



**МИНЗДРАВ РОССИИ**  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России)

## Методические указания для обучающихся

по дисциплине «Ведение детей первого года жизни на педиатрическом участке»

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Форма обучения: очная

Разработчик

Медведева Л.В.

Методические указания рассмотрены и утверждены на заседании кафедры  
протокол № 13 от 17 июля 2021 г.

Заведующий кафедрой

Федоров И.А.

**Тема: Физическое развитие и нервно-психическое развитие ребенка первого года жизни. Вопросы ухода за ребенком первого года жизни. Тактика врача-педиатра на амбулаторном этапе при патологических состояниях периода новорожденности.**

### **Цель занятия**

Основное значение изучаемой темы состоит в том, чтобы сформировать у будущего врача-педиатра навыки работы с новорожденным ребенком и ребенком грудного возраста. Провести обзор пропедевтических навыков обследования новорожденного ребенка, обзор по семиотике поражения органов и систем с целью овладения методикой построения диагноза. Сформировать навыки выстраивания патогенетической цепочки нозологических форм, научить будущего врача-педиатра трактовать лабораторные данные и создавать алгоритмы лечения и таким образом дать возможность правильно определять тактику при патологических состояниях периода новорожденности.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

### **Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Назовите анатомо-физиологические особенности, особенности нервно-психического развития доношенного новорожденного ребенка.
2. Назовите анатомо-физиологические особенности, особенности нервно-психического развития недоношенного новорожденного ребенка.
3. Назовите анатомо-физиологические особенности, особенности нервно-психического развития грудного ребенка.
4. Регламентирующие документы оказания помощи недоношенным новорожденным.
5. Клиническое обследование новорожденного. Выявление стигм дизэмбриогенеза.
6. Оценка неврологического статуса новорожденного. Безусловные рефлексы новорожденного.
7. Питание новорожденного ребенка. Организация кормления детей в родильном доме.
8. Организация ухода за новорожденными на дому. Принципы первичного туалета доношенного и недоношенного новорожденного. «Сухое ведение» пуповинного остатка.
9. Тактика врача-педиатра на амбулаторном этапе при патологических состояниях периода новорожденности.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Ребенок И., 6 дней, поступил в отделение патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от женщины от 25 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в 1 половине, анемией (Hb 98 г/л). В 28 нед угроза прерывания, лечилась в стационаре. Роды в срок, слабость родовой деятельности, гипоксия плода, стимуляция окситоцином 1 период родов 8 часов, 2 – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, воды мекониальные. Масса при рождении 3300г, рост – 51 см. Оценка по Апгар 6\7 баллов. Закричал после санации верхних дыхательных путей. Состояние после рождения средней тяжести за счет неврологической симптоматики: беспокойство, тремор рук, подбородка, на 4 сутки состояние ухудшилось по неврологическому статусу, ребенок был переведен в стационар.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы с сероватым оттенком, акроцианоз, мраморность; пупочная ранка чистая. В легких дыхание пуэрильное, сердечные тоны ритмичные, отчетливые. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, умеренной плотности, селезенка не пальпируется. Стул с неперевавшими комочками, желтый. В неврологическом статусе – монотонный крик, большой родничок 2х2 см, напряжен при крике, открыт сагиттальный шов, симптом Грефе, непостоянное сходящееся косоглазие. Безусловные рефлексы снижены, мышечный тонус с тенденцией к гипотонии, периодически тремор рук. Судорог не было.

**Общий анализ крови:** Hb – 192 г/л, Эр –  $5,8 \times 10^{12}$ /л, ц.п. – 0,98, Л –  $12,4 \times 10^9$ /л, п\я – 10%, с – 56%, э – 1%, л – 30%, м – 3%, СОЭ – 6 мм\ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 62,4 г/л, билирубин – не прямой – 51 мкмоль\л, прямой – нет, мочевины – 3,2 ммоль\л, калий – 6,1 ммоль\л, натрий – 136 ммоль\л, кальций – 1,2 ммоль\л, фосфор – 2,3 ммоль\л.

**Нейросонограмма** в возрасте 8 дней: сглажен рисунок извилин и борозд. Фронтальные рога расширены до 6 мм. Глубина боковых желудочков на уровне тел 7 мм. Локальные эхогенные включения в подкорковых ганглиях. Умеренно повышена эхогенность перивентрикулярных областей.

#### **Задание.**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие факторы способствовали развитию данной патологии у новорожденного?
4. Какие компенсаторные механизмы развиваются при острой гипоксии у новорожденного?
5. Нуждается ли данный больной в консультации окулиста? Какие изменения возможны?
6. Назначьте лечение.
7. Каков прогноз у данного больного?
8. В наблюдении каких специалистов будет нуждаться ребенок после выписки?

**Ситуационные задачи по педиатрии** (экспертная оценка медицинской документации) – представлены отдельным сборником – задачи №№ 12, 13.

**Фармакологический тренинг.** Ребенку 20 дней, масса 3 кг 600 выписать виферон, амоксилав.

#### **Доклад с мультимедийной презентацией по вопросам самостоятельного изучения**

1. Анатомо-физиологические особенности доношенного и недоношенного ребенка.
2. Доношенность и недоношенность.
3. Признаки живорождения.
4. Морфо-функциональная незрелость, характеристика.
5. Транзиторные (переходные) состояния новорожденных
6. Нарушения пищевого поведения и их коррекция.
7. Особенности вскармливания недоношенных детей.

**Тема: Вскармливание и питание детей. Современные принципы вскармливания детей первого года жизни. Виды и сроки введения прикормов. Принципы выбора искусственных смесей. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3-х лет в РФ.**

### **Цель занятия**

Актуализировать в сознании врачей-педиатров значимость рационального и сбалансированного питания детей первого года жизни как одного из главных составляющих здоровья детей. Обратить внимание будущих врачей на критический период, когда питание и другие внешние факторы, имеющие эпигенетическое значение, определяют пути реализации генетической программы, программируют будущее здоровье.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

### **А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Назовите особенности питания детей грудного возраста и проблемы питания детей раннего возраста.
2. Современные принципы вскармливания детей первого года жизни.
3. Особенности пищеварительной системы и навыков приема пищи.
4. Грудное молоко – золотой стандарт в питании детей первого года жизни.
5. Грудное молоко и профилактика алиментарно-зависимых заболеваний.
6. Программирование питанием. Программа «1000 дней».
7. Искусственные смеси в питании детей первого года жизни, классификация, принципы выбора искусственных смесей.
8. Виды и сроки введения прикормов.
9. Принципы составления индивидуального рациона.
10. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3-х лет в РФ.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии

синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 месяцев - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 месяцев заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2x2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

**Общий анализ крови:** НЬ - 99 г/л. Эр –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $8,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

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

**Бактериологическое исследование кала:** дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк - не выделены.

### **Задание**

1. Клинический диагноз на момент осмотра?
2. Возможные причины патологических состояний?
3. План дополнительного обследования?
4. Какие изменения в биохимическом анализе крови, в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
5. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
6. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
7. Назначьте ребенку кормление.
8. План медикаментозного лечения?
9. В какой дозе следует назначить витамин D ребенку?
10. Когда можно «переходить» на поддерживающую дозу витамина и как долго продолжать прием витамина D?

**Фармакологический тренинг.** Ребенку 7 мес, составить меню.

**Тема: Тактика врача-педиатра на амбулаторном этапе при патологических состояниях периода новорожденности. Особенности оказания медицинской помощи новорожденным детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела.**

**Цели занятия.** Основное значение изучаемой темы состоит в том, чтобы сформировать у будущего врача-педиатра навыки раннего выявления и профилактики патологических состояний периода новорожденности таких как гнойно-септической инфекции кожи, перинатальная патология нервной системы, пневмонии новорожденных, желтухи новорожденных. Акцентировать внимание на навыках и особенностях выхаживания недоношенных новорожденных на амбулаторном участке. Выработать алгоритмы и определить принципы терапии новорожденных с данной патологией

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

### **А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Пограничные состояния в периоде новорожденности.
2. Группы новорожденных высокого риска и профилактика их отклонений.
3. Патологические состояния периода новорожденности: болезни кожи и пупка, перинатальная патология нервной системы, пневмонии новорожденных, желтухи новорожденных, РДС.
4. Диспансеризация новорожденных детей на амбулаторном этапе.
5. Особенности оказания медицинской помощи новорожденным детям с очень низкой и экстремально низкой массой тела. Условия успешного выхаживания недоношенного ребенка.
6. Профилактика ранней и поздней анемии и рахита недоношенного ребенка
7. Принципы диспансерного наблюдения недоношенных детей в условиях детской поликлиники.
8. Особенности вакцинации детей, родившихся с низким весом.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 месяцев - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 месяцев заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2х2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с

музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

**Общий анализ крови:** НЬ - 99 г/л. Эр –  $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк -  $8,1 \times 10^9$ /л, п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

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

**Бактериологическое исследование кала:** дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк - не выделены.

#### **Задание**

11. Клинический диагноз на момент осмотра?
12. Возможные причины патологических состояний?
13. План дополнительного обследования?
14. Какие изменения в биохимическом анализе крови, в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
15. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
16. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
17. Назначьте ребенку кормление.
18. План медикаментозного лечения?
19. В какой дозе следует назначить витамин D ребенку?
20. Когда можно «переходить» на поддерживающую дозу витамина и как долго продолжать прием витамина D?

**Фармакологический тренинг.** Ребенку 10 мес , составить меню.

**Тема: Частые проблемы детей первого года жизни: лактазная недостаточность, дисбактериоз кишечника, младенческие колики, нарушение сна, дентация, синдром срыгиваний. Причины, лечение, профилактика. Тактика врача-педиатра при острой хирургической патологии ребенка до 1 года.**

#### **Цель занятия**

Основное значение изучаемой темы состоит в том, чтобы сформировать у будущего врача-педиатра навыки выявления и профилактики наиболее частых проблем детей первого года жизни, выработать алгоритмы по профилактике, по раннему выявлению и лечению этих состояний у детей раннего возраста. Акцентировать внимание будущего врача-педиатра на вопросы дифференциальной диагностики этих состояний с острой хирургической патологией.

#### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

#### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);

-отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

**А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Пищевая непереносимость у детей первого года: определение, классификация, принципы диагностики.
2. Лактазная недостаточность у детей первого года, причины, клиника, диагностика, лечение. Диагностика и диетотерапия непереносимости углеводов.
3. Понятие о младенческих кишечных коликах, причины, профилактика, лечение. Диетическая коррекция кишечных колик у детей грудного возраста.
4. Болезненное прорезывание зубов у детей, клиника. Этапы прорезывания молочных зубов. Лечение болезненного прорезывания зубов у детей, показания и противопоказания к использованию медикаментозных средств при дентации.
5. Нарушение сна у детей первого года жизни, виды. Тактика врача-педиатра.
6. Синдром срыгивания и рвот у детей грудного возраста. Причины. Шкала срыгиваний. Профилактика и лечение. Диетическая коррекция синдрома срыгиваний и рвот у детей грудного возраста.
7. Диетическая коррекция запоров у детей раннего возраста.
8. Тактика врача-педиатра при острой хирургической патологии ребенка до 1 года.

**Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

На приеме у участкового педиатра мать Лены Д., 3,5 лет, пожаловалась на то, что ребенок в течение 2 нед плохо спит ночью, периодически жалуется на боли в животе. Отмечается снижение аппетита, склонность к запорам. ДДУ ребенок не посещает. Из анамнеза известно, что девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1 половины, анемии. Роды 2, в срок, вес при рождении 3300 г, рост 54 см. Росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний – краснуха, ветряная оспа, пневмония. В семье есть старший ребенок, мальчик, посещающий 2 класс школы. При осмотре врач каких-либо отклонений в состоянии органов и систем не обнаружил. Было назначено сдать общеклинические анализы, анализы на яйца глистов. В общих анализах патологии не было обнаружено, в соскобе с перианальных складок были найдены яйца остриц.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Тактика участкового врача?

**Фармакологический тренинг.**

**1. Rp: Bifidum-bacterini sicci 5 D.**

D. t. d. №30.

S. Принимать внутрь 3 раза в день за 30 минут до еды, растворив содержимое флакона в 5 мл кипяченой воды, ребенку 3 лет.

**2. Rp: “Bactisubtil” № 20.**

D. S. По 1 капсуле 3 раза в день внутрь во время еды ребенку 5 лет.

**3. Rp: Tab. Suprastini 0,025 №30**

D.S. По 1\2 таблетки 2 раза в день внутрь ребенку 7 лет.

**Тема: Ведение и лечебное питание детей первого года при различных патологических состояниях: рахит, хронические расстройства питания, железодефицитная анемия, атопический и лимфатико-гипопластический диатез. Особенности гемограммы, общего анализа мочи и копрограммы у детей грудного возраста.**



## **Цель занятия**

Выработать алгоритмы, определить принципы терапии и тактику врача-педиатра при различных патологических состояниях у детей первого года жизни: рахит, хронические расстройства питания, железодефицитная анемия, атопический и лимфатико-гипопластический диатез.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

## **А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

### **Раздел 1. Ведение и лечебное питание детей первого года при рахите.**

1. Рахит, клинические проявления. Особенности рахита у недоношенных детей.
2. Диетопрофилактика недостаточности витамина Д.
3. Особенности назначения витамина Д, его дозы.
4. Немедикаментозные методы лечения рахита и обоснования их применения (физические, массаж, гимнастика).
5. Диспансерное наблюдение детей с рахитом на педиатрическом участке.

### **Раздел 2. Ведение и лечебное питание детей первого года при хронических расстройствах питания.**

1. Клиническая картина белково-энергетической недостаточности 1, 2 и 3 степени.
2. Принципы лечения белково-энергетической недостаточности.
3. Профилактика и диетотерапия избыточной массы тела и ожирения.
4. Диспансерное наблюдение детей с хроническими расстройствами питания на педиатрическом участке.

### **Раздел 3. Ведение и лечебное питание детей первого года при железодефицитной анемии**

1. Железодефицитные состояния, клинические проявления.
2. Диетопрофилактика и диетотерапия железодефицитных состояний у детей первого года жизни.
3. Назовите общие принципы назначения препаратов железа.
4. Диспансерное наблюдение детей с железодефицитной анемией на педиатрическом участке.

### **Раздел 4. Ведение и лечебное питание детей первого года при атопическом и лимфатико-гипопластическом диатезах.**

1. Перечислите маркеры атопического и лимфатического диатезов.
2. Принципы диетотерапии пищевой аллергии.
3. Перечислите принципы лечения атопического диатеза.
4. Особенности вакцинации детей с аллергическим диатезом и с лимфатическим диатезом.
5. Особенности диспансерного наблюдения детей с аллергическим диатезом и с

лимфатическим диатезами.

**Раздел 5.** Особенности гемограммы, общего анализа мочи и копрограммы у детей грудного возраста.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Мальчик, 1 года 2 месяцев, поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребенка, вялость, извращение вкуса (ест мел).

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией во второй половине (никаких противоанемических препаратов во время беременности мать не принимала). Роды срочные. Масса тела при рождении 3150 г, длина - 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На грудном вскармливании находился до 2 месяцев. Затем вскармливание смесью "Агу", с 5 месяцев введен прикорм - овсяная и манная каши, творог, с 9 месяцев - овощное пюре, с 11 месяцев - мясное пюре (ел плохо). Прививки сделаны по возрасту. Перед проведением прививок анализы крови и мочи не делали. В возрасте 1 года мальчик был отправлен в деревню, где питался, в основном, коровьим молоком, кашами, овощами и ягодами; от мясных продуктов отказывался. Там же впервые обратили внимание на извращение аппетита. По возвращении в город обратились к врачу, было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребенок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные, на верхушке выслушивается короткий систолический шум. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из-под реберного края на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова.

**Общий анализ крови:** HGB - 85 г/л, Ц.п. - 0,71, Ретик. - 2,3%, НСТ - 36%,

RBC -  $3,2 \times 10^{12}$  /л,

RDW - 16,5%, (показатель анизоцитоза),

MCV - 112,5fl, (средний объем эритроцита, норма - 80-94 фл),

MCH - 26,5pg, (среднее содержание гемоглобина в эритроците, норма - 27-31 пг),

MCHC - 23,6 g/l, (средняя концентрация гемоглобина в эритроците, норма - 32-36 г/л),

PLT -  $235 \times 10^9$  /л.

LBC -  $7,2 \times 10^9$  /л, п/я - 2%, с - 20%, э - 4%, л - 64%, м - 10%, СОЭ - 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз.

**Общий анализ мочи:** цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.

**Биохимический анализ крови:** общий белок - 68 г/л, мочевины - 3,2 ммоль/л, билирубин общий - 12,5 мкмоль/л, калий - 4,3 ммоль/л, натрий - 138 ммоль/л, кальций ионизированный - 1,0 ммоль/л (норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,2 ммоль/л (норма - 0,6-1,6), железо сыворотки - 7,3 мкмоль/л (норма - 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки - 87,9 мкмоль/л (норма - 63,0-80,0), свободный гемоглобин - не определяется (норма - нет).

**Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно):** отрицательно.

**Задание к задаче.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие причины способствовали развитию заболевания у данного ребенка?
3. Какова профилактика развития анемии у ребенка от матери с анемией во время беременности?
4. Назначте препараты железа с лечебной целью (дозы, кратность, методы введения, длительность курса). Каким препаратам в настоящее время отдается предпочтение при терапии подобных состояний?
5. Какие критерии эффективности лечения анемии Вы знаете?

6. Показано ли переливание крови и/или ее отдельных компонентов при данном заболевании?
7. В каком отделе/отделах кишечника наиболее интенсивно всасывается железо?
8. Какие нутриенты оказывают наибольшее влияние на процессы абсорбции железа?
9. Проведите коррекцию питания ребенка.
10. Какова тактика по проведению ревакцинации этому ребенку?

**Задача 2.** Мальчик 6,5 месяцев, поступил в больницу с плохим аппетитом, недостаточной прибавкой массы тела, неустойчивым стулом.

Ребенок от молодых здоровых родителей, от первой беременности, протекавшей с токсикозом во второй половине. Во время беременности (на 33-й неделе) мать перенесла ОРВИ, лекарственные препараты не принимала. Роды на 38-й неделе. Мальчик родился в состоянии синей асфиксии. Масса при рождении 2900 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3 месяцев вскармливание искусственное, беспорядочное, кефиром, с 3,5 месяцев - кашами. За 6,5 месяцев ребенок прибавил в массе 3200 г.

В возрасте 2 месяцев заболел пневмонией. Долго лечился антибиотиками в условиях стационара. После выписки из больницы у ребенка неустойчивый стул, часто с примесью зелени и слизи. Аппетит снижен.

При поступлении в стационар состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 6100 г, длина 65 см. Мальчик вялый, иногда беспокоен. Температура тела нормальная. Кожные покровы сухие, бледные, с сероватым оттенком. Кожа с пониженной эластичностью, легко собирается в складки. Подкожно-жировой слой слабо выражен на туловище и конечностях. Большой родничок 2x2 см со слегка податливыми краями. Затылок уплощен. Выражены теменные и лобные бугры, реберные «четки». В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны ритмичные, отчетливые. Над верхушкой сердца систолический шум с музыкальным оттенком, за пределы сердца не проводится. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка - на 0,5 см. Стул от 3 до 5 раз в сутки, желто-зеленый, с неприятным запахом, жидкий.

**Общий анализ крови:** НЬ - 99 г/л. Эр –  $3,3 \times 10^{12}/л$ , Лейк -  $8,1 \times 10^9/л$ , п/я - 4%, с - 49%, л - 44%, э - 1%, м - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

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

**Бактериологическое исследование кала:** дизентерийная группа, кишечная палочка, стафилококк - не выделены.

#### **Задание**

21. Клинический диагноз на момент осмотра?
22. Возможные причины патологических состояний?
23. План дополнительного обследования?
24. Какие изменения в биохимическом анализе крови, в биохимическом анализе мочи следует ожидать у ребенка?
25. Какие рентгенологические изменения в трубчатых костях должны быть у ребенка?
26. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?
27. Назначьте ребенку кормление.
28. План медикаментозного лечения?
29. В какой дозе следует назначить витамин D ребенку?
30. Когда можно «переходить» на поддерживающую дозу витамина и как долго продолжать прием витамина D?

**Ситуационные задачи по педиатрии** (экспертная оценка медицинской документации) – представлены отдельным сборником – задачи №№ 10,11(С.173-174); задачи №№. 1-9, раздел 2 (С.40-52).

**Фармакологический тренинг.** для ребенка 1 года, вес 10 кг препарат железа перорально, панкреатин

**Тема: Острые респираторные заболевания у детей первого года жизни. Лечение и профилактика острых заболеваний органов дыхания у детей. Фармакотерапия детей первого года жизни.**

### **Цель занятия**

Выработать алгоритмы, определить принципы терапии и тактику врача-педиатра острых респираторных заболеваниях у детей первого года жизни, сформировать у будущего врача-педиатра о возможностях фармакотерапии у детей грудного возраста.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

### **А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. ОРВИ у детей первого года. Особенности этиологии.
2. Особенности клинической картины в соответствии с современными Протоколами диагностики и лечения острых респираторных заболеваний.
3. Патогенез обструктивного синдрома у детей раннего возраста.
4. Дифференциальная диагностика вирусной и бактериальной инфекции у детей.
5. Лабораторные и инструментальные методы исследования при ОРВИ у детей первого года жизни.
6. Лечение острых заболеваний органов дыхания у детей. Современные противовирусные препараты, показания и противопоказания к их применению.
7. Профилактика острых заболеваний органов дыхания у детей.
8. Фармакотерапия детей первого года жизни.
9. Небулайзерная терапия, методы использования, виды небулайзеров.
10. Профилактика и лечение часто болеющих детей.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Мальчик У., 11 месяцев, осмотрен педиатром по поводу повышения температуры и кашля.

Из анамнеза известно, что он болен в течение 8 дней. Неделю назад мама стала отмечать у ребенка вялость, беспокойный сон, снижение аппетита. Одновременно появились заложенность носа, обильное отделяемое из носа слизистого характера, редкий кашель. Температура повысилась до 37,5°C. Мама ребенка обратилась в поликлинику и пригласила участкового врача, который диагностировал у ребенка острое респираторное вирусное заболевание. Было назначено симптоматическое лечение, десенсибилизирующая терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий состояние мальчика улучшилось.

Однако, на 4-й день от начала заболевания у ребенка вновь повысилась температура до 38,6°C. Мальчик стал более вялым, отказывался от еды, перестал проявлять интерес к игрушкам, спал беспокойно, усилился кашель. Мама повторно вызвала врача.

При осмотре участковый врач обнаружил бледность кожных покровов, периоральный цианоз, возникающий при плаче, раздувание крыльев носа в момент кормления, тахикардию до 140 ударов в минуту. Соотношение пульса к числу дыханий составило 3:1. Над легкими выслушиваются мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы в межлопаточной области справа, дыхание жесткое. Ребенок госпитализирован.

**Клинический анализ крови:** Нв - 118 г/л. Эр -  $4,5 < 10^{12}/л$ , Лейк -  $13,8 \times 10^9/л$ , п/я - 9 %, с - 52%, э - 1%, л - 32%, м - 7%, СОЭ - 27 мм/час.

**На рентгенограмме грудной клетки:** отмечается повышенная прозрачность легочных полей, низкое стояние диафрагмы, усиление прикорневого и легочного рисунка, определяются мелкие очаговые тени с нерезкими контурами, располагающиеся в области проекции средней доли правого легкого.

#### **Задание**

1. Каков наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Перечислите факторы, предрасполагающие к развитию данного заболевания у детей раннего возраста.
3. Какие возбудители являются наиболее значимыми в развитии внебольничных форм заболевания?
4. Назовите основные пути инфицирования при данной патологии.
5. Назовите особенности клинической картины и течения заболевания у данного больного.
6. В каких клинических ситуациях проведение рентгенологического контроля за динамикой процесса обязательно?
7. Являются ли изменения в гемограмме обязательным признаком данного заболевания?
8. Перечислите основные направления в лечении данного пациента.
9. Чем определяется рациональный выбор антибиотика при назначении его больному?  
В каких случаях показана смена антибиотика?
10. Проведите дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.

**Ситуационные задачи по педиатрии** (экспертная оценка медицинской документации) – представлены отдельным сборником – задачи №№. 19-23 (С. 68-75).

**Фармакологический тренинг.** Ребенку 2 года выписать антибактериальный препарат, противовирусный препарат, муколитический препарат.

#### **Вопросы по теме для самостоятельного изучения**

1. Часто болеющие дети: характеристика группы, причины и общие принципы лечения.
2. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых респираторных заболеваний, лечению пневмоний у детей. Национальная программа по внебольничной пневмонии (2021, гг).

**Тема: Диспансеризация детей первого года жизни. Патронаж новорожденных и диспансеризация грудных детей. Национальный календарь прививок. Стандарты и выбор метода вакцинации здоровых детей и детей из групп риска.**

#### **Цель занятия**

Акцентировать внимание будущих врачей-педиатров на профилактическую, поликлиническую педиатрию, которая обеспечивает возможности формирования здоровья человека через оптимизацию среды развития, для этого необходимо знать принципы диспансерного наблюдения.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;
- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

### **А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях детской поликлиники. Антенатальная охрана плода. Наблюдение за новорожденными на педиатрическом участке.
2. Наблюдение недоношенных детей на педиатрическом участке.
3. Врачебный контроль за состоянием здоровья детей раннего возраста. Комплексная оценка состояния здоровья детей.
4. Диспансерное наблюдение здоровых детей первого года жизни.
5. Критические периоды формирования иммунной системы у детей.
6. Истинные противопоказания к вакцинации.
7. Профилактика поствакцинальных осложнений.
8. Национальный календарь прививок.
9. Стандарты и выбор метода вакцинации здоровых детей и детей из групп риска.

### **Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

**Задача 1.** Даша Р., 8 мес, поступила в отделение респираторной инфекции детской больницы по поводу ОРВИ с жалобами на частый сухой кашель, насморк, повышение температуры тела до 37,8°C.

Из анамнеза известно, что ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, водянки. Роды в срок, самостоятельные. При рождении вес 3400 г, рост 53 см, оценка по Апгар 8-8 баллов. Ребенок с 2 мес на искусственном вскармливании смесью «Нан», получает прикормы в виде каш, картофельного пюре, фруктовый сок. Витамин Д по 500 МЕ через день.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести, беспокойство, снижение аппетита. Кожа бледная, влажная, подкожная клетчатка развита избыточно, имеется облысение затылка. Голова с выраженными теменными буграми, Б.Р. 2x2 см, края его мягкие. Зубов нет. Тонус мышц снижен, ребенок самостоятельно не сидит. В области грудной клетки утолщения на границе хрящевой и костной части ребер. Заложенность носа. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Дыхание жесткое, по всей поверхности легких масса сухих и разнокалиберных влажных хрипов. ЧД – 32 в мин, ЧСС – 124 в мин. Тоны сердца ритмичные, звучные, короткий систолический шум на верхушке. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, безболезненный, расхождение прямых мышц. Печень +2 см, селезенка не пальпируется. Стул, диурез не нарушены.

В ОАК: эр-3,8x10, Нв-102 г/л, цп-0,85, Л-3,1x10, э-2%, п/я-3%, с/я-25%, лф-62%, м-8%, СОЭ-3 мм/ч.

Са крови-2,3 ммоль/л, Р-1,2 ммоль/л, ЩФ-500 ед/л.

ОАМ без патологии.

### Вопросы

- 1) Предварительный диагноз.
- 2) Какие анамнестические факторы способствовали данной патологии?
- 3) Основные направления лечения ребенка.
- 4) Дайте характеристику лабораторных изменений.
- 5) Может ли рахит влиять на течение респираторной инфекции?
- 6) Что входит в специфическое и неспецифическое лечение рахита?
- 7) Дайте рекомендации по коррекции диеты.
- 8) Какие костные изменения характерны для данного варианта течения рахита?
- 9) Рекомендации по лечению сопутствующей патологии и ведению в поликлинике.
- 10) Рекомендации по вакцинации.

**Задача 2.** Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема, период обострения.

Анамнез жизни: ребенок от 2 беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950г, длина - 50см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в род. зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в род. доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Малютка") у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3 месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4-месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей ("Фрисолак", "Нутрилон", "Хумана", "НАН" и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм - овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и неперевавшими комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать - 29лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец - 31год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 114 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах, урчание по ходу кишечника. Печень +3,0 см из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с неперевавшими комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов не выявляется.

Общий анализ крови: Нв - 104г/л, Эр -  $3,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,8, Лейк -  $11,2 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1010, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - много, лейкоциты - 6-8 в п/зр, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 68г/л, мочеви́на - 3,6ммоль/л, билирубин общий - 16,7мкмоль/л, калий - 4,2ммоль/л, натрий - 139ммоль/л, кальций ионизированный - 0,95ммоль/л(норма - 0,8-1,1), фосфор - 1,0ммоль/л(норма - 0,6-1,6), железо сыворотки - 8,1мкмоль/л(норма - 10,4-14,2), железосвязывающая способность сыворотки - 87,9мкмоль/л(норма - 63,0-80,0), свободный гемоглобин - не определяется(норма - нет), IgE - 830МЕ/л(норма - до 100МЕ/л).

### **Вопросы**

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом?
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.
4. Если это необходимо, наметьте план дальнейшего обследования.
5. Какие морфологические изменения кожи характерны для стадии мокнутия (спонгиоз или паракератоз)?
6. Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.
7. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии атопических заболеваний?
8. Клинические проявления данного заболевания отражают иммунологическую, патохимическую или патофизиологическую фазу аллергической реакции?
9. Какие фазы аллергической реакции подавляют антигистаминные препараты: задитен, кларитин, зиртек?
10. С учетом каких показателей и рекомендаций строится диета у данной категории больных?
11. Какие проблемы могут возникать при неконтролируемом использовании наружных глюкокортикоидных средств?
12. Основные принципы терапии данного заболевания.

**Ситуационные задачи по педиатрии** (экспертная оценка медицинской документации) – представлены отдельным сборником – задачи №№ 14 (с.59), 15 (с.61); задачи №№ 4 (с. 44), 5 (с. 45).

**Фармакологический тренинг.** Выписать витамин Д ребенку 1 мес масляный и водный раствор, витамин Е, бифидумбактерин.

**Тема: Неотложные состояния у детей первого года жизни. Острые аллергические реакции. Стеноз гортани и обструктивный синдром. Неотложные состояния у детей первого года жизни. Лечение токсикоза и эксикоза у детей с острой кишечной инфекцией. Методы контроля инфузионной терапии.**

### **Цель занятия**

Выработать алгоритмы оказания неотложной помощи при неотложных состояниях у детей первого года жизни.

### **Учебная карта занятия.**

Для организации самостоятельной работы студентов необходимы следующие условия:

- готовность студентов к самостоятельному труду;
- мотивация к получению знаний;
- наличие и доступность всего необходимого учебно-методического и справочного материала;
- система регулярного контроля качества выполняемой работы;
- консультативная помощь.

### **Формы самостоятельной работы:**

- контрольные вопросы для подготовки к занятию/перечень вопросов для собеседования;



- учебные (ситуационные задачи) для отработки полученных знаний;
- инновационные методы обучения (экспертная оценка медицинской документации, деловые игры, тематическая дискуссия, круглый стол);
- отчет о самостоятельной работе студентов (написание истории болезни, выписка рецептов)

**А) Задания для контроля уровня текущих знаний, обучающихся по теме/ перечень вопросов для собеседования.**

1. Крапивница. Диагностика и диф.диагноз.
2. Скорая и неотложная помощь при острых аллергических реакциях: крапивница.
3. Скорая и неотложная помощь при острых аллергических реакциях: отек Квинке.
4. Диагностика, тактика, первая врачебная помощь при синдромах острой дыхательной недостаточности: острый стенозирующий ларинготрахеит со стенозом гортани.
5. Диагностика, тактика, первая врачебная помощь при синдромах острой дыхательной недостаточности: обструктивный синдром при обструктивном бронхите
6. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы.
7. Диагностика и первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей: лечение инфекционного токсикоза.
8. Диагностика и первая врачебная помощь при острых инфекционных заболеваниях у детей: лечение эксикоза у детей с острой кишечной инфекцией.
9. Принципы инфузионной терапии. Методы контроля инфузионной терапии.

**Б). Проблемные ситуационные клинические задачи.**

Мальчик 5 лет, поступил в больницу с жалобами на приступообразный кашель, свистящее дыхание, одышку.

Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3250 г, длина 50 см. Период новорожденности протекал без особенностей. На искусственном вскармливании с 4 месяцев. С 5 месяцев страдает атопическим дерматитом. До 2 лет рос и развивался хорошо.

После поступления в детские ясли (с 2 лет 3 мес.) стал часто болеть респираторными заболеваниями (6-8 раз в год), сопровождающимися субфебрильной температурой, кашлем, небольшой одышкой, сухими и влажными хрипами. Рентгенографически диагноз «пневмония» не подтверждался. В 3 года во время очередного ОРВИ возник приступ удушья, который купировался ингаляцией сальбутамола только через 4 часа. В дальнейшем приступы повторялись 1 раз в 3-4 месяца, были связаны либо с ОРВИ, либо с употреблением в пищу шоколада, цитрусовых.

Семейный анамнез: у отца и деда по отцовской линии – бронхиальная астма, у матери – экзема.

Заболел 3 дня назад. На фоне повышения температуры тела до 38,2°C отмечались насморк, чихание. В связи с ухудшением состояния, появлением приступообразного кашля, одышки направлен на стационарное лечение.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,7°C, приступообразный кашель, дыхание свистящее с удлиненным выдохом. ЧД – 32 в 1 минуту. Слизистая зева слегка гиперемирована, зернистая. Грудная клетка вздута, над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, с обеих сторон выслушиваются свистящие сухие и влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены. ЧСС-88 уд/мин.

Общий анализ крови: Нв-120/л, Эр- $4,6 \times 10^{12}$ /л, Л- $4,8 \times 10^9$ /л, п/я3%, с-51%, э-8%. Л-28%, м-10%, СОЭ-5 мм/час.

Общий анализ молчи: количество – 120,0 мл, прозрачность – полная, относительная плотность – 1,018, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля прозрачные, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах. Очаговых теней нет.

Консультация отоларинголога: аденоиды II-III степени.

**Задание.**

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Какое звено патогенеза обструктивного синдрома является ведущим в данном случае?
3. Объясните, почему сальбутамол снял приступ только через 4 часа?
4. Назначьте лечение в данном периоде заболевания.
5. Опишите этапное лечение заболевания.
6. Каким специалистам необходимо показать ребенка?
7. Показана ли аденэктомия данному ребенку? Если да, то в каком периоде заболевания?
8. Какими видами спорта можно заниматься ребенку?
9. Как долго необходимо наблюдать ребенка в поликлинике?
10. Какие проблемы должен решать участковый врач при наблюдении за таким ребенком в поликлинике?

**Фармакологический тренинг.** Выписать рецепт ребенку 12 мес на беродуал, пульмикорт, эуфиллин, амброгексал.