аномального развития пузырно-мочеточникового соустья. Вторичный ПМР является следствием нарушения динамики мочевого пузыря, с последующим расстройством нормального антирефлюксного механизма, в результате обструкции мочеточника, нейрогенной дисфункции мочевого пузыря (гиперрефлекторный и гипорефлекторный тип), длительно текущего цистита и т.д.

Рефлюкс-нефропатия (РН) - заболевание, характеризующееся формированием очага склероза в почечной паренхиме (в одной или обеих почках), ассоциирующееся с пузырно-мочеточниковым рефлюксом и инфекцией мочевой системы (ИМС).

Предрасполагающими факторами к развитию ИМС могут служить анатомо-функциональные особенности развития органов мочевой системы, приводящие к нарушению уро - или гемодинамики (пузырно-мочеточниковый рефлюкс и обструкция мочевыводящих путей).

Среди малышей до 5 лет 20 % детей страдают энурезом, до 10 лет - 5 %, и даже 2-3% 12-14-летних подростков. В возрасте 18 лет энурез встречается у 1-2 % молодых людей, и даже 0,5 % взрослых страдают этим недугом. Причем у мужской части населения это заболевание встречается чаще, чем у женского.

Большинство малышей, а именно 70 % начинают контролировать работу своего мочевого пузыря к трем годам, 75 % - к четырем, а к пяти годам 80 % ребятшек в состоянии удержать мочу в течение ночи и проснуться утром в сухой постели. Поэтому рассматривать ночное недержание мочи как заболевание следует не раньше, чем ребенку исполнится 4-5 лет. Причин возникновения энуреза очень много. И характер его возникновения тоже может быть самым разным.

Дизметаболические нефропатии (ДМН) – это группа заболеваний, обусловленных нарушением обмена веществ, в частности водно-солевого обмена, сопровождающиеся

изменениями со стороны почек. К ним относятся оксалатурия, уратурия, фосфатурия, смешанные Дизметаболические нефропатии. Все дизметаболические нефропатии делятся на первичные и вторичные.

Клиническая картина ДМН зависит также от ее вида и первичности процесса.

Оксалатурия или оксалатная ДМН.

Первичная оксалатурия обусловлена дефицитом аланин-глиоксилат-аминотрансферазы и глиоксилат-редуктазы. Проявляется симптомами мочекаменной болезни. Диагноз у некоторых больных, включая и детей раннего возраста, ставится уже в стадии почечной недостаточности.

Вторичные оксалатные ДМН обусловлены повышенной абсорбцией оксалата из кишечника. Диагноз ставится на основании повышения оксалатов в моче (более 1 мг/кг за сутки), УЗИ-исследований.

Лечение – комплексное, включающее диету, питьевой режим, лечение минеральными водами, фитотерапию и медикаментозную: средства, стабилизирующие клеточные мембраны – курсы поливитаминовой терапии, особенно витамин В6; стабилизирующие гомеостаз Са в клетке, ингибиторы ксантиоксидаз.

Уратная нефропатия. Первично-наследственные формы с дефектом метаболизма мочевой кислоты (подагра, синдром Лехша-Найхена); вторичные формы часто являются осложнением лекарственных отравлений, гемолитической и миеломной болезнью, алкоголизм родителей; избыточное употребление мяса и мясных продуктов, богатых пуриновыми основаниями и т.д.

Лечение, как и лечение оксалатурии – комплексное, медикаментозная терапия направлена на нормализацию пуринового обмена.

Дети со всеми видами ДМН ввиду их длительного течения подлежат постоянной диспансеризации с проведением динамических анализов мочи.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей
2. Этиопатогенез инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии, энуреза.
3. Классификация инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
4. Клиника инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс и рефлюкс нефропатии.
6. Осложнения инфекций мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
7. Диагностические критерии инфекции мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.

8. Дифференциальная диагностика мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатии.
9. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы
10. Лечение детей с инфекцией мочевыводящих путей, дизметаболической нефропатией, энурезом.
11. Показания к консультации узких специалистов
12. Методы реабилитации
14. Профилактика.

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987
2. «Детские болезни» – учебник под редакцией Н.П.Шабалова,-М, 1997.

II. Дополнительная:

1. «Нефрология детского возраста» справочное руководство под редакцией М.В.Эрман, С.Петербург, 1997
2. «Болезни детей старшего возраста» - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова,-Москва-Иваново,-1998

Практическое занятие № 11

Тема: Отечный синдром. Острые и хронические гломерулонефриты у детей

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучить студентов умению диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и стандартам лечения при гломерулонефритах.

Задачи:

1. Рассмотреть критерии диагностики гломерулонефрита.
2. Обучить правильному выбору лекарственных препаратов.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Обсудить критерии возможных осложнений гломерулонефрита.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных гломерулонефритах.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы в различные возрастные периоды.
2. Этиопатогенез гломерулонефрита.
3. Критерии диагностики гломерулонефрита.
4. Основные осложнения гломерулонефрита.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации нефролога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение мочевого синдрому.
2. Дать характеристику детей с острым гломерулонефритом.
3. Перечислить клинические симптомы, характеризующие гломерулонефрит.
4. Проводить дифференциальную диагностику.

5. Прогнозировать последствия гломерулонефрита.

6. Проведение диспансерного наблюдения.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.

2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.

3. Осмотреть ребенка с патологией мочевыделительной системой.

4. Назначение лечения в зависимости от течения гломерулонефрита.

5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей, перенесших гломерулонефрит.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошаговое освоение:

1. Проба Зимницкого.

2. Проба Фольгарда.

3. Метод Каковского – Аддиса.

4. Метод Нечипоренко.

II. Требующие пошаговое освоение:

1. Измерение артериального давления.

Содержание практического занятия.

Гломерулонефрит – приобретенное полиэтиологическое заболевание почек, в основе которого лежит иммунное воспаление с инициальным поражением клубочков и возможным вовлечением в патологический процесс любого компонента почечной ткани. Заболевание возникает после стрептококковых инфекций, особенно вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А. Через 1-3 недели после перенесенного стрептококкового заболевания, ОРВИ, прививки или других причин резко усиливается образование иммунных комплексов (ИК) с одновременным нарушением их элиминации. Образовавшиеся ИК, соединившись с комплементом, осаждаются в области эндотелия клубочковых капилляров, в гломерулярных базальных мембранах, мезангии. Вследствие этого возникают распространенные патоморфологические изменения.

Острый нефритический синдром характеризуется острым началом, умеренными отеками, повышением давления, появлением мочи цвета мясных помоев.

Нефротический синдром отличают большие отеки, асцит, анасарка. АД нормальное или сниженное. Болезнь начинается постепенно, с небольших отеков под глазами.

Нефритический синдром является классическим проявлением острого гломерулонефрита у детей. При этом отмечается повышение артериального давления, расширение границ относительной сердечной тупости, приглушенность тонов сердца.

Изолированный мочево́й синдром проявляется разнообразными изменениями в моче: небольшой (до 1 г/л), реже умеренной протеинурией, микро- или макрогематурией, иногда лейкоцитурией при отсутствии экстраренальных симптомов заболевания.

К атипичным формам острого гломерулонефрита относятся: малосимптомные, проявляющиеся отдельными симптомами – только артериальной гипертензией или только отеками.

Ангиоспастическая энцефалопатия (почечная эклампсия) развивается в первые дни начального периода острого гломерулонефрита бывает настолько выраженной, что маскирует основной почечный процесс. Приступу почечной эклампсии обычно предшествуют головная боль, тошнота, повторная рвота, диплопия, повышение температуры до 38 – 39 С. Приступ сопровождается расширением зрачков, расстройствами дыхания, посинением лица, вздутием шейных вен. Продолжительность приступа 3-5 мин, иногда дольше.

Хронический гломерулонефрит – двустороннее диффузное воспаление клубочков почек иммунного происхождения. В большинстве случаев имеет прогрессирующее течение с постепенным вовлечением в процесс всех отделов нефрона, развитием нефросклероза и ХПН.

При хроническом гломерулонефрите у детей выделяют нефротическую, гематурическую и смешанную формы заболевания.

Нефротическая форма. Заболевание развивается постепенно. Ребенок становится вялым, слабым. Периодически начинают появляться отеки. АД у больных длительное время остается нормальным. У большинства детей увеличиваются печень и селезенка. Суточный диурез понижен.

Гематурическая форма. На первый план выступает выраженная и упорная гематурия. Помимо большого количества эритроцитов при исследовании осадка мочи выявляются лейкоциты, гиалиновые и зернистые цилиндры, клетки почечного эпителия. Белок с мочой выделяется в небольшом количестве – до 1 г/сут.

Смешанная форма. При этой форме выявляются все характерные для этого заболевания симптомы - бледность кожи, пастозность или отечность всего тела. АД вначале заболевания повышается транзиторно, а затем стабилизируется на высоких цифрах. Мочевой синдром проявляется неселективной протеинурией, эритроцитурией, лейкоцитурией.

В течении хронического гломерулонефрита у детей принято выделять периоды обострения, частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии.

Течение хронического гломерулонефрита у детей может осложниться пневмонией с поражением плевры, отитом, рожистым воспалением кожи, острой сердечно-сосудистой недостаточностью. К числу наиболее неблагоприятных признаков, с точки зрения прогноза заболевания, относятся склонность к непрерывному рецидивированию процесса, стойкий подъем АД, массивную протеинурию и макрогематурию, стойкую гиперазотемию, значительную анемию, выраженные и стойкие иммунологические сдвиги.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (клин. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей
2. Этиопатогенез гломерулонефрита.
3. Классификация острого и хронического гломерулонефрита.
4. Клиника острого гломерулонефрита.
5. Клиника хронического гломерулонефрита.
6. Осложнения острого и хронического гломерулонефрита.
7. Диагностические критерии гломерулонефрита.

8. Дифференциальная диагностика гломерулонефрита.
9. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы
10. Лечение детей с гломерулонефритом на догоспитальном этапе
11. Показания к консультации узких специалистов
12. Диспансеризация больных с гломерулонефритом.
13. Методы реабилитации
14. Профилактика гломерулонефрита.

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987
2. «Детские болезни» – учебник под редакцией Н.П.Шабалова,-М, 1997.

II. Дополнительная:

1. «Нефрология детского возраста» справочное руководство под редакцией М.В.Эрман, С.Петербург, 1997
3. «Болезни детей старшего возраста» - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова,-Москва-Иваново,-1998

Практическое занятие № 12

Тема: Отечный синдром: острые и хронические пиелонефриты у детей

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов умению диагностировать, проводить дифференциальную диагностику и стандартам лечения при пиелонефрите.

Задачи обучения:

1. Рассмотреть критерии диагностики пиелонефрита.
2. Обучить правильному выбору лекарственных препаратов.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Обсудить критерии возможных осложнений пиелонефрита.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку при тяжелых и осложненных формах пиелонефрита.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы в различные возрастные периоды.
2. Этиопатогенез пиелонефрита.
3. Критерии диагностики пиелонефрита.
4. Основные осложнения пиелонефрита.
5. Принципы лечения и профилактики.
6. Показания для консультации нефролога.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение мочевого синдрому.
2. Дать характеристику детей с острым пиелонефритом.
3. Перечислить клинические симптомы, характеризующие пиелонефрит.
4. Проводить дифференциальную диагностику.
5. Прогнозировать последствия пиелонефрита.
6. Проведение диспансерного наблюдения.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией мочевыделительной системой.
4. Назначение лечения в зависимости от течения пиелонефрита.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации детей, перенесших пиелонефрит.

Содержание практического занятия.

Под пиелонефритами принято понимать микробно-воспалительное заболевание почек с поражением чашечно-лоханочной системы, интерстициальной ткани паренхимы почек и канальцев.

Принято различать следующие формы пиелонефрита по патогенезу: первичной и вторичной; по течению; острый и хронический.

Под первичным пиелонефритом следует понимать микробно-воспалительный процесс в почечной паренхиме, когда при использовании современных методов исследования не удается выявить факторы и условия, способствующие фиксации микроорганизмов и развитию воспаления в тубуло-интерстициальной ткани почек.

Вторичный пиелонефрит характеризуется возникновением бактериально-воспалительных изменений почек у детей, имеющих аномалии ОМС, нарушения уродинамики и/или обменные нефропатии. Выделение указанных форм пиелонефрита представляются целесообразным в связи с необходимостью определения адекватной тактики лечения.

У грудных детей при остром пиелонефрите имеется выраженная склонность к генерализации инфекции, быстрому развитию нарушений водно-солевого обмена с эксикозом, ацидозом, диареей, расстройству функции не только почек, но и печени, надпочечников, ЦНС, последующим появлением признаков тяжелой интоксикации и глубокого обезвоживания, коллапса. В то же время при хроническом пиелонефрите у детей раннего возраста могут отмечаться только такие общие симптомы, как снижение аппетита, недостаточное увеличение массы тела, роста, отставание психомоторного развития, субфебрилитета.

При остром течении заболевания или обострении хронического пиелонефрита не представляет больших трудностей. Необходимо провести: анализ мочи в динамике, посев мочи, определение степени бактериурии, функционального состояния почек, биохимический анализ крови, УЗИ, а также рентгенологическое исследование.

Осложнениями могут быть: апостоматозный нефрит (множество абсцессов) протекающий как острейшее, септического характера заболевание; карбункул почки – выявляющийся на экстренной урограмме; паранефрит – ведущим симптомом которого является боль в поясничной области, в дальнейшем появляются лейкоциты в моче; некроз почечных сосочков, проявляющийся макрогематурией; мочекаменная болезнь; нефрогенная гипертония; ХПН вследствие вторично сморщенной почки.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей
2. Этиопатогенез пиелонефрита
3. Классификация пиелонефрита
4. Клиника пиелонефрита
5. Клиника различных форм пиелонефрита
6. Осложнения пиелонефрита
7. Диагностические критерии пиелонефрита
8. Дифференциальная диагностика пиелонефрита
9. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы
10. Лечение больных детей пиелонефрита на догоспитальном этапе
11. Показания к консультации узких специалистов
12. Методы реабилитации
13. Профилактика пиелонефрита

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987
2. «Детские болезни» – учебник под редакцией Н.П.Шабалова,-М, 1997.

II. Дополнительная:

1. «Нефрология детского возраста» справочное руководство под редакцией М.В.Эрман, С.Петербург, 1997
4. «Болезни детей старшего возраста» - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова,-Москва-Иваново,-1998,-с.104-113

Практическое занятие № 13

Тема: Острая и хроническая почечная недостаточность.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучить студентов умению диагностировать и проводить лечение, наблюдение за детьми с ОПН и ХПН.

Задачи:

1. Обучить студентов критериям диагностики ОПН и ХПН.
2. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики различных клинических проявлений ОПН и ХПН.
3. Студент сможет организовать специализированную консультативную помощь ребенку.
4. Студент сможет составить план оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

- 1.Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы в различные возрастные периоды.
- 2.Этиопатогенез острой и хронической почечной недостаточности.
- 3.Критерии диагностики ОПН и ХПН.
- 4.Исходы ОПН и ХПН.
- 5.Принципы лечения и профилактики.
- 6.Показания для консультации нефролога.

Чему научиться после этого занятия:

- 1.Дать определение острой и хронической почечной недостаточности;
- 2.Дать характеристику детей с острой и хронической почечной недостаточностью;
- 3.Перечислять клинические симптомы, характеризующие ОПН и ХПН;
- 4.Проводить дифференциальную диагностику;
- 5.Прогнозировать последствия ОПН и ХПН;
- 6.Проводить диспансерное наблюдение.

Студент должен уметь:

- 1.Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
- 2.Интерпретировать данные клинических, инструментальных и рентгенологических исследований, касающихся данной патологии.
- 3.Осмотреть ребенка с патологией мочевыделительной системой.
- 4.Назначение лечения в зависимости от стадии почечной недостаточности.
- 5.Принципы диспансеризации и реабилитации детей с ОПН и ХПН.

Перечень практических навыков:*I. Не требующие пошаговое освоение*

- 1.Проба Зимницкого.
- 2.Проба Фольгарда.
- 3.Метод Каковского –Алдиса.
- 4.Метод Нечипоренко.

II. Требующие пошаговое освоение

- 1.Измерение артериального давления.

Содержание практического занятия.

Острая почечная недостаточность—неспецифический полиэтиологический синдром, характеризующийся быстрым развитием нарушений гомеостаза, возникающих в связи с внезапным выключением основных почечных функций.

Различают преренальные, ренальные и постренальные факторы, способствующие возникновению ОПН у детей. В течении ОПН выделяют четыре периода: начальный, или шоковый, олигоанурический, восстановления диуреза и полиурии, выздоровления.

Начальный период ОПН продолжается от нескольких часов до 2-3 дней и характеризуется общими гемодинамическими расстройствами, осложняющимися нарушениями микроциркуляции крови в папаренхиматозных органах, в частности, в почках.

Олигоанурический период ОПН имеет продолжительность от 8 до 28 дней и характеризуется значительным и быстро прогрессирующим снижением суточного диуреза при низкой относительной плотности мочи. Снижение суточного диуреза до 200-150 мл/сут на протяжении 2-3 дней рассматривается как легкая форма ОПН, до 150-80 мл/сут в течение 10-15 дней – как тяжелая, до 150-80 мл/сут в течение 20 дней и более указывает на необратимые изменения в почках.

Период восстановления диуреза и полиурии наступает в случае благоприятного течения ОПН и имеет продолжительность до 2-3 нед. Начало этого периода характеризуется

постепенным увеличением суточного диуреза до 3-5 л/сут. У больных постепенно уменьшаются и ликвидируются гиперкалиемия, гиперазотемия, гипергидратация, нормализуется АД, улучшается общее состояние.

Период выздоровления характеризуется постепенным восстановлением всех функций почек. Он может продолжаться 6-12 мес., а в тяжелых случаях – до 2 лет.

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) – необратимое нарушение гомеостатических функций почек, связанное с тяжелым прогрессирующим почечным заболеванием, неуклонным уменьшением массы действующих нефронов вследствие их атрофии и склероза. Клинические проявления этого заболевания и соответствующие биохимические сдвиги возникают у больных в случае фиброзного замещения и гибели функционирующей паренхимы почек до $\frac{1}{4}$ ее нормальной величины.

ХПН – заключительная стадия развития целого ряда врожденных, наследственных и приобретенных нефропатий.

Выраженность и динамика клинических и лабораторных проявлений ХПН зависит от этиологического фактора, периода заболевания, степени нарушения почечных функций и изменений гомеостаза.

ХПН у детей имеет две стадии – начальную (полиурическая, компенсированная) и терминальную (конечная, уремическая, олигоанурическая).

Начальная стадия характеризуется в основном клиническими признаками заболевания, приведшего к ее развитию. Дети становятся малоподвижными, быстро устают, плохо прибавляют в массе и росте, у них отмечается бледность кожи, сухость ее и слизистых оболочек, мышечная гипотония. Характерный симптом начальной стадии – полиурия (до 2-4 л/сут).

Лабораторные показатели в этой стадии характеризуются повышением уровня мочевины и остаточного азота, креатинина в крови, снижением клубочковой фильтрации, гипонатриемией и гипокалиемией.

Терминальная стадия ХПН. Больные жалуются на постоянную головную боль, зуд кожи, у них нарастает вялость и адинамия, анорексия, появляется постоянная сонливость. Иногда на коже и слизистых оболочках обнаруживаются петехиальные кровоизлияния, реже отмечаются носовые кровотечения, ощущается запах аммиака изо рта.

Изменения лабораторных показателей при уремической стадии свидетельствуют о глубокой декомпенсации функции почек.

Прогноз при ХПН неблагоприятный. Непосредственными причинами летального исхода могут стать кровоизлияния в мозг, сердечно-сосудистая недостаточность, ацетонемическая и уремическая кома, наслоившиеся инфекционные заболевания и др.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов
4. Слайды.

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей
2. Этиопатогенез ОПН и ХПН.
3. Классификация ОПН и ХПН.
4. Клиника острой почечной недостаточности.
5. Клиника хронической почечной недостаточности.
6. Исходы ОПН и ХПН.
7. Диагностические критерии ОПН и ХПН.
8. Дифференциальная диагностика ОПН и ХПН.
9. Функциональные методы исследования мочевыделительной системы
10. Лечение детей с ОПН и ХПН.
11. Показания к консультации узких специалистов
12. Диспансеризация больных с ОПН и ХПН.
13. Методы реабилитации
14. Профилактика ОПН и ХПН.

Рекомендуемая литература:

I. Основная:

1. «Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987
2. «Детские болезни» – учебник под редакцией Н.П.Шабалова,-М, 1997.

II. Дополнительная:

1. «Нефрология детского возраста» справочное руководство под редакцией М.В.Эрман, С.Петербург, 1997
- 2.«Болезни детей старшего возраста» - руководство для врачей под редакцией А.А.Баранова,-Москва-Иваново,-1998
3. «Справочник семейного врача», - под редакцией Г.П.Матвейкова, -Минск, 2000, - с.162, 378, 539

Практическое занятие № 14

Тема: Синдром вегетативной (нейроциркуляторной) дистонии.

Количество часов: 6,0

Цель занятия: Обучение студентов ранней диагностике ВСД на догоспитальном этапе и определению организационно – лечебной тактики.

Задачи:

- 1.Обучить студента критериям диагностики ВСД.

2. Обсудить правильный выбор медикаментозной коррекции нарушений основных жизненно-важных функций органов и систем.
3. Продемонстрировать принципы проведения дифференциальной диагностики.
4. Рассмотреть клинические формы ВСД.
5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку с ВСД.
6. Обучить студентов составлению плана оздоровительных мероприятий.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1. Анатомо-физиологические особенности вегетативной нервной системы детского организма.
2. Этиопатогенез вегето - сосудистой дистонии.
3. Критерии диагностики ВСД.
4. Принципы лечения и профилактики.
5. Показания для консультации узкого специалиста

Чему научится после этого занятия:

1. Дать определение ВСД;
2. Дать характеристику детей с ВСД;
3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие ВСД;
4. Различать отдельные виды ВСД;
5. Прогнозировать последствия ВСД;
6. Проводить диспансерное наблюдение за детьми с ВСД.

Студент должен уметь:

1. Правильно собирать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и биохимических исследований, касающихся данной патологии.
3. Осмотреть ребенка с патологией вегетативной нервной системы.
4. Проводить функциональные методы исследования.
5. Назначать лечение в зависимости от клинического варианта ВСД.
6. Проводить диспансеризацию и составлять план реабилитации.

Перечень практических навыков:

I. Не требующие пошагового освоения:

1. Определение частоты сердечных сокращений в зависимости от возраста ребенка.
2. ЭКГ.

II. Требующие пошагового освоения:

1. Измерение артериального давления.
2. Клиноортостатическая проба.
3. Кардиоинтегралография.
4. Дермографизм.

Содержание практического занятия.

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Синдром вегетативной дистонии – состояние, характеризующееся нарушением вегетативной регуляции сердца, сосудов, внутренних органов и желез внутренней секреции в результате первично или вторично возникших морфофункциональных изменений в центральной или периферической вегетативной нервной системе.

ВСД наиболее частая патология у детей и подростков. Его распространенность среди школьников, по обобщенным данным, колеблется от 40 до 60%. Примерно в 2,5 раза чаще он встречается у девочек, чем у мальчиков.

По своей природе ВСД мультифакторно. В качестве одного из компонентов, способствующих развитию ВСД, многими авторами называется длительная психоэмоциональная напряженность. К факторам, предрасполагающим к развитию ВСД, относятся пре- и пубертатный периоды. Для этих периодов характерна нейрогормональная перестройка, вегетативная лабильность, психоэмоциональная неустойчивость.

В основе патогенеза нарушений вегетативной регуляции, по мнению С.М.Кушнира (1999), лежит перенапряжение адаптационно-компенсаторных механизмов организма в результате выраженной гиперсимпатикотонической реакции на фоне недостаточной активации парасимпатического отдела, либо в результате чрезмерного, компенсаторного, альтернативного усиления парасимпатической реакции под влиянием стрессовых факторов. Недостаточность альтернативной компенсации отделов ВНС ведет к стойкому преобладанию одного из них. В дальнейшем наступает срыв адаптации. В дальнейшем наступает срыв адаптации. При этом возникает парадоксальная депрессия альтернативного отдела ВНС, в результате чего развивается запредельное, не сдерживаемое альтернативной компенсацией симпатическое или парасимпатическое возбуждение.

Клиническая картина ВСД полиморфна. Она зависит от его вегетативного типа, клинического синдрома и характера течения.

Синдром артериальной гипертензии – это первичная артериальная гипертензия, обусловленная функциональным нарушением вегетативной регуляции сосудистого тонуса по симпатикотоническому типу. В основе патогенеза синдрома артериальной гипертензии лежит гиперреактивность гипоталамуса, в результате чего под влиянием различных этиологических факторов легко стимулируется симпатико-адреналовая система, повышается чувствительность альфа- и бета-адренорецепторов. На основании динамики развития артериальной гипертензии выделяют транзиторную, лабильную и стабильную ее стадии. Синдром артериальной гипертензии примерно у 10-15% детей трансформируется в гипертоническую болезнь взрослых.

Синдром артериальной гипотензии. В основе его патогенеза лежит гипофункция симпатико-адреналовой системы, недостаточная чувствительность адренорецепторов к катехоламинам, повышенная активность парасимпатического отдела ВНС.

Синкопальные состояния. Могут быть разных типов.

Вазодепрессорные (вазовагальные) обмороки наблюдаются у детей с ваготонией. Их развитие может быть спровоцировано психо-эмоциональным стрессом, резкой болью, видом крови, перегреванием. В основе патогенеза лежит внезапное повышение холинэргической активности, в результате чего резко снижается АД, уменьшается кровоснабжение мозга, выключается сознание.

Ортостатические обмороки возникают при быстром переходе из горизонтального положения в вертикальное, длительном стоянии, особенно в душном помещении.

Синдром цефалгии. В основе патогенеза лежат сосудистые нарушения. Наиболее часто в детском возрасте встречается головная боль напряжения (ГБН), реже – мигрень. ГБН обусловлена спазмом сосудов головного мозга. По клиническим проявлениям ГБН, как правило, диффузная, ноющего, давящего, сжимающего характера, локализующаяся в лобновисочных и теменных областях, возникающая преимущественно во второй половине дня. Мигрень у детей – это синдром, характеризующийся пароксизмами головных болей, при отсутствии патологических симптомов в межприступном периоде. Приступ головной боли может начаться в любое время суток, но чаще отмечается утром после сна. Головная боль обычно односторонняя, локализованная в лобно-височной области, пульсирующая, как правило, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, фотофобией и /или фонофобией.

Вестибулопатия – синдром, связанный с недостаточностью вестибулярного аппарата. При этом появляется головокружение, бледность кожных покровов, тошнота и рвота, брадикардия, снижение АД при поездке в транспорте, на качелях и каруселях.

Термоневроз – синдром, обусловленный нарушением терморегуляции в результате расстройства функций либо заднего (симпатикотонического) отдела гипоталамуса, либо переднего (ваготонического). При симпатикотоническом термоневрозе наблюдается повышение температуры. При ваготоническом термоневрозе отмечается зябкость, плохая переносимость сквозняков, субфебрильная температура тела.

Функциональная кардиопатия – синдром, характеризующийся развитием изменений в сердце в результате нарушений вегетативно-гуморальной регуляции. Признаки: кардиалгия, атриовентрикулярная блокада 1-й степени, пролапс митрального клапана, сердечные аритмии по типу экстрасистолии, функциональный систолический шум.

Дыхательный невроз – клинический синдром, характеризующийся нарушением вегетативной регуляции дыхательной системы. Этот синдром наблюдается при ваготонии, которая способствует развитию гиперреактивности бронхов. У детей появляются жалобы на чувство нехватки воздуха, одышку. В вечерние и ночные часы могут возникать приступы одышки («псевдоастма»), приступы спазматического кашля («вагусный» кашель). Обычно при этом отмечаются боли в животе, гиперсаливация.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков, правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Рентгеновские снимки и данные анализов
4. Слайды

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов: поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности вегетативной нервной системы у детей.
2. Этиопатогенез ВСД.
3. Классификация ВСД.
4. Клиника различных форм ВСД.
5. Осложнения ВСД.
6. Диагностические критерии ВСД.
7. Дифференциальная диагностика ВСД.
9. Показания к консультации узких специалистов
10. Диспансеризация больных с ВСД.
13. Методы реабилитации
14. Профилактика ВСД.

Рекомендуемая литература:

1. Основная

1. «Детские болезни», учебник под редакцией Л.А.Исаевой, М, 1987

II.Дополнительная:

1. «Детские болезни», под редакцией Н.П.Шабалова, 2000.

2.«Болезни детей старшего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998.

3. «Болезни сердца и сосудов у детей», Н.А.Белоконь, М.Б.Белоконь, 1987

4. «Вегето-сосудистая дистония у детей», методические рекомендации для врачей , 1

5. « Лекции по актуальным проблемам педиатрии», РГМУ, 2000 г.

Практическое занятие № 15

Тема занятия: Гипертермический и судорожный синдромы у детей.

Количество часов: 6,0.

Цель занятия: Обучить студентов диагностировать, оказывать врачебную помощь при судорожном и гипертермическом синдромах.

Задачи:

1. Дать студентам понятие о гипертермическом и судорожном синдроме.

2. Обучить принципам проведения дифференциальной диагностики инфекционной и неинфекционной гипертермии.

3. Принципы оказания неотложной помощи при гипертермическом и судорожном синдроме.

4. Обучить студентов определению критериев возможных осложнений гипертермического и судорожного синдрома.

5. Организация специализированной консультативной помощи больному ребенку.

Ожидаемые результаты:

Студент должен знать:

1.Особенности терморегуляции организма ребенка;

2.Критерии диагностики гипертермического и судорожного синдрома;

3.Клинические проявления гипертермического и судорожного синдрома;

4.Принципы дифференциальной диагностики;

5.Современные методы лечения и профилактики;

6.Показания для консультации узкого специалиста;

7.Принципы диспансеризации и реабилитации.

Чему научиться после этого занятия:

1. Дать определение гипертермическому и судорожному синдрому;

2. Дать характеристику детей с гипертермией и судорогами;

3. Перечислять клинические симптомы, характеризующие гипертермический и судорожный синдром;

4. Проводить дифференциальную диагностику инфекционной и неинфекционной гипертермии;

5. Проводить дифференциальную диагностику эпилептических и неэпилептических судорог;

6. Прогнозировать последствия гипертермического и судорожного синдрома;

7. Проводить диспансерное наблюдение.

Студент должен уметь:

1. Правильно собрать анамнез и жалобы больного, их интерпретировать.
2. Интерпретировать данные клинических и инструментальных методов исследований касающихся данной патологии.
3. Распознавать виды судорог.
4. Оказывать помощь при гипертермическом и судорожном синдроме.
5. Принципы диспансеризации и реабилитации

Перечень практических навыков:

II. Не требующие пошагового освоения:

1. Термометрия.
2. Определение тонуса мышечной системы.

II. Тrequющие пошагового освоения:

1. Оказание помощи при гипертермическом синдроме.
2. Оказание помощи при судорожном синдроме.

Содержание практического занятия:

После приветствия студентов, им коротко разъясняется цель и задачи данного занятия.

Лихорадка – защитно - приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на действие патогенных раздражителей и выражающаяся в перестройке терморегуляции на поддержание более высокого, чем в норме, уровня теплосодержащие и температура тела.

Выделяют две группы лихорадок: инфекционные - органического происхождения и функциональные имеющие самостоятельное значение.

Причиной лихорадки, продолжающейся не более 5 и редко до 10 дней на фоне лечения, являются чаще всего острые инфекционные заболевания, диагностика которых в большинстве случаев не представляет сложности.

Причиной неинфекционной лихорадки могут быть такие болезни как, тиреотоксикоз, несахарный диабет, нарушение обмена веществ, в частности минерального; у новорожденных и детей первого года жизни - дегидратация, алиментарный фактор.

Характерная особенность – появление лихорадки на фоне или сразу после активных физических упражнений, эмоционального возбуждения и быстрое ее снижение после устранения этих причин. Чаще этот тип лихорадки наблюдается в пубертатном возрасте.

Лихорадка может возникать и как реакция на лекарственные препараты. Как правило, она обусловлена гиперчувствительностью ребенка к медикаментам и развивается на 5-10 день после начала приема препаратов. Характерен ремиттирующий и интермиттирующий, а иногда и постоянный тип температурной кривой.

Диагностика причин должна начинаться с оценки эпидемиологических и клинических характеристик. Вначале необходимо собрать полный анамнез включающий сведения о перенесенных болезнях, социально-бытовых факторов, после этого внимательно провести подробное объективное обследование обычные лабораторные исследования. В схему стандартного обследования больных включается посев крови и мочи.

Судорожный синдром – клинический симптомокомплекс, характеризующийся потерей сознания и гипермоторикой поперечно-полосатой мускулатуры. Просто судороги представляют собой внезапное произвольное сокращение мышц и не сопровождается потерей сознания.

В 40% случаев причина судорог гипертермия. Нередко основными причинами выступают нейроинфекции, эпилепсия, судороги в детском возрасте обусловлены возрастной предрасположенности детского мозга к генерализованным реакциям.

Диагностические критерии судорог: характерен и длительность конвульсий, наличие лихорадки, наличие травмы, возможность острого отравления, наличие болезней нервной системы или судорожного синдрома у родственников.

Фебрильные судороги - отмечаются у 2-5% с 3 мес. до 6 лет. Часто первыми симптомами лихорадки являются конвульсии. Фебрильный судорожный синдром обычно возникает на фоне лихорадки, длится не более 15 минут, носит генерализованный характер и, как правило, проходит спонтанно до приезда « скорой помощи».

Артериальная гипертензия нередко сопровождается судорожным синдромом наряду с общими мероприятиями следует наладить активную гипотензивную терапию.

Преподавательские заметки

Практическое занятие начинается с проверки знаний по пройденной теме. Эта задача решается проведением дидактической формой опроса (задание вопросов и получение ответов), либо проведение интерактивных педагогических технологий («мозговой штурм», ручку на середину стола, кто хочет стать миллионером и т.д.). Вопросы необходимо задавать по одной и той же специфике – вначале всем вопросы по диагностике и дифференциальной диагностике, затем по клинике и лечению.

При недостаточном уровне базовых знаний необходимо в краткой форме пояснить основные моменты.

Затем необходимо переходить к определению знаний по новой теме. Данная часть занятия также будет проводиться в виде традиционной дидактической формы, либо с помощью интерактивных педагогических технологий. При этом уровень вопросов будет разделен на три категории по сложности: 1,2,3. Например:

1 уровень – определение понятия о диагностике и дифференциальной диагностике заболевания;

2 уровень – клиника и осложнения заболевания;

3 уровень – вопросы по тактике лечения.

Предполагаемая затрата времени на первую часть занятия составит 1 час. В процессе проведения теоретической части занятия необходимо определить наиболее подготовленных (сильных) студентов и студентов, уровень знаний которых посредственный (слабые). Это позволит в дальнейшем разделить группу на 2-3 подгруппы, при проведении педагогических интерактивных технологий – сильный + слабый студент против сильного + слабого.

Во второй части практического занятия необходимо проведение аналитического решения проблемы.

Вначале студентам будут объяснены основные цели данной части и проведена демонстрация диагностики заболевания и определения метода лечения.

Целью данной части занятия является развитие у студентов клинического мышления. Каждому студенту будут розданы ситуационные задачи по теме для индивидуальной работы. Время на размышление 5 минут, на ответ 3 минуты.

Далее группа делится на маленькие подгруппы, которым в свою очередь раздаются ситуационные задачи для совместного обсуждения. Время на размышление 7 минут, на ответ 4 минуты. Во время оценки учитывается активность каждого студента.

Проверяется их умение интерпретировать лабораторные данные, данные инструментальных исследований. После определения возможного диагноза, совместно со студентами вырабатывается тактика лечения на основе принятых стандартов лечения.

При проведении этой части занятия также будут использованы интерактивные методы обучения: дискуссии, «доктор и пациент» и т.д.

Примерная затрата времени для данной части практического занятия составит 2 часа.

Третья часть практического занятия посвящается освоению практических навыков. Для этого преподаватель совместно со студентами курирует больных, а также приглашаются волонтеры из числа сотрудников (clin. ординаторы, аспиранты, ст. лаб). Во время курации основное внимание будет уделено прививаниям студентам коммуникативных навыков,

правила осмотра тематического больного, интерпретация лабораторных данных, умение назначать симптоматическое лечение, советы для матерей по уходу за больным ребенком.

Студентам подробно будут разъяснены цели изучения данных навыков и показаны их проведение по шаговой методике.

Примерная затрата времени для данной части занятия составит 3 часа.

Раздаточный материал:

1. Информации.
2. Ситуационные задачи
3. Тесты по теме
4. Методические указания.

Оснащение практического занятия:

1. Больные по теме
2. Фонендоскопы
3. Данные анализов

Виды контроля знаний, умений и навыков студентов:

В процессе проведения занятия необходимо проведение следующих видов контроля:

1. Устный ответ
2. Активное участие в групповой полемике
3. Конспект во время самостоятельной работы
4. Выполнение практических навыков.

Задачи для самостоятельной работы студентов:

1. Спазмофилия
2. Поиск в сети Интернет, библиотека.

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей.
2. Этиопатогенез фебрильных судорог.
3. Виды судорог.
4. Виды гипертермии.
5. Причины возникновения судорог.
6. Клиника различных форм судорог у детей раннего возраста.
7. Клиника различных форм судорог у детей старшего возраста.
8. Осложнения судорог.
9. Диагностические критерии гипертермического и судорожного синдрома у детей.
10. Дифференциальная диагностика гипертермического и судорожного синдрома у детей.
11. Лечение больных при судорогах.
12. Показания к консультации узких специалистов.
13. Диспансеризация и методы реабилитации больных с различными видами судорог.
14. Профилактика гипертермического и судорожного синдрома у детей.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. « Детские болезни », под редакцией Н.П.Шабалова, 2000.
2. « Детские болезни» учебник под редакцией Л.А.Исаевой, 1987.

Дополнительная:

1. « Болезни детей старшего возраста», под редакцией А.А.Баранова, 1998.

2. « Справочник семейного врача», под ред. Г.П.Матвейкова, Минск, 2000,- с.139-141, 196-198.