

**Самостоятельная работа
по факультетской педиатрии для студентов 4 курса
Цели и задачи самостоятельной работы студентов**

Целью самостоятельной работы студентов является выработка определенных знаний и формирование практических навыков под руководством и контролем педагога.

Задачи самостоятельной работы студентов состоят:

- Самостоятельное овладение новыми знаниями и применение их на практике.
- Умение находить и использовать новейшую информацию и определять удобные методы их применения.
- Применять источники информации и пользоваться их адресами.
- Уметь работать с научной и популярной учебной литературой и документами.
- Уметь работать с электронным вариантом учебной литературы и использовать банк информации.
- Целесообразно использовать сеть интернета.
- Рациональное решение заданных задач и их планирование.
- Разбор базы информации.
- Подготовка к экспертизе выводов работы и переработка после заключения эксперта.
- При выполнении задач использовать систему и позитивный подход.

Организационные структуры самостоятельной работы студентов.

При организации самостоятельной работы студентов по основным направлениям факультетской педиатрии используется оценка усвоения материала каждым студентом с учетом их способности.

Подготовка рефератов и информации по следующим темам:

1. Иммунотерапия при сепсисе
2. Клиника гипервитаминозов
3. Противогрибковые препараты, клинико-фармакологическая характеристика, применение.
4. Назначение антибактериальных средств при острой пневмонии.
5. Поэтапная терапия бронхиальной астмы.
6. Дифференциальная диагностика бронхолегочных заболеваний.
7. Клинические особенности течения ревматизма.
8. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.
9. Клинические особенности течения неревматического кардита у детей различных возрастов.
10. Современные разновидности нестероидных противовоспалительных средств.
11. Диффузные заболевания соединительной ткани, общие синдромы и признаки.

Подготовка к практическим занятиям

- Этиотропное, патогенетическое, симптоматическое назначение лекарственных средств по нозологии.
- Интерпретация лабораторных данных и инструментальных методов исследования.
- Заполнение листа клинического мышления студентов.
- Диагностика неотложных состояний, их лечение и применение на практике.
- Написание истории болезни и ее защита.
- Участие в интерактивных методах обучения.
- Подготовка научных статей, тезисов и лекций.

Тема занятий

1. Рахит
2. Спазмофилия
3. Диатезы
4. Гиповитаминозы
5. Дефицитные анемии
6. Хронические расстройства питания (гипотрофии)
7. Синдром мальабсорбции (муковисцидоз, целиакия, дисахаридазная недостаточность, экссудативная энтеропатия)
8. Хронические расстройства питания (паратрофии)
9. Сепсис
10. Бронхиты
11. Острая пневмония
12. Бронхиальная астма
13. Хроническая пневмония
14. Острая ревматическая лихорадка (ревматизм)
15. Неревматический кардит
16. Ювенильный ревматоидный артрит
17. Врожденные пороки сердца

Тема занятия «Рахит»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики спазмофилии:

Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,0625%-10,0

D.S. по 1 капле 1 раз в день доношенному ребенку для профилактики.

Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,0625%-10,0

D.S. по 2 капли 1 раз в день недоношенному ребенку 2 степени для профилактики.

Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,5%-10,0

D.S. по 1 капле 1 раз в день для лечения рахита.

Задание – ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Рахит, период разгара, II степени тяжести, подострое течение.

Больная: Ниязова К., 7,5 мес., вес- 6,5 кг.

Клиника данного заболевания: Ребенок вялый, малоподвижный, слабый. Сильно потеет, быстро утомляется при кормлении. Аппетит снижен. При осмотре отмечается «квадратная» голова (образование лобных и теменных бугров). Затылок уплощен, отмечается облысение в этой области. Большой родничок размером 2,5x2,0 см, края податливы. Отмечаются утолщения в области запястья, на грудной клетке рахитические «четки». Выражены гипотония мышц и слабость связочного аппарата. Ребенок не сидит. В легких везикулярное дыхание, перкуторно легочной звук. В сердце тоны слегка приглушены, ритмичны. Живот мягкий, отмечается гипотония мышц, живот слегка вздут, гипотония передней брюшной стенки. Печень +3,5+4,0 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул неустойчивый. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-инструментальное исследование: В крови—Са -1,8 ммоль/л, Р-0,48ммоль/л, щелочная фосфатаза-220 ЕД/л. В моче аминокислоты-13 мг/кг в сутки, Р- 1,9 ммоль/л / сутки. На рентгенограмме трубчатых костей отмечается остеопороз, бокаловидное расширение в области метафизов, отсутствие обызвествления в зонах роста.

Лечение:

1. Режим и уход. Прогулки на свежем воздухе, дневной сон на улице, массаж, гимнастика.
2. Диета: ограничение молока и манной каши, добавит в рацион фруктовые соки, овощное пюре, желток, творог, мясо, печень.

3. Р-р эргокальциферола масляный 0,5% по 1 кап ежедневно в течение 35-40 дней.
4. Проведение пробы Сулковича каждые 7-10 дней.
5. АТФ 1%-1 мл в/м.
6. Цитратная смесь по 1 ч.л. х 3 р в день.
7. Витамины С, Гр В, Е.
8. Препараты кальция перорально.
9. Соляно-хвойные ванны.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Факторы способствующие развитию рахита».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

1. неблагоприятное течение антенатального периода развития.
1. недоношенность.
2. высокие масса-ростовые показатели при рождении и темпы их прибавок.
3. рождение в осенне-зимний период и из двойни.
4. раннее неправильное искусственное и смешанное вскармливание.
5. качественная неполноценность питания.
6. плохие материально-бытовые условия.
7. отсутствие специфической профилактики рахита.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Клинические проявления рахита по степени тяжести».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.

6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемые ответы:

Легкая степень рахита характеризуется изменениями со стороны нервной системы (потливость, беспокойство, снижение аппетита, плохой сон и т.д.) и незначительными изменениями со стороны костной системы (краниотабес, размягчения краев большого родничка, слабо выраженные четки).

Средняя степень рахита характеризуется умеренно выраженными изменениями со стороны нервной, костной и мышечной систем, сопровождается увеличением печени и селезенки, легкой степени анемией.

Тяжелая степень рахита характеризуется выраженными изменениями со стороны нервной системы (значительное отставание в психомоторном развитии), нарушением со стороны многих систем и органов. Изменение со стороны костной системы выражены, наблюдаются деформация костей таза и конечностей, мышечная гипотония, разболтанность суставов, выражена гепатоспленомегалия, тяжелая степень анемии.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при гипервитаминозе Д – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «СПАЗМОФИЛИЯ»

– Выписать рецепт для лечения спазмофилии и профилактики приступов судорог:

Rp: Sol. Ergocalciferoli oleosae 0,5%-10,0

D.S. по 1 капле 1 раз в день для лечения рахита.

Rp: Sol. Natrii oxybutyratis 20% - 10ml

D.t.d. № 2 in ampulli

S. Ввести 3-5 мл в/в медленно (ребенку 1 года)

Rp: Sol. Magnesium sulfatis 25% - 10ml

D.t.d. № 5 in ampulli

S. Ввести 1,2 мл в/м (ребенку 6 мес.).

Задание – ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента.

Диагноз: Спазмофилия, явная, ларингоспазм. Сопут: Рахит II степени, подострое течение, фаза реконвалесценции.

Больной: Нажмитдинов А., 10 мес., вес-9,6 кг.

Клиника данного заболевания: Ребенок поступает в клинику с жалобами матери на то, что ребенок «находится» при плаче, синеет. Первый вдох после этого шумный, по типу «петушиного крика». Ребенок родился в срок с массой 3200 гр. Период новорожденности протекал гладко. С 3 недельного возраста находится на искусственном вскармливании, получает цельное молоко, манную кашу, творог. Специфическая профилактика рахита не проводилась. На свежем воздухе бывает мало. При осмотре состояние удовлетворительное, активен, реакция на окружающее адекватная. Психомоторное развитие соответствует возрасту. Отчетливо выступают лобные и теменные бугры, затылок уплощен, рахитические четки. Большой родничок 1x1 см, зубы- 2. Живот мягкий, несколько увеличен в размере. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,5 см, селезенка не увеличена.

Лабораторно-инструментальное исследование: Содержание кальция в крови—1,7 ммоль/л, фосфора—2,1 ммоль/л, магния—0,7 ммоль/л, натрия—136 ммоль/л, калия—4,3 ммоль/л, хлора—136 ммоль/л. рН крови-7,6. На рентгенограмме конечностей видны неравномерные уплотнения в зонах роста.

Лечение:

1. Обеспечение доступа свежего воздуха в помещение.
2. Оксигенотерапия.
3. Надавить пальцем на корень языка.
4. При необходимости искусственное дыхание.

5. 25% р-р Магнeзии сульфата 4 мл в/м или Седуксен 0,5% р-р 1мл в/м.
6. После снятия судорог Фенобарбитал 0,005 2-3 раза в день.
7. Витамин Д 0,5% масляный р-р 4000-5000 МЕ ежедневно до нормализации клинических показателей. При повторных приступах ларингоспазма однократное введение витамина Д в дозе 20 000 МЕ, затем переход на профилактические дозы 500 МЕ.
8. Витаминотерапия (С, группы В).
9. Препараты кальция перорально.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Факторы, способствующие развитию судорог при спазмофилии».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

1. Длительное и однообразное кормление коровьим молоком.
2. Испуг, эмоциональное возбуждение и длительный плач.
3. Повышение температуры, даже до субфебрильных цифр.
4. Острое расстройство функции пищеварительного тракта (функционального и воспалительного генеза).
5. Усиленное костеобразование в период реконвалесценции рахита.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Лабораторная диагностика спазмофилии».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.

7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемые ответы:

1. Кровь на кальций.
2. Кровь на фосфор.
3. Кровь на магний.
4. Кровь на щелочную фосфатазу.
5. Определение КОС.
6. Выявление повышенной возбудимости мышц.
7. ЭЭГ

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при судорожном синдроме – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ДИАТЕЗЫ»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики диатезов у детей:

Rp: Dimedroli 0.003

Ac. Ascorbinici 0.15

Calc. Gluconici 0.3

M.f. pulv. D. t. d. N. 30

S. по 1 порошку 3 раза в день ребенку 10 мес.

Rp: Tab. Suprastini 0.025

D.t.d. № 10 in tab.

S. По ½ таблетки, предварительно размельчив, 2 раза в день ребенку 2 лет.

Rp: Tab. Zirtek 0,01

D.t.d. № 10 in tab.

S. По 2 таблетки утром ребенку 12 лет.

Задание - ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента.

Диагноз: Лимфатико-гипопластический диатез.

Больной: Дустматов С. 5 лет, вес 22кг.

Клиника данного заболевания:

Ребенок вялый, апатичный, пастозный. Тургор тканей снижен, кожная складка дряблая, мускулатура развита слабо, тонус её понижен. Обращает на себя внимание телосложения ребенка— короткая шея, широкий грубый «костяк» и в то же время длинные узкие лопатки с крыловиднообразно выступающими углами, сужение верхней апертуры грудной клетки, горизонтальное расположение ребер. Ребенок быстро утомляется, отмечается увеличение затылочных и подмышечных лимфатических узлов, небных и носоглоточных миндалин. При аускультации сердца выслушивается акцидентальный функциональный шум на верхушке. Перкуторно определяется расширение сосудистого пучка за счет гипертрофированного тимуса, дышит через рот.

Лабораторно-инструментальное исследование:

Общий анализ крови: Нв-120 г/л, эрит- 5×10^{12} /л, лейкоц- 10×10^9 /л, л- 65%, м- 14%, СОЭ-10 мм/ч. глюкоза крови – 2,9 ммоль/л, общий холестерин- 6,9ммоль/л, иммунограмма—снижение показателей клеточного и гуморального иммунитета. На рентгенограмме грудной клетки дополнительная тень в верхнем средостении.

Лечение.

1. Режим и уход.
2. Диета.
3. Глицерам по 1 таб х 2 р в день.

4. Метацил по ½ таб 3 р в день.
5. Алоэ по 0,3 мл п/к.
6. Сироп «Пиковит» по 1 мерной ложке 3 р в день.
7. Кальций глюконат по 2 таб 2 р в день.
8. Бифидумбактерин по 10 доз 2 р в день.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Признаки клинические и анамнестические иммунного транзиторного варианта ЭКД».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемый ответ:

Анамнез: ребенок находится на раннем искусственном или смешанном вскармливании, первые признаки заболевания появились через 2-4 недели после введения прикорма. Наследственность не отягощена аллергическими заболеваниями. Клинические признаки характеризуются наличием опрелости в кожных складках, сухости и гиперемии кожи щек, гнейс, молочный струп, географический язык, неустойчивый стул, плохая переносимость новых видов пищи. Клинические проявления с возрастом уменьшаются при отсутствии факторов, способствующих дальнейшей сенсибилизации (лекарства, трофаллергены, частые ОРЗ и др.).

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Диета и уход при ЭКД».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники, и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.

7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ:

- диетотерапия (исключение высоко аллергенных продуктов), ведение пищевого дневника.
- антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, диазолин, тавегил при выраженных клинических проявлениях.
- витаминотерапия: витамины группы В, вит А, вит Е.
- местная терапия: обработка кожи раствором фурациллина, при наличии признаков присоединения инфекции применения мазей с антисептическим и антигистаминным действием (серная мазь, инталовая мазь, ихтиоловая мазь и др.).
- лечебные ванны с чередой, с ромашкой, крахмалом.
- УФ облучение.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение коллаптоидного состояния и обмороков – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ « БОЛЕЗНЬ ВИТАМИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ»

- Выписать рецепт для лечения и профилактики гиповитаминозов:

Rp: Sol. Thiamini Bromidi 1% - 1 ml

D.t.d. N 10 in ampulli.

S. по 0,5 мл в/м ребенку 8 месяцев.

Rp: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1ml

D.t.d. N 10 in ampull.

S. по 1 мл в/в ребенку 2 лет с глюкозой.

Rp: Tabl. VITRUM JUNIORE

D.S. по 1 таблетке ребенку 12 лет после еды 1 раз в день.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Гиповитаминоз PP

Больная: Гиясова С., 7 лет вес: 25кг.

Клиника: Жалобы при поступлении на раздражительность, беспокойство, нарушение стула. Снижение памяти. Из анамнеза ребенок перенес вирусный гепатит и 2 р перенес ОКИ.

При осмотре кожные покровы бледные, отмечается уплотнение, шелушение. Язык алый, сосочки гипертрофированы, отмечаются поперечные трещины, отпечатки зуб. Симметричная эритема на тыле кистей и на шее. Буро-коричневая пигментация на щеках и на лбу.

При исследовании крови: Нв 100г/л. Эрит $3,2 \times 10^{12}/л$.

Дифференциальный диагноз:

1. С перинатальной энцефалопатией - имеется отягощенный акушерский анамнез, черепно-мозговые травмы, преобладают клинические нарушения в неврологическом статусе.

2. С ОКИ - симптомы интоксикации, диарейный синдром с изменениями в копрограмме, при бактериологическом посеве кала – результат положительный на наличие патогенной микрофлоры в кишечнике.

Лечение:

1. Рациональное питание: включить в рацион продукты, содержащие витамин PP: яичный желток, мясо, зеленые овощи, бобовые, рыба.

2. Никотиновая кислота 0,003-0,001г 2р в день можно до 100 мг в сутки.

Rp: Sol. Acidi Nicotinicici 1% 1,0

DS: По 1 мл в/м после еды

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы «Этиологические факторы, приводящие к гиповитаминозу у детей.
2. объяснение задачи участников.
3. выбор секретаря.
4. никакой негативной оценки.
5. поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. группировать похожие идеи.
7. длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы: Две основные группы этиологических факторов:

1. Экзогенные:

- недостаточное поступление с пищей.
- позднее введение овощных прикормов, соков.
- избыток углеводов в рационе.
- недостаточное количества белка в пище.
- неправильное хранение и приготовление пищи.
- недостаточные количества жиров в пище.

2. Эндогенные:

- резорбционное: заболевание желудка, желчного пузыря, кишечного тракта.
- диссемеляционная: инфекционные заболевания, физическая нагрузка, длительное лечение антибиотиками, сульфаниламидами.

Метод «тур по галерее».

1. выбор темы: «Клиника гиповитаминоза А».
2. Объяснение задачи участников.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники, и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- сухость и шелушение кожи.
- сухость и ломкость волос.
- дерматит, опрелости, склонность к гнойничковым заболеваниям.
- конъюнктивиты, блефариты, стоматиты, эрозии на слизистых оболочках.
- кератит, кератомалиция, ксерофтальмия.
- нарушение теневой адаптации.
- задержка прибавки веса и психомоторного развития.
- дефект эпифизов костей и эмали зубов.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ « ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики анемии:

Rp: Ferri Lek 2 ml

D.t.d. № 10 in ampulli.

S. по 1 мл (1/2 ампулы) ребенку до 1 года, вводить в/м через день.

Rp: Sol. Cyanocobalamini 0,01%

Pro injectionibus 1 ml

D.t.d. N. 10

S. по 1 мл в/м через день (ребенку 3-5 лет).

Rp: Acidi ferroascorbinici 0,5

D.t.d.N.30

S. по 1 порошку 3 раза в день после еды ребенку 8 лет.

Задание – ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Железодефицитная анемия, средней тяжести, гипохромная.

Больной Саломов Т. возраст 1 год. Вес 9,8кг.

Клиника данного заболевания: Жалобы на вялость, слабость, снижение аппетита, бледность. При осмотре состояние средней тяжести, вялость, плаксивость. Аппетит снижен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, сухие. Волосы тусклые, редкие. Кончики пальцев рук и ног холодные. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца приглушены, учащены. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0+2,5 см. стул кашицеобразный.

Лабораторно-инструментальное исследование:

Общий анализ крови: Нв-80 г/л, Эрит- $2,92 \times 10^{12}$ /л, Лейк- $8,0 \times 10^9$ /л, ЦП-0,7 СОЭ-10 мм/ч, анизо-пойкилоцитоз. Вывод: Гипохромная анемия, эритроцитопения.

Биохимическое исследование крови: Сывороточное железо-7,7 мкмоль/л.

На ЭКГ: Гипоксические и дисметаболические изменения в миокарде.

Стандарты лечения:

1. Диетотерапия: включение в рацион мясных блюд.
2. Препараты железа: Феррум-лек по 1 мл в/м, №5. Феррамид по 0,01 таб. х 2 р внутрь (до нормализации уровня гемоглобина), потом по ½ таб. х 2 р в день в течение 2-3 мес.
3. Витаминотерапия: Вит С по 1 таб. 3 р в день внутрь, Вит В₁₂ по 200 мкг х 1 р в/м №10, Вит В₆ по 0,5 мл в/м №10.

4. Стимулирующая терапия: Пентоксил по 0,02 x 3 р в день в течение 2 нед.

Профилактика:

Профилактика и лечение беременных матерей, рациональное питание. Во время включить в рацион прикормов фруктовые соки.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Патогенез железодефицитной анемии у детей».
2. Объяснение задачи участников.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Железо в организме содержится в эритроцитах в виде гемоглобина. Гем синтезируется из глицина и янтарной кислоты и в этом участвуют витамин В₆, липоевая кислота, витамин В₁₂, медь и железо. При снижении железа в сыворотке и в костном мозге синтез гемоглобина нарушается. Нормобласт более медленно достигает критической массы и делится преждевременно и образуются микроциты, гипохромные эритроциты. Нарушается образования миоглобина и тканевых ферментов. Это приводит к микроциркуляторной трофическим расстройством и ацидозу.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Клинические синдромы железодефицитной анемии у детей».
2. Объяснение задачи участников.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники, и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.

8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- эпителиальный синдром: бледность кожи, ушных раковин и слизистых оболочек, сухость и шелушение кожи, кариес зубов, извращение обоняния и вкуса, тошнота, рвота.
- астено-невротический синдром: возбудимость, раздражительность, эмоциональная неустойчивость, головные боли, головокружение.
- кардиоваскулярный синдром: сердцебиение, одышка, гипотония, тахикардия, приглушение тонов сердца, функциональный систолический шум, гипертрофия левого желудочка.
- гепатолиенальный синдром: увеличение печени и селезенки.
- синдром снижения местной иммунной защиты.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ»

– Выписать рецепт для лечения гипотрофии:

Rp: Infezoli 250ml

D.S. по 100 мл в/в, капельно ребенку 11 месяцев с гипотрофией 3 степени.

Rp: Methyluracili (Methacili) 0,5

D.t.d. № 20 in tab

S. по 1/3 таблетки 3 раза в день во время или после еды (ребенку 4-5 лет)

Rp: Methylandrostendioli 0,025

D.t.d. № 20 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день, держать под языком до полного рассасывания (ребенку 10 лет).

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента.

Диагноз: Дистрофия по типу гипотрофии II степени.

Больной: Рахманкулов А., 8 мес., вес- 7000 гр. (Вес при рождении 3200 г. Долженствующий вес 8800г. Дефицит веса 1800 г—20%).

Клиника данного заболевания: Жалобы матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, слабость, неустойчивый стул: чередование запоров и поносов, частые простудные заболевания. Из анамнеза: Ребенок в 5 мес возрасте перенес сальмонеллез, после чего стал плохо набирать вес, был беспокойным, в последнее время стал вялым, заторможенным. Объективно: Состояние средней тяжести. Заторможен, на осмотр реакция вялая, отстает в росте на 3 см, дефицит массы 20%. Кожа бледная, сухая, эластичность снижена, легко собирается в складки, подкожно-жировой слой утончен на животе и конечностях, уменьшен на лице. Тонус мышц и тургор тканей снижены. Ребенок не сидит. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот умеренно вздут, стул разжиженный, желто-зеленого цвета, со слизью.

Лабораторные данные. Общий анализ крови: Нв – 80 г/л, Эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 4×10^9 /л, цветной показатель 0,8, п. – 1, с -30, э – 3, б – 2, л – 60, м – 3, СОЭ 15 мм/час.

Вывод: гипохромная анемия средней тяжести, лейкопения, ускорение СОЭ.

Общий анализ мочи: ураты в большом количестве. *Вывод:* уратурия.

Общий анализ кала: цвет желто-зеленый, слизь ++, лейкоциты 2-3, крахмал ++, жирные кислоты ++. *Вывод:* слизь, стеаторея второго типа.

Биохимические исследования: общий белок 50 г/л, сахар крови 2,7 ммоль/л. Вывод: гипопропротеинемия, гипогликемия.

ЭКГ: синусовая тахикардия, метаболические изменения в миокарде.

Лечение:

1. Диетотерапия – в инициальный период проводится разгрузка с увеличением числа кормления в сутки, уменьшением объема 1 кормления. По возможности даётся грудное молоко или адаптированные смеси, обильное питьё. Во 2 фазу диета расширяется с одновременным увеличением пищевых ингредиентов в сутки. Коррекция белков, углеводов и калории проводится на ПДВ, жиров на ФВ. В данную фазу ребенок получает половину рассчитанной дозы и обильное питьё. Постепенно увеличивается объем пищи на каждое кормление и соответственно суточное потребление в пищевых ингредиентах (в течение 5-8-дней). При хорошей переносимости пищи проводится максимальная нагрузка при питании.

2. Медикаментозное лечение:

- 1% соляная кислота с пепсином по 1 ч/л x 3 р в день,
- креон по 1/3 кап x3 р в день во время еды,
- инфезол 70,0 в/в кап.
- р-р витамина В₁ 5% -0,5 мл в/м, витВ₆ 5%-0,5мл, вит С 5%-1 мл в/м.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ:

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Этиологические факторы развития гипотрофии у детей раннего возраста».
2. Объяснение задачи участников.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы группируются на 2 группы: антенатальные и постнатальные причины.

Антенатальные:

- острые и хронические заболевание матери.
- токсикозы беременности.
- нерациональная диета беременной женщины.
- профессиональные вредности.
- ядохимикаты.

- лекарственные средства.
- вредные привычки (курение, алкоголь).

Постнатальные:

- гипогалактия.
- несвоевременное введение прикорма.
- одностороннее молочное или углеводистое вскармливание.
- нарушение соотношения основных ингредиентов в составе пищи (белковый дефицит).
- недостаток витаминов.
- водное голодание.
- пороки развития (ВПС, волчья пасть, заячья губы, пилороспазм, пилоростеноз, болезнь Гиршпрунга и др., аномалии кишечника, целиакия, муковисцидоз, синдром мальабсорбции).
- инфекционные факторы (часто повторяющиеся ОРЗ, сепсис, ОКИ, хронические и затяжные формы дизентерии, колиинфекции, сальмонеллеза).
- плохие бытовые условия, кутание и перегревание ребенка, недостаточное пребывание на свежем воздухе, отсутствие нормального сна.

Метод «Ротации».

1. Выбор темы: «Клиника гипотрофии в зависимости от её степени».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека на 3 группы и получают задание описать клинику гипотрофии I, II, III степени.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники, и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемые ответы:

1 степень гипотрофии характеризуется дефицитом массы 10-20 % . Состояние ЦНС: возбуждение, сменяющееся торможением. Рост в пределах нормы. Кожа бледная. Подкожно-жировой слой утончен на животе на 0,8 см. Тонус мускулатуры незначительно понижен. Тургор снижен. Температура тела нормальная. Двигательная активность сохранена, аппетит сохранен. Изменений со стороны

внутренних органов нет. Стул нормальный. Психомоторное развитие нормальное или несколько отстает. Иммуниетет не изменен или умеренно понижен.

2 степень гипотрофии характеризуется дефицитом массы 20 – 30% , торможением функции ЦНС. Рост –отставание на 2-3 см , кожа бледная, сухая, эластичность снижена, участки депигментации. Собирается в складки на конечностях. Подкожно-жировой слой утончен на животе и конечностях, Уменьшен на лице, мышечная гипотония, тургор значительно снижен. Двигательная активность снижена, ребенок позже приобретает установочные навыки. Аппетит снижен, имеются изменения со стороны внутренних органов. Стул – могут быть диспепсические расстройства. В психомоторном развитии отстает, иммуниетет значительно понижен.

3 степень гипотрофии характеризуется дефицитом массы более 30%, резким торможением функции ЦНС. Рост—отставание на 4-6 см и более. Кожа бледно-серая, дряблая, сухая, с кровоизлияниями, не расправляется на внутренней поверхности бедер, плеч и ягодицах. Подкожно-жировой слой уменьшен на лице и полностью исчезает на туловище и конечностях. Мышцы атрофичны, гипертонус. Тургор отсутствует. Температура тела значительно понижена. Двигательная активность резко замедлена, прекращается образование двигательных умений и речевых функций. Изменение внутренних органов: дыхание поверхностное, часто развиваются ателектазы, тоны сердца приглушены, брадикардия. Стул чаще учащен, разжижен, реже запоры. Психомоторное развитие резко отстает. Иммуниетет резко понижен.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ»

– Выписать рецепт для лечения больных с СНКВ:

Rp: Infezoli 250ml

D.S. по 250 мл в/в, капельно ребенку 5 лет с экссудативной энтеропатией.

Rp: Methyluracili (Methacili) 0,5

D.t.d. № 20 in tab

S. по 1/3 таблетки 3 раза в день во время или после еды (ребенку 4-5 лет)

Rp: Methylandrostendioli 0,025

D.t.d. № 20 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день, держать под языком до полного рассасывания (ребенку 10 лет).

Rp: KREONI – 10.000

D.t.d. № 20 in cap.

S. Принимать по 1 капсуле 3 раза в день во время еды ребенку 10 лет с муковисцидозом.

Rp: Mezim-forte

D.t.d. № 20 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раз в день во время еды ребенку 5 лет с целиакией.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента

Диагноз: Муковисцидоз смешанная форма.

Больная: Суворова А.Д. 2 года.

Клиника данного заболевания: ребенок от родственного брака в семье имеются больные с хроническими заболеваниями легких и кишечника. Ребенок при хорошей массе при рождении, хорошем аппетите с первых дней жизни плохо прибавлял в массе, стул был со склонностью к запорам, но кашицеобразной консистенции, серого цвета, зловонный, жирный, плохо отмывался от пеленок. Ребенок с 3 месяцев стал болеть частыми воспалительными заболеваниями респираторного тракта (бронхиты 3 раза, пневмонии 2 раза). При осмотре ребенок пониженного питания, лицо «кукольное», а питание резко пониженное, кожа сухая, бледная, местами шелушится, в углах рта заеды, гипотрофия 2 степени (дефицит массы 25%), ребенок капризный, Перкуторно в легких укорочение перкуторного звука по паравертебральной и прикорневой линии, при аускультации необильные среднепузырчатые влажные хрипы, печень уплотнен и увеличен.

Лабораторные данные: в крови – общий белок – 50г/л, Са – 1,6ммоль/л, Р – 0,48ммоль/л, общий анализ крови – Нв – 70г/л, эр – $4 \cdot 10^{12}$ /л, общий анализ кала – серый, блестящий, полуоформленный, зловонный, при микроскопии: нейтральный жир ++++, жирные кислоты +, мышечные волокна непереваренные ++, внутриклеточный крахмал ++.

Лечение:

- диета: высококалорийная пища, частый прием, подсаливание блюд.
- патогенетическая терапия: коррекция питания 2 степени К,Б,У на ПДВ, Ж - на ФВ. Коррекция проводится в несколько фаз: разгрузочная, определение толерантности к пище, постепенная нагрузка согласно расчету.
- ферментотерапия пожизненная с учетом степени недостаточности ферментами поджелудочной железы.
- при необходимости парентеральное введение белковых препаратов;
- анаболические гормоны коротким курсом при введении белковых препаратов или достаточном приеме белков перорально;
- витаминотерапия (витамин С, Е, А,РР, группы В);
- биологически активные препараты: бифидумбактерин, бификол, колибактерин от 2-5 доз 3-4 раза в сутки;
- стимулирующая терапия (апилак, дибазол, метацил, алоэ, плазма, альбумин и др.);
- антибиотики и муколитики с учетом поражения респираторной системы;
- гепатопротекторы: рибоксин, липоевая кислота, эссенциале, галстена и др.
- Физиотерапия

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «Мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Общие симптомы синдрома нарушенного кишечного всасывания».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 мин до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

- диарея;
- потеря массы при нормальном или повышенном аппетите;
- обильный зловонный стул;
- мышечная слабость и отеки;
- метеоризм и урчание в животе;
- признаки рахита, парестезия, боль в костях;
- мышечные судороги;
- анемия;
- признаки полигиповитаминоза (глоссит, стоматит, хейлит, геморрагический синдром и др.);
- изменения реактивности организма.

Метод «Тур по галерее»

1. Выбор темы: «Клинические синдромы муковисцидоза у детей».
2. Объяснение задачи участников.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирают наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемые ответы:

- синдром легочных поражений: частые воспалительные заболевания респираторного тракта с затяжным и рецидивирующим течением, абсцедированием, развитием ателектазов, бронхоэктазов, пневмосклероза;
- синдром кишечных нарушений: частый, обильный или кашицеобразный стул серого цвета, блестящий, вздутие живота, срыгивание, рвота;
- синдром дистрофии и обменных нарушений (гипотрофия, анемия, полигиповитаминоз, хроническая гипоксия и др.);
- синдром поражение печени: гепатомегалия, цирроз.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;

2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ПАРАТРОФИИ»

– Выписать рецепт для лечения паратрофии:

Rp: Sol. Acidi nicotinicі 1% - 1,0

D.t.d. №. 10 in ampulli

S. по 1 мл подкожно ребенку 10 месяцев после еды в первой половине дня.

Rp: Sol. Acidi nicotinicі 1% - 1ml

D.t.d. №. 10 in ampulli.

S. 1 – 1,5 – 2 мл в/м после еды, затем по 2 мл №10 ребенку 5 лет.

Rp: Calcii pangomati 0,05

D.t.d. №. 10 in ampulli.

S. по 1 таблетки 2 раза в день, ребенку 12 лет, в течение 20 дней.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Ребенок Салижанов С., 8 мес., ВПР 3800г, ФВ 11000г, ДВ 9400г, избыток массы 1600г. Жалобы на гиподинамию, частые простудные заболевания, потливость. Из анамнеза: ребенок на искусственном вскармливании, получает 10% манную кашу в объеме 1200-1400 мл в сутки.

Объективно: Состояние относительно удовлетворительное. Вял, гиподинамичен. Кожные покровы бледные, рыхлый, пастозный, отмечаются признаки лимфатико-гипопластического диатеза: широкая грудная клетка, короткая шея, крыловидные лопатки, увеличение периферических лимфоузлов. Подкожно-жировой слой избыточно развит, распределен неравномерно с преобладанием на животе и бедрах. Тургор снижен. Тонус мышц снижен. В легких дыхание несколько ослаблено. Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия. Живот мягкий, печень +2,5см. стул обильный, пенистый с кислым запахом.

Лабораторные данные: общий анализ крови—Hb -90г/л, эрит- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Цп-0,9., лейко- $6,0 \times 10^9$ /л, п-1, с-30, э-3, б-2, л-60, м - 3. СОЭ-4 мм/ч. Вывод: нормохромная анемия легкой степени.

Общий анализ мочи без патологии.

Общий анализ кала: цвет желтый, слизь +, крахмал +++. Вывод: слизь, амилорея.

Биохимическое исследование: общий белок- 50г/л. Вывод: гипопропротеинемия.

ЭКГ: синусовая тахикардия, метаболические изменения в миокарде.

Диетотерапия:

Отменить манную кашу, назначить кефир, овощное пюре. Объем суточного рациона не должен превышать 1 л., провести коррекцию питания по ингредиентам из расчета белки и углеводы на ФВ, жиры на СВ между ФВ и ПДВ. (ПДВ=ФВ+10%ФВ).

Назначить медикаментозную терапию:

- вит В₁ 5%-0,5 мл в/м.
- вит В₆ 5%-0,5 мл в/м.
- липоевая кислота ½ таб. 3 р в день внутрь.
- АТФ 1%-0,5 мл в/м.

Назначить массаж, гимнастику.

Прогулки на свежем воздухе.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ:

Метод «Аквариума».

Из числа студентов выбираются 2 участника, которые проводят консультацию: «мать 7 месячного ребенка» и «участковый врач».

Садятся посреди комнаты, остальные студенты сидят вокруг и оценивают вопросы, которые задает «врач» «матери» и ответы «матери» «врачу».

Делают заметки в своих тетрадях предполагаемые вопросы и ответы:

Врач вежливо поздоровался с матерью, представился. Спросил какие жалобы имеются у матери. Мать отвечает, что ребенок стал малоактивным, часто болеет простудными заболеваниями, много потеет, плохо спит.

Врач спрашивает историю развития ребенка (какая беременность, её течение, роды, вес при рождении, как развивался ребенок и т.д.).

Мать отвечает: ребенок от 1 нормальной беременности и родов, в срок, с массой 4200г., рос и развивался соответственно возрасту. До 3 мес. был на грудном вскармливании, затем переведен на искусственное, получает 10% манную кашу.

Врач «взвешивает» ребенка, ФВ=9500г. просит мать раздеть ребенка, осматривает, отмечает, что ребенок бледный, пастозный, у него имеются признаки ЭКД в виде стойких опрелостей в естественных и неестественных складках, гнейс. Подкожно-жировой слой распределен неравномерно с увеличением на животе и бедрах. Тургор снижен. Спрашивает: какой стул у ребенка. Мать отвечает: обильный, пенистый с кислым запахом, желтого цвета.

Затем врач объясняет матери, что у ребенка имеется избыток массы тела, объясняет, что это состояние называется паратрофией и что паратрофия может приводить к снижению иммунитета, частым

заболеваниям дыхательной системы, патологии желчевыводящей системы и т.д. Рекомендует: уменьшить суточный объем питания. Перевести ребенка на кефир и овощное пюре, отменить манную кашу, больше гулять с ребенком на свежем воздухе, делать массаж и гимнастику.

Мать благодарит и обещает все выполнить.

Врач рекомендует повторный осмотр через 1 месяц.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «СЕПСИС»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики сепсиса:

Rp: Suppositoria VIFERONI 1

D.t.d. №. 10

S. по 1 свече 2 раза в день ребенку 5 месяцев.

Rp: CEFABOL[®] 1,0

D.t.d.N.10 in flac

S. содержимое флакона развести 5% - 5мл р-р новокаина, в/м по 2,5 мл

2 раза в день ребенку 1 год.

Rp: TOROCEF[®] 1,0

D.t.d.N.10 in flac

S. содержимое флакона развести 5% - 5 мл р-р новокаина, в/м по 2 мл 2 раза в день ребенку 5 лет.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Сепсис первичный, септицемия, стафилококковой этиологии, подострое течение.

Больной: Дустматов С. 6 мес, вес 5кг.

Клиника данного заболевания:

Жалобы на вялость, отказ от груди, срыгивания, рвота. Падение массы тела, повышение температуры тела в течение длительного времени.

Из анамнеза: Ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом во II половине. Пуповина отпала в роддоме. После выписки из роддома в течении 1 мес отмечалось мокнутие пупочной ранки.

Объективно: Состояние тяжелое, выражена интоксикация, ребенок вялый, отказывается от груди. При кормлении срыгивает. Отмечается повышение температуры до 39⁰С. кожные покровы бледно-землистого цвета, тургор и эластичность кожи нарушена, отмечается незначительная отечность на ноге. У ребенка отмечается значительная потери массы тела, гипотония мышц, угнетения рефлексов. Тоны сердца приглушены, в легких жесткое дыхание, хрипы не выслушивается. Живот увеличена в размере за счет вздутия. Печень +3 см, селезенка +2 см. стул кашицеобразный, без видимых патологических примесей. Мочится свободно, безболезненно.

Лабораторные данные: Анализ крови—Нв -100г/л, Эрит -3,2x10¹²/л, Цп -0,6; Лейк -10x10⁹/л, нейтр-60%, эоз-1%, баз-1%, лимф-35%, мон-3%, СОЭ-20 мм/ч.

Вывод: анемия гипохромная, лейкоцитоз с нейтрофилезом и со сдвигом влево, моноцитоз, СОЭ повышено.

Анализ мочи: количество-100 мл, относительная плотность-1006, реакция кислая, прозрачный, белок-0,33‰, сахар—отрицательный, Лейк-10-15, Эрит-3-4, Цилиндр-2-3.

Вывод: протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия.

Посев крови на стерильность: обнаружено золотистый стафилококк.

Рентгенограмма грудной клетки: патологии не обнаружено.

Стандарт лечения:

1. Кормить грудью или сцеженным грудным молоком.
2. Ампициллин 250 мг х 4 р в день в/м.
3. Гентамицин 10 мг х 2 р в день в/м.
4. Гемодез 50,0 мл в/в капельно.
5. Реополиглюкин 50,0 мл в/в капельно.
6. Р-р глюкозы 10%- 8,0 мл + р-р Витамина С 5%- 2,0 мл в/в стр.
7. Витамин В₆ 0,5 в/м через день №10.
8. Витамин В₁ 0,5 в/м через день №10.
9. Стафилококковый иммуноглобулин по 1,5 мл в/м ч/д. №3
10. АСП 50,0 в/в капельно №3.

Профилактика: санация очагов инфекции.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Патогенез сепсиса у детей».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Патогенез сепсиса—входными воротами инфекции является пупочная ранка, кожа, слизистые оболочки, органы дыхания и пищеварения. На месте внедрения инфекции возникает первичный очаг воспаления, артриты, флебиты. Местный воспалительный очаг активизирует все факторы иммунитета (иммуноглобулины, фагоциты, пропердин, комплемент). При ослаблении защитных факторов микроорганизмы размножаются, попадают в кровь—возникает бактериемия, токсемия, септицемия. Развиваются процессы сенсбилизации. Образуются гнойные метастазы—септикопиемия. Микробы и их токсины воздействуют во всех

органов и систем, развивается дистрофия, анемия и метаболические изменения.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Иммунотерапия при сепсисе».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- Активная специфическая иммунотерапия—стафилококковый анатоксин, стафилококковый антифагин.
- Активная неспецифическая иммунотерапия—иммуностимуляторы, тималин, тимоген, Т-активин, левамизол, иммуномодулин, пентоксил и др.
- Пассивная специфическая иммунотерапия—антистафилококковая плазма, антистафилококковый иммуноглобулин, гипериммунная донорская кровь.
- Пассивная неспецифическая иммунотерапия—СЗП, простой человеческий иммуноглобулин, кровь, лизоцим.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при гипертермическом синдроме – 1 балл, ДВС синдроме – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «БРОНХИТЫ»

– Выписать рецепт для лечения бронхита:

Rp: FLUDITEK® (2%-125ML)

D.t.d. №. 1 in flac.

S. по 1 чайной ложке 1 раз в день ребенку от 1 до 2 лет.

Rp: Benzylpenicillini Natrii 1.000.000 ME

D.t.d. №. 10 in flac.

S. 1 флакон растворить 0,5%-5,0 мл новокаиновым р/р и сделать в/м 2 раза в день, ребенку 5 лет

Rp: Sol. Acidi Ascorbinici 5% - 4 ml

Sol. Glucozae 10% - 200 ml

S. принимать в/в, медленно 1 раз в день, ребенку 10 лет для снижения интоксикации.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Рецидивирующий бронхит.

Больной: Ахмедова С. 12 лет, вес 35кг.

Клиника данного заболевания:

Жалобы: Кашель, слабость. Кашель появился после ОРЗ на 3 день и держится около 3 недель. Кашель сначала был сухой, затем стал влажным. Из анамнеза: в течении года перенесла 3 раза ОРЗ, сопровождающиеся мучительным кашлем. *Объективно:* общее состояние средней тяжести, слабая, вялая. Кожа бледная, отмечается небольшой цианоз носогубного треугольника. Зев гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторно легочной звук, аускультативно на фоне жесткого дыхания прослушиваются разнокалиберные влажные и сухие свистящие хрипы.

Лабораторно-инструментальные данные: анализ крови- Нв110г/л, эрит- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Цп-0,9, лейко- $4,5 \times 10^9$ /л, СОЭ-12 мм/ч, с-55%, э-3%, м-4%, л-37%. Вывод: небольшой лимфоцитоз.

Биохимический анализ крови: общий белок-65 г/л, альбумин -65%, α_1 глобулин- 3%, α_2 глобулин-7%, γ глобулин-15%. Вывод: диспротеинемия за счет повышения фракций α_2 и γ глобулинов.

Иммунограмма—понижение клеточного и гуморального иммунитета.

Рентгенограмма легких: Усиление легочного рисунка, корни легких расширены. Очаговые тени не обнаружены.

Лечение:

А. Острый период:

1. Постельный режим 3-5 дней.
2. Диета стол №15.

3. Таб. Ампициллин по 0,5 х 4р в день внутрь.
 4. Таб. Бромгексин по 0,04 х 3р в день внутрь.
 5. Аскорутин по 1 таб. 3р в день внутрь.
 6. Ингаляции с 2 % раствором соды.
 7. Постуральный дренаж и вибрационный массаж.
- Б. Фаза ремиссии.
1. Бронхомунал по 1 кап 3р в день внутрь в течении 1 мес.
 2. Закаливание, дыхательная гимнастика.
 3. Санаторно-курортное лечение.
- В. профилактика.
1. Санация очагов хронической инфекции.
 2. Избегать контакта с больными ОРЗ.
 3. Ежедневные прогулки на свежем воздухе и регулярное проветривание помещения.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Особенности клинических изменений при остром бронхолите».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Бронхолит обычно развивается в первые 3-4 дня после вирусной инфекции, начинаясь с насморка. Отмечаются катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Кашель упорный приступообразный, иногда мучительный с трудно откашливаемой слизистой мокротой. Состояние при осмотре производит впечатление тяжелого больного из-за дыхательной недостаточности. Наблюдается одышка до 70-90 в минуту экспираторного характера с участием вспомогательной мускулатуры, пероральный цианоз. Перкуторно высокий коробочный звук, аускультативно в легких на фоне жесткого дыхания удлинение выдоха, масса диффузно рассеянных мелкопузырчатых влажных хрипов.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Лечение при бронхите».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.

4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

1. Режим, диета.
2. Антибактериальная терапия.
3. Противокашлевая терапия.
4. Симптоматическая терапия
5. Десенсибилизирующая терапия
6. Витаминотерапия
7. Отвлекающая терапия
8. Физиотерапия и лечебная гимнастика, массаж.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния (обструктивного синдрома) – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ»

– Выписать рецепт для лечения острой пневмонии:

Rp: Methicillini – natrii 1,0

D.t.d. №. 5 in flacon.

S. Содержимое флакона непосредственно перед применением растворить в 5 мл 0,5% р-р новокаина, вводить в/м через каждые 6 ч. по 0,25 мл (ребенку 5-6 мес.)

Rp: Oxacillini – natrii 0,5

D.t.d. №. 5 in flacon.

S. Содержимое флакона непосредственно перед применением растворить в 4 мл 0,5% р-р новокаина, вводить в/м через каждые 6 ч. по 4 мл (0,5гр), в течение 7-8 дней (ребенку 1-2 лет).

Rp: ZINNAT 0,5

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать внутрь по 1 таблетке 2 раза в день в течение 7 дней (ребенку 10 лет).

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Правосторонняя ниждолевая пневмония крупозная, острое течение, неосложненные.

Больной: Дустматов С. 12лет, вес 36кг.

Клиника данного заболевания:

Жалобы: на резкое повышение температуры тела, озноб, общую слабость, головокружение, головные боли, разбитость, ломоту в конечностях, рвоту, боли в правой подвздошной области.

Объективно: состояние мальчика тяжелое. Выражена интоксикация, кожные покровы бледные с румянницей, губы сухие. Отмечается явления дыхательной недостаточности: цианоз носогубного треугольника, одышка с участием вспомогательных мышц в акте дыхания. Кашель влажный с незначительным выделением мокроты. У мальчика наблюдается отставания в акте дыхания правой половины грудной клетки, при глубоком вдохе возникает боль в правом боку. В легких перкуторно тупой звук на правой стороне особенно нижних отделах легких. Отмечается ослабление голосового дрожания, усиление бронхофонии. Аускультативно на фоне бронхиального дыхания, нежные крепитирующие хрипы в нижних отделах справа. Тоны сердца приглушены, нежный систолический шум на верхушке. Живот мягкий, отмечается болезненность в правой подвздошной области. Печень +2см

выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Лабораторные данные: анализ крови: Нв-120г/л, эрит- $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейко- 11×10^9 /л,

Цп-0,9. с-55%, п-1%, э-1%, л-23%, м-3%, СОЭ-20 мм/ч. Вывод: лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигами влево. Ускорение СОЭ.

Биохимический анализ: общий белок-57г/л, диспротеинемия.

Рентгенография: справа инфильтративные тени в нижней доли легкого. Слева усиление сосудистого рисунка. Сердце не смещено.

Лечение:

1. Постельный режим.
2. Диета стол №15.
3. Ампиокс 500 мг х4 р в день в/м.
4. Р-р глюкозы 10% 8,0 мл + р-р аскорбиновой кислоты 5% 2,0 мл в/в стр. №5
5. Физ.р-р 0,9% 7,0 + р-р эуфиллина 2,4% 3,0мл в/в стр. №5
6. Гемодез 200,0 в/в кап.
7. Реополиглюкин 200,0 в/в кап.
8. Вит В₁ 5% 1,0 в/м ч/д №10.
9. Вит В₆ 5% 1,0 в/м ч/д №10.
- 10.Р-р Калия йодида 1% по 1 д/л х3р в день.
- 11.Бромгексин по 1таб х3 р в день.
- 12.Физиотерапия.

Профилактика: предупреждать переохлаждение, избегать контакта с больными ОРВИ, ежедневные прогулки на свежем воздухе и регулярное проветривание помещения.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Патогенез пневмонии».
- 2.Объяснение задачи участников.
- 3.Выбор секретаря.
- 4.Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
- 6.Группировать похожие идеи.
- 7.Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
- 8.Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Инфекция попадает в организм по бронхиальным (аэрогенным), лимфатическим (из лимфатических узлов глотки и корней легкого) и гематогенными путями. При внедрении инфекции в альвеолярную ткань развивается воспаление, что приводит к дисфункции

ресничного эпителия, нарушению мукоцилиарного транспорта, а это приводит к адгезии микроорганизмов к поверхности эпителиальных клеток бронхиального дерева, колонизации микроорганизма в эпителиальных клетках бронхиального дерева, внутриклеточная персистенция микроорганизмов, выработка эндо- и экзогенных токсинов, изменения в легочной ткани, нарушение деятельности и других органов и систем.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Лечение при пневмонии».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

1. Антибактериальная терапия.
2. Борьба с дыхательной недостаточностью (увлажненный 40% кислород через катетер).
3. Инфузионная терапия.
4. Симптоматическая терапия.
5. Противокашлевая терапия.
6. Отвлекающая терапия.
7. Витаминотерапия.
8. Физиотерапия, лечебная гимнастика и массаж.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при инфекционном токсическом шоке – 1 балл, дыхательной недостаточности – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики спазмофилии:

Rp: Sol. Salbutamoli 10 ml

D.S. по одной ингаляции 2 раза в день для купирования и предупреждения приступа бронхиальной астмы ребенку 5 лет.

Rp: Sol. Salbutamoli 10 ml

D. S. по одной ингаляции 4 раза в день для купирования и предупреждения приступа бронхиальной астмы ребенку 13 лет.

Rp: «Beklazon – ECO»

D.S. по одной ингаляции 2 раза в день для купирования и предупреждения приступа бронхиальной астмы ребенку 5 лет.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Средне-тяжелый приступ бронхиальной астмы.

Больной: Дусенбаев Ж. 10 лет. Вес 30 кг.

Клиника данного заболевания: Жалобы на одышку, кашель, чувство нехватки воздуха. Из анамнеза: мальчик страдает бронхиальной астмой в течение 3-х лет, приступы отмечаются при контакте с шерстью кошки, употреблении в пищу рыбы, при физической нагрузке.

Объективно: Состояние средней тяжести. Положение вынужденное: сидит, опираясь на руки, в акте дыхания принимает участие вспомогательная мускулатура. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Над легкими перкуторно коробочный звук, аускультативно большое количество сухих свистящих хрипов на фоне удлиненного выдоха. Тоны сердца слегка приглушены, тахикардия. АД 120/80.

Лабораторные данные: Общий анализ крови: Нв-120г/л, эрит- $3,6 \times 10^{12}$ /л, Цп-0,9 лейко- $7,0 \times 10^9$ /л, п-2, с-60, э-8, б-1, л-26, м-3, СОЭ- 8 мм/ч. Вывод: эозинофилия.

Общий анализ мочи и кала без патологии.

Рентгенография грудной клетки: расширение межреберных промежутков, низкое стояние диафрагмы, повышенная прозрачность легочных полей.

Стандарт лечения:

Ингаляционные селективные симпатомиметики- сальбутамол 100мкг в 1 дозе 2 вдоха, если через 10 минут приступ не купировался – повторить. Если приступ не купируется, ввести в/в эуфиллин 2,4% раствор 5,0 мл в 100 л физ. Раствора в/в капельно. Если приступ не купируется, назначить муколитики: лазольван 0,03 по 1 табх3 раза в день.

После купирования приступа продолжить базисную терапию.
Профилактика: Избегать контакта с шерстью животных, соблюдать гипоаллергенную диету, перед физической нагрузкой применять сальбутамол 2 вдоха (не более 4 раза в сутки).

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «Мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Этиологические факторы бронхиальной астмы».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Длительность 15 минут.
7. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Группируются на эндогенные и экзогенные; экзогенные на неинфекционные и инфекционные, аллергические и неаллергические:

Экзогенные неинфекционные аллергены (пыльца растений, домашняя пыль, шерсть и перхоть животных и т.д.); инфекционные аллергены (бактерии, вирусы, грибы).

Неиммунные факторы—физическая нагрузка, метеозависимость, резкие запахи, психоэмоциональные факторы; эндогенные—гормональные дисфункции, паторецепторный вариант бронхиальной астмы и т.д.

Метод «Ротации».

1. Выбор темы: «Клиника астматического статуса».
2. Студенты делятся на 3 малых группы по 2-3 человека.
3. Объяснение задачи участникам: 1 малая группа получает задание описать клинику I стадии астматического статуса. 2 малая группа получает задание описать клинику II стадии астматического статуса. 3 малая группа получает задание описать клинику III стадии астматического статуса.
4. Каждая малая группа в течение 10 минут записывает своё суждение, затем группы обмениваются листами.
5. Оцениваются ответы, данные ранее и если ответ неполный, дополняют его.
6. По окончании работы выбирают наиболее полные ответы и записывают в тетради.
7. По окончании педагог оценивает участие каждого студента.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

I стадия астматического статуса—стадия относительной компенсации—приступы удушья возникает часто, дыхание в межприступном периоде полностью не восстанавливается. Положение больного вынужденное. Дыхание свистящее, учащенное. Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Грудная клетка эмфизематозная, экскурсия её резко ограничена. Цианоз слизистых, акроцианоз, набухание шейных вен. Кашель мучительный. Боль в грудной клетке, возбуждение.

Перкуторный звук коробочный. Аускультативно рассеянные сухие свистящие и жужжащие хрипы по всем легочным полям. Удлиненный выдох. Тоны сердца глухие. АД повышено или нормальное. Увеличение печени.

II стадия – «немного легкого» или декомпенсации. Нарастание обструктивного синдрома. Над легкими мозаичное дыхание—на отдельных участках, особенно в задненижних отделах дыхание резко ослаблено или не выслушивается. Состояние крайне тяжелое. Кожа серого цвета. Выражена потливость. Дыхание поверхностное. Выражены дистанционные свистящие хрипы. В легких дыхание резко ослаблено, затем совсем не проводится («немое легкое»), тахикардия. АД или значительно повышено или снижается. Развивается респираторный или смешанный ацидоз.

III стадия—гипоксемическая-гиперкапническая кома. Состояние больного крайне тяжелое. Дезориентация во времени и пространстве. Эпилептиформные судороги, потеря сознания. Дыхание поверхностное, резкое, аритмичное, типа Чейн-Стокса. Аускультативно картина «немного легкого». Пульс нитевидный. АД снижено. Метаболический ацидоз, гипоксия, гиперкапния.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при приступе бронхиальной астмы (бронхоспазм) - 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ХРОНИЧЕСКАЯ ПНЕВМОНИЯ»

– Выписать рецепт для лечения хронической пневмонии:

Rp: ZINACEF – 0,75

D.t.d. №. 10 in flacon.

S. Содержимое флакона непосредственно перед применением растворить в 5 мл 0,5% р-р новокаина, вводить в/м через 12 часов ребенку 5 лет

Rp: Охациллин – natrii 0,5

D.t.d. №. 5 in flacon.

S. Содержимое флакона непосредственно перед применением растворить в 4 мл 0,5% р-р новокаина, вводить в/м через каждые 6 ч. по 4 мл в течение 7-8 дней (ребенку 11 лет).

Rp: Ribomunili 0,2

D.t.d. №. 40 in tab.

S. принимать внутрь по 1 таблетке 3 раз в день в течение 4 дней недели, в течение месяца, затем каждые 4 дня каждого месяца в течение 6 месяцев (ребенку 10 лет).

Rp: FLUDITEK® (2%-125ML)

D.t.d. №. 1 in flac.

S. по 1 столовой ложке 1 раз в день ребенку 12 лет.

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Хроническая неспецифическая пневмония, 1 стадия, фаза обострения с преимущественными поражениями бронхоальвеолярной системы с частыми обострениями, ДН₂. Соп: Гипохромная анемия.

Больной: Дустматов С. 2 года, вес 14 кг.

Клиника данного заболевания:

Жалобы: Кашель, одышку, повышение температуры, плохой аппетит, склонность к частым простудным заболеваниям. Из анамнеза первый раз мальчик заболел пневмонией в 4 мес возрасте. Несмотря на энергичное лечение, выздоровление не наступило: мальчик все время кашлял, хрипел. Дальнейшем со слов матери ребенок часто простужался и 4 раза болел пневмонией. Последнее обострение началось 3 мес назад после перенесенного коклюша, ребенка лечили дома, а затем в больнице. При поступлении состояние мальчика средней тяжести, кожные покровы бледные, тургор тканей понижен. Небольшой цианоз носогубного треугольника. Отмечается одышка с незначительным втяжением межреберных мышц. При перкуссии справа в области нижней доли небольшой тимпанит, на отдельных участках с коробочным оттенком, укорочение в

межлопаточной области. При аускультации нижней доли правого легкого на фоне жесткого дыхания большое количество звонких мелко пузырьчатых и средне пузырьчатых влажных хрипов, на остальной поверхности единичные влажные и рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Живот вздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Стул и диурез в норме.

Лабораторные данные: Туберкулиновая проба отрицательная. Анализ крови: Нв-100 г/л, эрит- $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейко- $8,5 \times 10^9$ /л, с-50%, п-5%, э-15%, л-24%, м-6%, СОЭ 15 мм/ч. Вывод: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом. Ускорение СОЭ.

Биохимический анализ общий белок-84 г/л, альбумин- 40,1%. Вывод: диспротеинемия.

Рентгенограмма: определяется усиление и деформация легочного рисунка, утолщение стенок бронхов, уменьшение отдельных сегментов легких.

Бронхография: деформация бронхов и наличие бронхоэктазов.

Бронхоскопия: слизистая бронхов отечна, имеется скудный фиброзный налет. Бронхи деформированы.

Лечение:

1. Постельный режим.
2. Ампиокс по 500 мг х4р в день в/м
3. 1%р-р Калия йодида по 1 ч/л х3р в день внутрь.
4. Мукалтин 0,05 3 р в день внутрь.
5. Вит В₁ 5% 1мл в/м ч/д №10.
6. Вит В₆ 5% 1мл в/м ч/д №10.
7. Бронхомунал «П» по 1 кап 1 р в день в течении 10 дней. 3 курса.

Профилактика: обязательные прогулки на свежем воздухе санация очагов хронической инфекции.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Этиологические факторы способствующие возникновению хронической пневмонии».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

1. Преморбидный фон (ранний возраст, рахит, анемия, ЭКД, гипотрофия, искусственное вскармливание).
2. Затяжные сегментарные пневмонии различной этиологии.
3. Аспирация инородных тел в бронхи.
4. Врожденные ателектазы.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Диагностика при хронической пневмонии».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

Хроническая пневмония диагностируется на основании:

1. Данных анамнеза.
2. Клинико-рентгенологических данных.
3. Лабораторных методов исследования: а) анализ периферической крови. б) биохимические анализы крови (диспротеинемия, положительная реакция на СРБ, увеличение содержания сиаловых кислот).
4. Инструментальных методов: а) ЭКГ. б) бронхоскопия-отечность слизистых бронхов различная степень сужения мелких, средних, крупных бронхов, гиперпродукция вязкой густой слизи. в) бронхография.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (РЕВМАТИЗМ)»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики ОРЛ:

Rp: Benzylpenicillini Natrii 1.000.000 ME

D.t.d. №. 10 in flac.

S. 1 флакон растворить 0,5%-5,0 новокаиновым р/р и сделать в/м 2 раза в день, ребенку 5 лет

Rp: Kefsoli 1,0

D.t.d. №. 10 in flac.

S. 1 флакон растворить 0,5%-5,0 новокаиновым р/р и сделать в/м 2 раза в день, ребенку 12 лет

Rp: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d.N.6 in ampulli

S. принимать по 2 мл в/м 1 раз в день при гипертермии (ребенку 5-6 лет)

Rp: Brufeni 0,2

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать по 1 таблетки 2 раза в день после еды (ребенку 10 лет)

Rp: Brufeni 0,1

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать по 1 таблетки 2 раза в день после еды (ребенку 5 лет)

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Ревматизм 1, активная фаза, степень активности 1-П ст., миокардит, НК₀, хорея, острое течение.

Больной: Сафаев С. 13 лет, вес 42кг.

Клиника данного заболевания:

Жалобы на слабость, раздражительность, нескоординированные движения конечностей и туловища. Анамнез: после перенесенной очередной ангины через 2 недели появились гримасничание, изменилось поведение и почерк. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, зев умеренно гиперемирован, зубы интактные. Костно-мышечная система - деформации нет, отмечается гипотония мышц. Периферические лимфоузлы не увеличены. Ребенок беспокойный, постоянно находится в движении, совершает произвольные движения руками и ногами, настроение неустойчивый, беспричинно плачет и смеется, «пальценосовую», «коленно-пяточные» пробы выполнить не может. Положительные симптомы, Черня, глаз и языка, Филатова, дряблых плеч. В легких

везикулярное дыхание, в сердце перкуторно границы влево расширены на 0,5 см., верхняя граница II ребро, правая граница по правому краю грудины. Аускультативно: на верхушке сердца непостоянный систолический шум. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 рт.ст. Appetit снижен. Живот мягкий безболезненны. Печень и селезенка не увеличены. Стул самостоятельны, мочится свободно. Лабораторные исследование: анализ крови—Hb 115 г/л, эрит- $3,8 \times 10^{12}/л$, Цп-0,9. лейко- $8,5 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула без изменения. СОЭ 8 мм/ч. Биохимические анализы крови: общий белок—70 г/л, фракции без изменения. Титр АСК-0,450 ЕД, АСТ-200 ЕД. ДФА -210 ЕД. СРБ-необнаружено. ЭКГ синусовая аритмия, нерезко выраженные обменные нарушения миокарда.

УЗИ уменьшение сократительной способности миокарда.

Рентгенограмма грудной клетки изменение со стороны сердца не обнаружено.

Лечение:

1. Строгий постельный режим.
2. Стол №10
3. Бензилпенициллин по 500 тыс ЕД 4 р в день.
4. Димедрол 0,02 ½ таб 2 р в день
5. Ацетилсалициловая кислота 0,5 3р в день.
6. Панангин ½ таб 2р в день
7. Кокарбоксилаза 100мг на р-ре 10% глюкозы в/в стр.
8. Никотиновая кислота 1% с 0,3 мл по схеме до реакции.
9. Настойка пустырника 16 кап 3р в день.
10. Беллатаминал 1 таб на ночь.
11. Вит В₆ 5% 1 мл в/м №10.
12. Рибоксин 0,2 1 таб 2 р в день.
13. Аскорбиновая кислота 5% 2 мл на растворе глюкозы 10%, в/в стр.
14. Ундевит 1 др 2 р в день.
15. Бициллин-5 1,5 млн.ЕД 1 р в 4 недели.
16. Профилактика: наблюдение ревматолога по месту жительства, соблюдение режима дня, полноценное питание. Санаторное лечение, ЛФК, бициллинопрофилактика круглогодично в течение 5 лет.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Патогенез ревматизма у детей».
1. Объяснение задачи участников.

2. Выбор секретаря.
3. Никакой негативной оценки.
4. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
5. Группировать похожие идеи.
6. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
7. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

1. В патогенезе ревматизма имеется два фактора воспаление и нарушение иммунитета.
2. При ревматизме имеется нарушение гуморального иммунитета.
3. Обнаруживаются антикардиальные антитела, способные перекрестно реагировать с антителами стрептококк развиваются аутоиммунные реакции.
4. Страдает клеточный иммунитет.

Ревматизм сложный инфекционно-аллергический процесс развивающиеся в особо реагирующие на стрептококковую инфекцию организма.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Клинико-лабораторная характеристика степени активности ревматического процесса».
2. Объяснение задачи участников.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
8. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
9. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

- i. Степень активности III максимальная:

Клинические критерии: яркие общие проявления болезни, с наличием лихорадки, острый полиартрит, диффузный миокардит, перикардит, серозиты.

Лабораторные показатели: в крови нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 40 мм/ч и выше, С-реактивный белок +++++, нарастание фибриногена, серомукоида, характерные высокие титры АСЛ-О, АСТ и АСК.

в. Умеренная II степень:

Умеренные клинические проявления ревматической атаки с умеренной лихорадкой или без нее, без выраженного экссудативного компонента воспаления в пораженных органах, тенденция к множественному их вовлечению в воспалительный процесс.

Лабораторные показатели: лабораторные признаки активности ревматического процесса умеренные. Лейкоцитоз может отсутствовать, соответственно умеренно повышено и другие лабораторные показатели.

с. Минимальная I степень:

Клинические симптомы активности ревматического процесса выражены слабо. Почти полностью отсутствуют признаки экссудативного компонента воспаления в органах и тканях.

Лабораторные симптомы, отражающие активность ревматического процесса состояние иммунологической реактивности организма не отклоняется от нормы или минимально повышены.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при остром сердечно-сосудистой недостаточности – 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «НЕРЕВМАТИЧЕСКИЕ КАРДИТЫ»

– Выписать рецепт для лечения и профилактики спазмофилии:

Rp: Ampicillini Natrii 0,5

D.t.d. №. 10 in flac.

S. 1 флакон растворить 0,5%-5,0 новокаиновым р/р и сделать в/м 3 раза в день, ребенку 5 лет

Rp: Ampicillini Natrii 0,5

D.t.d. №. 10 in flac.

S. 2 флакона растворить 0,5%-5,0 новокаиновым р/р и сделать в/м 3 раза в день, ребенку 14 лет

Rp: Methindoli 0,025

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать по ½ таблетки 3 раза в день после еды (ребенку 5 лет)

Rp: Methindoli 0,025

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать по 1 таблетки 3 раза в день после еды (ребенку 12 лет)

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Поздний врожденный кардит, ССН, тотальная, II Б степень.

Больной: Турабаев К., 7 мес., вес- 7 кг.

Клиника: Жалобы на одышку, утомляемость при кормлении, бледность, потливость, осиплость голоса, шумное дыхание. Из анамнеза: мать на 7 мес беременности перенесла грипп, ребенок родился в срок с массой 3200г., закричал сразу, с 5 мес. возраста стал плохо прибавлять массу, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: Состояние тяжелое. Ребенок беспокоен, выраженная одышка, дыхание шумное, отмечается осиплость голоса. Правильного телосложения, пониженного питания. Голову хорошо держит, но не сидит. Кожные покровы бледные, цианоз слизистых оболочек, носогубного треугольника, кончиков пальцев. При осмотре отмечается намечающийся лево- расположенный сердечный горб. Верхушечный толчок приподнимающийся, усиленный, смещенный вниз. Границы относительной сердечной тупости расширены во все стороны, больше влево, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке, тахиаритмия. В легких единичные мелкопузырчатые влажные хрипы, не звонкая крепитация в нижних отделах с обеих сторон. Печень +4 см, край острый. Диурез снижен.

Лабораторные данные: общий анализ крови- Нв 140 г/л, эрит-
4,2x10¹²/л, Цп-0,9., лейкоц-8,0x10⁹/л, п-2, с-30, э-4, б-1, л-60, м-3, СОЭ-
15мм/ч. Вывод: ускоренная СОЭ.

Общий анализ мочи и кала без патологии.

ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, тахикардия, признаки перегрузки
левого и правого предсердия, признаки гипертрофии миокарда
левого и правого желудочков.

Рентгенография грудной клетки: легочной рисунок усилен, сердце
расширено в поперечнике.

Лечение:

1. Кормление сцеженным грудным молоком.
2. Цефазолин 250 мг 3 р в день в/м.
3. Вольтарен 0,025 по ¼ таб 3 р в день внутрь.
4. Преднизолон 0,005 по схеме: 7⁰⁰- 1 таб, 10⁰⁰- ½ таб, 13⁰⁰- ½ таб
в течение месяца с постепенным снижением дозы, начиная с
последнего приема.
5. Строфантин 0,05% - 0,1 мл в/в 2 р в день 7-10 дней, затем
дигоксин длительное время.
6. Фуросемид 1%-0,7 мл в/в 2 р в день.
7. Панангин 2,0 + глюкоза 10% - 50,0 в/в кап 1 раз.
8. Кокарбоксилаза 25 мг в/в 1 р
9. Вит В₆ 5%- 0,5 мл в/м.
- 10.Профилактика: Профилактические прививки
противопоказаны.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод « мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Клинические симптомы раннего врожденного
кардита».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Длительность 15 минут.
7. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Группируются на экстракардиальные и кардиальные признаки.

Экстракардиальные:

- низкая масса при рождении или плохая прибавка в дальнейшем.
- бледность, вялость, потливость, утомляемость при кормлении.
- легкий цианоз, усиливающийся при беспокойстве.
- беспричинные приступы общего беспокойства.

- задержка в развитии статистических функций.
- афония голоса.

Кардиальные:

- цианоз слизистых оболочек, акроцианоз.
- левосторонний сердечный горб.
- расширение границ относительной сердечной тупости.
- ослабленный верхушечный толчок.
- глухость тонов.
- усиленный П тон над легочной артерией.
- систолический шум (непостоянный).

Метод «Тур по галерее»

1. Выбор темы: «Лечение ревматического кардита».
2. Студенты делятся на 3 малых группы по 2-3 человека.
3. Объяснение задачи участникам: 1 малая группа получает задание написать этиотропную терапию ревматического кардита. 2 малая группа получает задание написать патогенетическое лечение ревматического кардита. 3 малая группа получает задание написать симптоматическое лечение ревматического кардита.
4. Каждая малая группа в течение 10 минут записывает своё суждение, затем группы обмениваются листами.
5. Оцениваются ответы, данные ранее и если ответ неполный, дополняют его.
6. По окончании работы выбирают наиболее полный ответы и записывают в тетради.
7. По окончании педагог оценивает участие каждого студента.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

1. Этиотропное лечение ревматического кардита.

- противовирусные препараты: интерферон, противовирусный иммуноглобулин, нуклеазы (РНКаза, ДНКаза), ингибиторы протеаз (ипсилон аминокaproновая кислота, контрикал, трасилол, гордокс).
- антибактериальные препараты: антибиотики широкого спектра действия, ампициллин, ампиокс, цефазолин, гентамицин и т.д.
- противогрибковые препараты: нистатин, леворин, низорал, дифлюкан.

2. Патогенетическое лечение.

- нестероидные противовоспалительные препараты: салицилаты, индометацин, бруфен, вольтарен, ортафен.
- глюкокортикоиды: преднизолон, дексаметазон, триамсинолон.
- препараты аминохинолинового ряда: делагил, плаквенил.
- антикининовые препараты: ангинин, продектин, пармидин.
- иммуномодуляторы: декарис, тималин, иммуномодулин.

3. Симптоматическое лечение.

- сердечные гликозиды: строфантин, коргликон, дигоксин.

- мочегонные препараты: фуросемид, лазикс, верошпирон, бринальдикс.
- препараты калия: панангин, аспаркам, калия хлорид, калия ацетат.
- витаминотерапия: вит В₁, В₂, В₆, В₅, С.
- антиаритмические препараты: пропранолол (индерал, обзидан, анаприлин), хинидин, лидокаин. При атриовентрикулярном блокаде: изадрин, новодрин, алупент.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ»

– Выписать рецепт для лечения РА:

Rp: Tab. Prednisoloni 0,005

D.t.d. №. 50

S. принимать внутрь в 07:⁰⁰ – 5 таблетки, 11:⁰⁰ – 3 таблетки, 13:⁰⁰ – 2 таблетки в сутки ребенку 10 лет.

Rp: Resochini 0,25

D.t.d.N.6 in tab.

S. по 1 таблетке 1 раза в день, вечером ребенку 9 лет.

Rp: Acidi acetilsalicylici 0,5

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать по 1 таблетки 4 раза в день после еды (ребенку 10-11 лет)

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: ЮРА, преимущественно суставная форма, олигоартрит, проба на ревматоидный фактор положительная, медленно прогрессирующее течение, активность средняя II степени, I-рентгенологическая стадия артрита, функциональная активность сохранена.

Больной: Сафаев С. 10 лет, вес 26кг.

Клиника данного заболевания:

Из анамнеза: мальчик в течение 3-х лет болен, заболевание началось после травмы правого коленного сустава. Несколько раз получил стационарное лечение.

Жалобы: на боли суставах рук и ног, на отечность в них, на ограничение движений, на утреннюю скованность, слабость.

Больной правильного телосложения, сниженного питания, бледноватый. В области коленных суставов отмечается припухание, в лучезапястных суставах тестоватообразное дефигурация, отечность, движения ограниченные, болезненные. Мышечный тонус на руках и ногах снижен, атрофичные. По другим органам и системам патологических изменений нет.

Лабораторно-инструментальное обследование: Кровь- гипохромия, гипоцитозная анемия, лейкоцитоз, повышенная СОЭ. Признаки воспаления соединительной ткани положительные. Ревматоидный фактор положительны. Анализ мочи и кала без изменения. На рентгенограмме остеопороз коленных суставов, уплотнение периартикулярной ткани. ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 82, электрическая ось нормальна.

Синовиальная жидкость – признаки воспаления (мутный, желтоватый, тягучий, лейкоцитоз и нейтрофилез).

Лечение:

Лечение стационарное (в кардиоревматологическом отделении).

Полупостельный режим, затем щадящий.

Диета стол №15.

Бензилпенициллин натрий 1 млн ЕД каждые 12 часов в/м, 10 дней.

Ортофен 0,025 1 таб 3-4 р после еды с молоком внутрь.

Делагил 0,25 1 таб 1 р на ночь в течении 3-6 мес.

Пипольфен 0,025 1 таб 2 р внутрь 10 дней.

Аевит 1 др 2 р в день после еды 1 мес.

Аппликации 30% димексида-гепарина на сустав днем на 45 минут, 12-15 дней

Компресс с мазью Вишневского на сустав на ночь 1-2 мес.

По показаниям лечебно-диагностическая пункция коленных суставов с введением 50 мг гидрокортизона ацетат 1 р в неделю.

Кальций глюконат 10% 5 мл, медленно в/в 10 дней.

Массаж мышц ног и рук верхних и нижних конечностей, лечебная гимнастика.

Профилактика: - щадящий режим, освободить от физических нагрузок, предупреждать травмы.

- диспансерный учет, продолжение лечения на поликлиническом этапе.

- санация хронических очагов инфекции.

- ежегодно 1-2 р плановое лечение в стационаре.

- санаторное лечение.

- массаж и лечебная гимнастика.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Патогенез ревматоидного артрита у детей».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.
7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Ревматоидный артрит- заболевание из группы диффузных болезней соединительной ткани. В основе лежит иммунопатологические процессы, с ациклическим затяжным

течением с системным заболеванием соединительной ткани преимущественно опорно-двигательного аппарата. Возникновение патологического процесса связано с разнообразными воздействиями (бактериальная, вирусная инфекция, лекарственные препараты, физические факторы), выявляющие генетическую детемированную неполноценность иммунного ответа, снижение Т-клеточной популяции лимфоцитов, с развитием аутоиммунных реакций. Аутоантитела направлены против иммуноглобулинов. Учитывая неуправляемый процесс размножения иммунокомпетентных клеток заболевание склонно к рецидивированию и прогрессированию.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Дифференциальная диагностика клинических проявлений ювенильного ревматоидного артрита у детей».
 2. Объяснение задачи участникам.
 3. Студенты группируются по 2-3 человека.
 4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
 5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
 6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
1. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
 2. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

1. суставная форма ЮРА:
 - основной клинический синдром болезни—артрит.
 - поражение суставов – полиартрит, олигоартрит, моноартрит.
 - симметричность поражения суставов.
 - мышечная атрофия.
 - поражение мелких суставов конечностей.
 - поражение шейного отдела позвоночника.
 - поражение глаз, триада симптомов: иридоциклит, катаракта, лентовидная дистрофия роговицы.
2. суставно-висцеральная форма ЮРА—синдром Стилла:
 - острое начало.
 - лихорадка.
 - выраженный суставной синдром с вовлечением мелких суставов и шейного отдела позвоночника.
 - увеличение лимфатических узлов, печени, селезенки.
 - может развиваться миокардит, перикардит.

3. синдром Вислера-Фанкони:

- острое начало, высокая лихорадка с ознобом, обильная аллергическая сыпь.

- висцеральная патология: миокардиты, миоперикардиты, плевропневмонии.

- суставной синдром ограничивается резкими артралгиями.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Курация больного – 0,5 балла;
4. Написание истории болезни 5-10 баллов.

ТЕМА ЗАНЯТИЯ «ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА»

– Выписать рецепт для лечения ВПС:

Rp: Sol. Riboxyni 2% - 5 ml

D.t.d. №. 10 in ampulli

S. Вводить в/в по 2,5 мл 1 раз в день, ребенку 5 мес.

Rp: Sol. Riboxyni 2% - 5 ml

D.t.d. №. 10 in ampulli

S. Вводить в/в по 5 мл 1 раз в день, ребенку 5 лет.

Rp: Sol. Riboxyni 2% - 10 ml

D.t.d. №. 10 in ampulli

S. Вводить в/в по 10 мл 1 раз в день, ребенку 14 лет.

Rp: Sol. Strophanthini 0,05% - 1 ml

D.t.d.N.6 in ampulli

S. По 0,2 мл в/в в 20 мл 40% р-р глюкозы (вводить медленно) ребенку 12 лет.

Rp: Digoxini 0,00025

D.t.d. №. 20 in tab.

S. принимать внутрь по ½ таблетки 3 раза в день (ребенку 6-7 лет)

ОЛКМС

Оценочный лист клинического мышления студента:

Диагноз: Врожденный порок сердца, дефект межпредсердной перегородки с обогащением малого круга кровообращения без цианоза, первичный адаптационный период.

Больной: Тошматов С., 5 лет, вес- 16 кг.

Клиника:

В анамнезе – родился с нормальным весом, в месячном возрасте обнаружен шум в сердце. Жалобы: одышка, утомляемость, непостоянные боли сердца. При осмотре: состояние средней тяжести, сниженного питания, бледность кожных покровов. Перкуторно правая граница сердца увеличена умеренно вправо. Аускультативно в области 3-х створчатого клапана усиление 1 тона, раздвоение II тона над легочной артерией, слева от грудины в II-III межреберье выслушивается средней интенсивности систолический шум. По другим органам и системам патологических изменений не отмечается.

Лабораторно-инструментальные исследования: Анализ крови, мочи, кала без патологии.

ЭКГ: отклонение электрической оси вправо, гипертрофия правого желудочка, неполная блокада правой ножки пучка Гисса.

ФКГ: раздвоение 1 тона, расширение II тона над легочной артерией. Слева во II межреберье отмечается максимальный систолический шум.

ЭхоКГ: гипертрофия правого желудочка, патологическое движение межпредсердной перегородки две стороны митрального клапана, скорость и амплитуда снижены.

Рентгенограмма: легочной рисунок несколько усилен, границы сердца не увеличены, аорта узкая, дилатация легочной артерии.

Катетеризация полостей сердца: давление на легочной артерии нормальное или слегка повышено.

Лечение:

При нарастании сердечной недостаточности лечение в стационаре:

- щадящий режим.
- диета – 10 стол.
- коргликон 0,06% -0,4 мл на р-ре глюкозы 5%- 4-9 мл в/в 5-10 дней. Затем при необходимости дигоксин 0,0001 -1 таб каждые 8 часов в течение 3-х дней, затем 1 таб каждые 12 часов внутрь (под контролем ЭКГ).
- фуросемид 0,004 ½ таб утром 1 раз при необходимости.
- рибоксин 2% 2-5 мл медл в/в или ½ таб 2-3 р перорально 10-15 дней.
- калий оротат 0,5 ½ таб 2-3 р внутрь в течение 2 недель.
- олиговит 1 др 1 р перорально 1-2 мес.
- при отсутствии эффекта от консервативного лечения и по показателем, по рекомендации кардиохирурга оперативное лечение.

Профилактика:

3. Щадящий режим.
4. ограничение физических нагрузок.
5. санация хронических очагов инфекции.
6. наблюдение кардиоревматолога.
7. лечение санаторное ежегодно 2 р в год стационарное лечение.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ.

Метод «мозгового штурма».

1. Выбор темы: «Предрасполагающие факторы развития врожденных пороков сердца».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Выбор секретаря.
4. Никакой негативной оценки.
5. Поощрять неожиданные и оригинальные идеи.
6. Группировать похожие идеи.

7. Длительность от 5-10 до 30-40 минут.
8. Оценка и анализ после короткой паузы.

Предполагаемые ответы:

Предрасполагающие факторы:

- перенесенные в период беременности краснуха, грипп, простой герпес, ОРВИ и др.
- хронические заболевания матери.
- профессиональные вредности.
- применение лекарственных средств.
- алкоголизм, курение.
- предшествующие аборт.
- неблагоприятно протекающие предшествующие беременности.
- наследственная предрасположенность.
- нарушение эмбриогенеза в период 2-8-й недели беременности.
- аномальная гемодинамика.

Метод «Тур по галерее».

1. Выбор темы: «Критерии диагностики врожденных пороков сердца».
2. Объяснение задачи участников.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течении 10 минут записывает свое суждение и обменивается местами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ не полный предложит свой вариант.
6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирает наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
8. Длительность проведения «Тура по галерее» от 5-10 до 30-40 минут.

Предполагаемый ответ на поставленный вопрос:

1. Клинические:

- сниженный аппетит, задержка роста и массы тела, беспокойства, симптомы сердечно-легочной недостаточности, резистентной к лечению.
- отсутствие или ослабление пульса на бедренных артериях.
- увеличение размеров сердца за счет гипертрофии левого желудочка.
- наиболее часто выслушиваемый систолический шум в левой надключичной ямке и межлопаточной области.
- АД снижено на нижних конечностях по сравнению с таковыми на верхних.

2. Параклиническое:

- инструментально-графические: ЭКГ—признаки гипертрофии левого желудочка; ЭхоКГ—гипертрофия миокарда левого желудочка.
- рентгенологические: изменение формы сердца, гипертрофии, усиление сосудистого рисунка.
- ФКГ.
- поликардиография.
- реокардиография.
- зондирование полостей сердца.

ОЦЕНКА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.

1. Написание рецептов – 0,5 баллов;
2. Решение ситуационных задач и написание оценочного листа – 1 балл;
3. Лечение неотложного состояния при астматическом состоянии - 1 балл;
4. Курация больного – 0,5 балла;
5. Написание истории болезни 5-10 баллов.