

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«НИЖЕГОРОДСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине _«Вскармливание, питание здоровых и больных детей »

направление подготовки 30.06.01. «Клиническая медицина»

специальность 31.05.02. «ПЕДИАТРИЯ»

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Вскармливание, питание здоровых и больных детей» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 30.06.01 «Клиническая медицина» и специальности 31.05.02. «Педиатрия».

Текущий контроль по дисциплине «Вскармливание, питание здоровых и больных детей» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Вскармливание, питание здоровых и больных детей» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Вскармливание, питание здоровых и больных детей»

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1.	Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».	УК-1	Знать: методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в области современных подходов в организации рационального питания.	Тестовые задания	10
				Собеседование	
					Рефераты
2.	Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования.		Уметь: при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений	Тестовые задания	20
				Кейсы	3
				Собеседование	
				Рефераты	10
3.	Прикорм – современный взгляд нутрициолога.		Владеть: при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений	Тестовые задания	15
				Кейсы	3
				Собеседование	
				Рефераты	10
4.	Питание детей	УК-5	Знать: Знать: этические нормы в профессиональной деятельности	Тестовые задания	10

	старше года. Национальная программа.			Собеседование Рефераты	10
5.	Специализированные продукты питания для детей старше года.		Уметь: использовать этические нормы в профессиональной деятельности	Тестовые задания Кейсы Собеседование Рефераты	10 2 6
6.	Отдаленные последствия неадекватного вскармливания		Владеть приемами и технологиями применения этических норм для решения профессиональных задач	Тестовые задания Кейсы Собеседование Рефераты	10 5 9
7.	Современные аспекты профилактики пищевой аллергии Вскармливание детей с АБКМ	ПК-5	Знать: методы научно-исследовательской деятельности;	Тестовые задания Кейсы Собеседование Рефераты	15 5 6
8.	Вскармливание детей с функциональным и нарушениями пищеварения.		Владеть: технологиями организации проведения прикладных научных исследований, направленных на сохранение здоровья, улучшение качества и продолжительности жизни человека	Тестовые задания Ситуационные задачи Собеседование Рефераты	20 7
9.	Вскармливание детей с синдромом			Тестовые задания Кейсы	20 6

	малабсорбции.			Собеседование Рефераты	5
--	---------------	--	--	---------------------------	---

1. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

2.

3. Оценочные средства

3.1. Текущий контроль

1. Контролируемый раздел дисциплины «Теория метаболического программирования. Концепция трех «ОМ».»

1.КАКОЙ СРОК ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЯВЛЯЕТСЯ КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ	1-А
---	-----

<p>ПРОГРАММИРОВАНИЯ:</p> <p>А). первые 1000 дней от момента зачатия до 2-х лет жизни Б). от момента рождения до 3-х лет жизни В). первый год жизни ребенка Г) первые два года жизни</p>	
<p>2. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОНЦЕПЦИЯ ТРЕХ «ОМ»:</p> <p>А) геном, эпигеном, микробиом Б) геном, микробиом, В) геном, эпигеном</p>	2-А
<p>3. ГЕНОМ ЭТО:</p> <p>А). последовательность ДНК Б). совокупность наследственного материала, заключенного в клетке организма В). генетическая программа человека</p>	3-Б
<p>4. ЭПИГЕНОМ ЭТО:</p> <p>А) изменения экспрессии генов или фенотипа клетки при неизменной структуре ДНК Б) экспрессия генов В) изменение фенотипа клетки</p>	4-Г
<p>5. МИКРОБИОМ ЭТО:</p> <p>А) условно-патогенные микроорганизмы, способные вызвать возникновение патологического процесса; Б) микрофлора, экосистема совокупность микробов и микробных генов; В) микроорганизмы, населяющие кишечник человека;</p>	5-Б
<p>6. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ИМПРИТИНГ ЭТО:</p> <p>А) экспрессия генов под влиянием питательных веществ; Б). адаптивная реакция организма на временное изменение условий питания в раннем детстве, заключающаяся в развитии стойких метаболических изменений, сохраняющихся в дальнейшей жизни; В) подавление генетической программы под воздействием факторов окружающей среды;</p>	6-А
<p>7. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ИМПРИТИНГ ВЕДЕТ К РАЗВИТИЮ:</p> <p>А) ожирения, сахарного диабета, аллергии, атеросклероза, онкологических заболеваний, преждевременному старению Б) нарушению физического развития ребенка первого года жизни В) ожирению, атопии, бронхиальной астме</p>	7-А
<p>8. ФАКТОРЫ РИСКА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ С ПОЗИЦИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ИМПРИТИНГА:</p> <p>А) избыточное потребление макронутриентов, малоподвижный образ жизни, Б) избыточное потребление макронутриентов – белков, жиров,</p>	8-В

углеводов В) «Бережливый» генотип, «экономичный» фенотип	
9. ИЗМЕНЕНИЕ ЭПИГЕНОМА ВОЗМОЖНО ЗА СЧЕТ: А). метилирования ДНК и «выключения» гена Б). изменения структуры ДНК В). влияния факторов внешней среды	9-А
10. НАРУШЕНИЕ КИШЕЧНОГО МИКРОБИОМА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ВЛЕЧЕТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ: А). аллергии, бронхиальной астмы, ожирения, диабета, некротического энтероколита новорожденных Б). функциональных расстройств питания В). инфекционных заболеваний кишечника	10-А

ОТВЕТЫ: 1-А; 2-А; 3-Б; 4-Г; 5-Б; 6-А; 7-А; 8-В; 9-А; 10-А;

РЕФЕРАТЫ:

1. Концепция 1000 дней. Значение концепции 1000 дней в формировании здоровья детей.
2. Основные положения концепции 1000 дней;
3. Концепция трех ОМ: геном, эпигеном, микробиом
4. Метаболическое программирование. Что и как программируется?
5. Роль кишечной микрофлоры как фактор определяющий метаболическое и иммунологическое программирование младенца;

2. Контролируемый раздел дисциплины «Естественное и искусственное вскармливание с точки зрения теории метаболического программирования».

1. РЕКОМЕНДУЕМАЯ В РОССИИ НОРМА ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА ДЛЯ ДЕТЕЙ 4-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/КГ А) 3,2 Б) 2,9 В) 2,6 Г) 2,2	1-В
2. ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ А) 12–24 месяца Б) 3–6 месяцев В) 9–11 месяцев Г) чем дольше, тем лучше	2- А
3. СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/100 МЛ А) 1,2 Б) 2,0 В) 2,8 Г) 3,5	3- А

<p>4. НОЧНЫЕ КОРМЛЕНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ</p> <p>А) запрещаются Б) разрешаются лишь после консультации невролога В) разрешаются, если нет срыгиваний Г) разрешаются всегда</p>	4-Г
<p>5. ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ</p> <p>А) 24 час Б) 30 мин. В) 2 час. Г) 12 час</p>	5-Б
<p>6. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ (Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 2,0 Б) 2,2 В) 2,9 Г) 2,6</p>	6-Б
<p>7. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ</p> <p>А) уменьшить физические нагрузки матери Б) увеличить физические нагрузки матери В) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди Г) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди</p>	7-Г
<p>8. СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 2 : 1 Б) 1 : 2 В) 1 : 1 Г) 3 : 2</p>	8-А
<p>9. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>А) энтерококки Б) ацидофильные палочки В) бифидо-бактерии Г) кишечные палочки</p>	9-В
<p>10. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ</p> <p>А) овощное пюре Б) мясное пюре В) творог Г) яблочное пюре</p>	10-А
<p>11. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЁНКА - ____ МЕС.</p> <p>А) 5 Б) 6 В) 7</p>	11-В

Г) 9	
<p>ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-12 МЕСЯЦЕВ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ _____ МЛ/СУТКИ</p> <p>А) 800 Б) 1000 В) 1200 Г) 1400</p>	12-Б
<p>13. ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 5- 8 Б) 8 - 10 В) 10-12 Г) 12-14</p>	13-Г
<p>14. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТКИ) ДЛЯ РЕБЁНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 2,2 Б) 2,6 В) 2,9 Г) 3,5</p>	14-В
<p>15. РАЗОВЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ РАВЕН _____ МИЛЛИЛИТРОВ</p> <p>А) 100 Б) 120 В) 150 Г) 200</p>	15-Г
<p>16. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА 6-9 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ ЧАСТЬ ОТ МАССЫ ТЕЛА</p> <p>А) 1/8 Б) 1/7 В) 1/6 Г) 1/5</p>	16-А
<p>17.К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>А) эндокринные заболевания Б) психосоциальная депривация В) перекорм, переедание Г) инфекционные заболевания</p>	17-В
<p>18. В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬИМ:</p> <p>А) содержание белков выше Б) содержание белков ниже В) преобладают мелкодисперсные белки Г) преобладают крупнодисперсные белки</p>	18-АВ
<p>19. В «РАННЕМ» («ПЕРЕДНЕМ») ГРУДНОМ МОЛОКЕ ПО СРАВНЕНИЮ С «ПОЗДНИМ»:</p> <p>А) содержание белков и углеводов выше Б) содержание белков и углеводов ниже В) содержание жира выше</p>	19-АВ

Г) содержание жира ниже	
20. ИЗ РАЦИОНА КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ ИСКЛЮЧАЮТСЯ А) кукуруза Б) коровье молоко В) консервированные продукты Г) овощи	20-В

ОТВЕТЫ: 1-В; 2-А; 3-А; 4-Г; 5-Б; 6-Б; 7-Г; 8-А; 9-В; 10-А; 11-В; 12-Б; 13-Г; 14-В; 15-Г;
16-А; 17-В; 18 АВ; 19-АВ; 20-В;

РЕФЕРАТЫ:

1. Политика грудного вскармливания в РФ
2. Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ Десять принципов успешного грудного вскармливания
3. Концепция питания
4. Биологическая ценность пищевых веществ
5. Питание ребенка и иммунитет.
6. Роль оптимизации потребления белка в укреплении здоровья детей
7. Отдаленные последствия избыточного потребления белка
8. ДПНЖК в питании младенца и процессы программирования
9. Критические этапы формирования пищевого поведения на первом году;
10. Влияние нутриентов на мозг и когнитивные функции

3. Контролируемый раздел дисциплины «Прикорм – современный взгляд нутрициолога»

1. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ А) овощное пюре Б) мясное пюре В) творог Г) яблочное пюре	1-А
2. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ А) овсяной Б) рисовой В) гречневой Г) кукурузной	2-А
3. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЕНКА - ____ МЕС. А) 7-ти Б) 6-ми В) 9-ти Г) 10-ти	3-Б

<p>4.РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С</p> <p>А) 1.5лет Б) 6-ти месяцев В) 8–9 месяцев Г) 1 года жизни</p>	4-В
<p>5.НАРУШЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА, ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОССИИ - ЭТО ДЕФИЦИТ</p> <p>А) хлора и кальция Б) натрия и калия В) кальция и железа Г) калия и магния</p>	5-В
<p>6.РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЁНКА НЕ РАНЕЕ</p> <p>А) 7 Б) 6 В) 8 Г) 9</p>	6-Б
<p>7.СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ «НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО ОПТИМИЗАЦИИ ВСКАРМЛИВАНИЯ» ПРИКОРМЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ</p> <p>А) 4-6 Б) 6-8 В) 5-8 Г) 8-10</p>	7-А
<p>8. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА ВТОРОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ _____ РАЗ(А)</p> <p>А) 5 Б) 3 В) 4 Г) 6</p>	8-А
<p>9. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПРАВИЛА ВВЕДЕНИЯ ПРИКОРМА:</p> <p>А) давать после кормления грудью Б) кормить из бутылочки с соской В) давать перед кормлением грудью Г) кормить с ложки Д) начинать с малых количеств</p>	9-Б
<p>10. КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКАМИ ВИТАМИНА В12?</p> <p>А) овощи и фрукты Б) мясо и молоко В) чечевица, фасоль, горох Г) крупяные каши</p>	10-Б
<p>11..К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ</p>	11-Г

<p>А) редкое мочеиспускание Б) уплощение или падение весовой кривой В) беспокойство Г) появление геморрагической сыпи</p>	
<p>12.МЕДЬ, КОБАЛЬТ И НИКЕЛЬ КАК МИКРОЭЛЕМЕНТЫ УЧАСТВУЮТ В</p> <p>А) процессе синтеза костной ткани Б) процесс кроветворения в организме В) поддержании холестерина обмена Г) создании постоянного осмотического давления</p>	12-Б
<p>13. УСВОЕНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ ГРУДНОГО МОЛОКА , БЛАГОДАРЯ СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕХАНИЗМАМ ДОХОДИТ ДО</p> <p>А)17-25% Б) 39-50 % Б) 35-45% В) 39-55%</p>	13-Б
<p>14. ЕЖЕДНЕВНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ:</p> <p>А) 0,1 – 0,3 мг /сутки Б) 0,2 – 0,5 мг /сутки В) 0,5 – 1,0 мг / сутки Г) 1,0 – 1,2 мг / сутки</p>	14-А
<p>15.ЧТО МОЖЕТ ПРЕПЯТСТВОВАТЬ ВСАСЫВАНИЮ СА В КИШЕЧНИКЕ?:</p> <p>А) достаточное количество жиров с обязательным наличием в них ПНЖК Б) избыточное количество жира в диете В) присутствие незаменимых аминокислот (<i>триптофан, валин, лизин</i>) Г)рациональное соотношение в кишечнике Са, Р, Mg (2:1:1)</p>	15-Б

ОТВЕТЫ:1-А; 2-А; 3-Б; 4-В; 5-В; 6-Б; 7-А; 8-А; 9-Б; 10-Б;

11-Г; 12-Б; 13-Б; 14-А; 15-Б;

РЕФЕРАТЫ:

- 1.Возможно ли программирование здоровой жизни при помощи прикорма?
2. Пищевое поведение и пищевое программирование у детей;
3. Прикорм и иммунная система;
4. Особенности введения прикорма недоношенным детям;
5. Пищевое поведение .Прикорм и формирование пищевого поведения.
6. Пищевое поведение при ожирении у детей.
7. Роль микронутриентов в различных аспектах клеточного метаболизма.
8. Кишечная микробиота в регуляции когнитивных функций.
9. Формирование вкусового разнообразия.

10. Кишечная микробиота и здоровье ребенка.

4. Контролируемый раздел дисциплины «Питание детей старше года. Национальная программа».

1. К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ В ДОУ, ОТНОСЯТ А) творожную запеканку Б) макароны по-флотски В) форшмак Г) яичницу-глазунью	1-А
2. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ПРИВОДИТ: А) к задержке развития моторики и познавательной деятельности Б) к задержке формирования неразвитости социальных навыков В) к появлению поведенческой сложности и недостаточной способности к обучению Г) все перечисленное	2-Г
3. ЗАПРЕЩЕНО К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА А) куриное мясо Б) телятина В) мясо утки, гуся Г) мясо кролика	3-В
4. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ ДО ДВУХ ЛЕТ ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ А) сосиски, колбасы Б) субпродукты: сердце, язык В) печень Г) баранина	4-А
5. К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ПИТАНИЯ ОТНОСИТСЯ А) аппетит ребенка и активное поведение Б) состояние здоровья и показатели физического развития В) отсутствие клинических проявлений алиментарно-зависимых состояний Г) все перечисленное	5-Г
1. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ А) овощное пюре Б) мясное пюре В) творог Г) яблочное пюре	6-Б
2. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ А) овсяной Б) рисовой В) гречневой Г) кукурузной	7-Г
8. В ПИТАНИИ РЕБЕНКА 1-3 ЛЕТ ЕЖЕДНЕВНО ДОЛЖНЫ	8-В

<p>ПРИСУТСТВОВАТЬ ВСЕ ГРУППЫ ПРОДУКТОВ, КРОМЕ</p> <p>А) мясо животных или птицы Б) молочные и кисломолочные продукты В) полуфабрикаты Г) овощи, фрукты</p>	
<p>9. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ В ОРГАНИЗМ ВИТАМИНОВ РАЗВИВАЮТСЯ::</p> <p>А) гиповитаминозы Б) алиментарно-зависимые и инфекционные заболевания, В) частые респираторно-вирусные инфекции Г) все выше перечисленное</p>	9-Г
<p>10. В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ 1–3 ЛЕТ ЗАПРЕЩЕНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:</p> <p>А) сладкий и белый перец, лавровый лист, Б) красный и черный перец, хрен, горчица, В) розмарин, душистый перец, ваниль и корицу Г) базилик, тмин, тимьян, кориандр, майоран</p>	10-Б

ОТВЕТЫ: 1-А; 2-Г; 3-В; 4-А; 5-Г; 6-Б; 7-Г; 8-В; 9-Г; 10-Б;

РЕФЕРАТЫ:

1. Национальная программа оптимизации питания детей в возрасте от 1 года до 3 лет в РФ. Цели и задачи.
2. Особенности питания и состояния здоровья детей в возрасте от 1 до 3 года в РФ .
3. Физиологические особенности детей в возрасте от 1 до 3 лет
4. Характеристика пищевых веществ и их значение для детского организма
5. Организация питания детей в возрасте от 1 до 3 лет .
6. Нарушения пищевого поведения и их коррекция .
7. Профилактика избыточной массы тела и ожирения .
8. Профилактика железодефицитных состояний
9. Профилактика недостаточности витамина D .
10. Как накормить малоежку? Советы родителям .

5. *Контролируемый раздел дисциплины «Специализированные продукты питания для детей старше года».*

<p>1. К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОДУКТАМ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ НЕ ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А) сухие концентраты для приготовления гарниров; Б) соки и напитки в виде сухих концентратов; В) консервированные продукты в томатном соусе; Г) все перечисленное</p>	1-Г
<p>2. К ОСНОВНЫМ ВИДАМ ПРОДУКТОВ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1-3-Х ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А) продукты на плодоовощной основе Б) на мясной и рыбной основах</p>	2-Г

В) на зерновой основе и молочной основе Г)) все перечисленное	
3.ПРОДУКТЫ ПРОМЫШЛЕННОГО ВЫПУСКА , ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ДОЛЖНЫ СООТВЕТСТВОВАТЬ: А) строгим гигиеническим требованиям Б) не требуется строгий контроль хранения В) не требуется строгий контроль транспортировки Г) не требуются высокие требования к выбору сырья,	3-А
4.ПРИ ПРИГОТОВЛЕНИИ ПИЩИ ДЛЯ ДЕТЕЙ ДО 1,5 ЛЕТ: А) не играет степень механической обработки продуктов Б) сохраняется относительно высокая степень механической обработки продуктов, В) разрешается использовать цельные сырые овощи и фрукты Г) вареные и тушеные овощи нарезают крупными кусочками.	4-Б
5. К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОДУКТАМ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 1 ДО 3 ЛЕТ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ ВЫСОКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К: А) предъявляются высокие требования к выбору сырья, технологиям производства, упаковке. Б) не предъявляются высокие требования к выбору сырья, В) не предъявляются высокие требования к технологиям производства, Г) не предъявляются высокие требования к упаковке.	5-А
6.К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА ПЛОДО-ОВОЩНОЙ ОСНОВЕ ОТНОСЯТСЯ: А) фруктово-ягодные соки, пюре и овощные пюре Б) плодово-ягодные компоты, детские кисели В) фруктовые батончики Г) все перечисленное	6-Г
7.К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА МЯСО-РЫБНОЙ ОСНОВАХ ОТНОСЯТСЯ: А) пюре мясное и рыбное, Б) фрикадельки В) мясо- и рыба-растительные консервы Г) все перечисленное	7-А
8. К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА МОЛОЧНОЙ ОСНОВЕ ОТНОСЯТСЯ: А) детские молоко, кефир, йогурт, биолакт Б) густой йогурт, творог В) смеси для детей старше1 года («третьи» и «четвертые» формулы) Г) все перечисленное	8-Г
9. . К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА ЗЕРНОВОЙ ОСНОВЕ ОТНОСЯТСЯ:	9-Г

А) каши молочные, безмолочные Б) детские печенье , мюсли В) макаронные изделия Г) все перечисленное	
10.ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ РЫБОСОДЕРЖАЩИХ КОНСЕРВОВ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: А) пикша, лосось, семга, Б) лещ, окунь , В) судак, форель Г) хек, треска,	10-Б

ОТВЕТЫ: 1-Г; 2-Г; 3-А; 4-Б; 5-А; 6-Г; 7-А; 8-Г; 9-Г; 10-Б;

РЕФЕРАТЫ:

1. Специализированные продукты питания промышленного производства
2. Роль питания в коррекции иммунитета
3. Каждому возрасту свой продукт
4. Особенности организации питания детям старше года. «Семейный стол».
5. Продукты детского питания компании HEINZ, NESNLE, NUTRICIA. Рекомендации врача.
6. Медицинская коррекция адаптационного синдрома. Нутритивная поддержка (ONS) у детей с недостаточностью питания (Нутрини Дринк Инфатрини).

7. Контролируемый раздел дисциплины «Отдаленные последствия неадекватного вскармливания»

1.УВЕЛИЧЕНИЕ БЕЛКА В ДИЕТЕ МЛАДЕНЦЕВ НА 28% ПРИВОДИТ К : А) ускоренному росту и увеличению жировой массы к 8 годам на 30 %; Б) нормальному росту и увеличению жировой массы к 8 годам на 30 %; В) ускоренному росту и снижению жировой массы к 8 годам на 30 %; Г) изменений в физическом развитии не наблюдается	1-А
2.ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4 –6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ А) 2,0 Б) 2,6 В) 2,9 Г) 3,2	2-Б
3. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТКИ) ДЛЯ РЕБЁНКА 7-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ Г/КГ Ответ А А) 2,2 Б) 2,6 В) 2,9 Г) 3,5	3-В
4.ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ	4-А

<p>ПРЕОБЛАДАЮТ</p> <p>А) бифидо-бактерии</p> <p>Б) ацидофильные палочки</p> <p>В) энтерококки</p> <p>Г) кишечные палочки</p>	
<p>5.ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ(Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ</p> <p>А) 2,0</p> <p>Б) 2,2</p> <p>В) 2,9</p> <p>Г) 2,6</p>	5-Б
<p>6.ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ</p> <p>А) молоко и кисломолочные продукты</p> <p>Б) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты</p> <p>В) овощи и фрукты, цельно зерновые продукты</p> <p>Г) хлеб и хлебобулочные изделия</p>	6-В
<p>7. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ИЗБЫТКА МАССЫ ТЕЛА ОТНОСЯТСЯ</p> <p>А) эндокринные заболевания</p> <p>Б) перекорм, переедание</p> <p>В) психосоциальная депривация</p> <p>Г) инфекционные заболевания</p>	7-Б
<p>8. ПАТОЛОГИЧЕСКИ ВЫСОКАЯ МАССА ТЕЛА ВЕРОЯТНА, ЕСЛИ ПОКАЗАТЕЛЬ МАССЫ ВЫХОДИТ ЗА ПРЕДЕЛЫ</p> <p>А) 97% центиля</p> <p>Б) 75% центиля</p> <p>В) 90% центиля</p> <p>Г) 25% центиля</p>	8-А
<p>9.ПО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ ОЖИРЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ СЛЕДУЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬ ПРИ SDS ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА</p> <p>А) > +2,0</p> <p>Б) +1,0 - + 1,99</p> <p>В) – 0,99 - + 0,99</p> <p>Г) -1,99 – - 1,0</p>	9-А
<p>10.К ВОЗМОЖНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ ПРИВОДЯТ, КРОМЕ:</p> <p>А) снижение интеллектуального развития</p> <p>Б) увеличение риска развития диабета, ожирения</p> <p>В) нарушению функция почек</p> <p>Г) гастродуоденита</p>	10-Г

ОТВЕТЫ: 1-А; 2-Б; 3-В; 4-А; 5-Б; 6-В; 7-Б; 8-А; 9-А; 10-Г;

РЕФЕРАТЫ:

1. Концепция питания
2. Общие принципы пищевого программирования
3. Питание детей первого года жизни с позиции пищевого программирования
4. Последствия избыточного потребления белка в раннем возрасте.
5. Значимость микронутриентов для здоровья и развития детей.
6. Влияние характера питания во внутриутробном периоде на состояние здоровья взрослого человека
7. влияние последствия нарушения питания в раннем возрасте на снижение ожидаемой продолжительности жизни
8. Концепция программирующего действия питания в раннем возрасте
9. Физиологические и метаболические особенности детей первого года жизни

7. Контролируемый раздел дисциплины «Современные аспекты профилактики пищевой аллергии»

1. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ: А) инфекционная форма аллергии Б) пищевая аллергия В) лекарственная аллергия Г) ингаляционная аллергия	1-Б
2. ВЫБЕРЕТЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ГИПОАЛЛЕРГЕННОЙ ДИЕТЫ ДЛЯ КОРМЯЩИХ МАТЕРЕЙ А) кисломолочные продукты и йогурты с фруктовыми наполнителями Б) крупы В) морепродукты Г) грибы	2-Г
3. ПРОЯВЛЕНИЯ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЗАВИСИТ: А) количества продукта; Б) сочетания продуктов; В) вида кулинарной обработки; Г) количество продуктов не имеет значения; Д) времени и приема пищи	5-Г
4. ПРОЯВЛЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ ГИПЕРПРОДУКЦИЕЙ: А) IgA Б) IgE В) IgM	4-Б
5. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ВОЗМОЖНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ОТНОСЯТ А) частый, жидкий стул с кислым запахом Б) появление атопического дерматита после приема определенного продукта В) обильный, зловонный, светлый стул 2 и более раз Г) частые срыгивания после кормления грудью	5-Б

<p>6. ПИЩЕВУЮ АЛЛЕРГИЮ ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЕТ</p> <p>А) огурец Б) рыба В) мясо Г) вишня</p>	6-Б
<p>7. К ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРАМ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) генетически детерминированная особенность иммунного ответа Б) гиперактивность кожи В) приобретенная поломка иммунного ответа в результате неадекватного воздействия различных стрессовых ситуаций Г) все перечисленное</p>	7-Г
<p>8. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КРИТЕРИЯМ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТСЯ:</p> <p>А) типичная морфология и локализация кожных высыпаний, зуд Б) хроническое рецидивирующее течение, высокий уровень IgE в сыворотке крови В) атопия в анамнезе, наследственная предрасположенность Г) все перечисленное</p>	8-Г
<p>9. КАКИЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ?</p> <p>А) кожные пробы с пищевыми аллергенами Б) определение уровня общего IgE в сыворотке крови В) определение специфических антител к пищевым аллергенам Г) все перечисленное</p>	9-Г
<p>10. КАКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОКАЗАТЕЛЬНЫМИ:</p> <p>А) аллергологическое обследование Б) объективное и лабораторное обследование В) элиминационно – провокационные пищевые пробы Г) все вышеперечисленное</p>	10-Г
<p>11. ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ К ПОДСОЛНЕЧНОМУ МАСЛУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ БОЛЬНЫХ:</p> <p>А) бытовой аллергией; Б) эпидермальной аллергией; В) инсектной аллергией; Г) пыльцевой аллергией; Д) бытовой и эпидермальной аллергией</p>	11-Б
<p>12. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ IgE АНТИТЕЛ К:</p> <p>А) к аллергенам коровьего молока; Б) к куриному белку; В) к мясу индейки; Г) к глютену</p>	12-Г

13. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ НЕРЕДКО РАЗВИВАЕТСЯ СОПУТСТВУЮЩАЯ ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ К: А) молоку и молочным продуктам; Б) мясу птицы; В) рыбе; Г) продуктам растительного происхождения; Д) яйцу	13-Г
14. ПРИ ПОЛЛИНОЗАХ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ К ЗЛАКОВЫМ ИЗ ПИТАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ: А) гречневую кашу; Б) мучные изделия; В) отварную говядину; Г) томаты; Д) капусту	14-Б
15. ПРИ ПОЛЛИНОЗЕ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ ДЕРЕВЬЕВ ИЗ ПИТАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ: А) манную кашу; Б) подсолнечную халву; В) фундук; Г) морковь; Д) гречневую кашу	15-В

ОТВЕТЫ: 1 –Б; 2-Г; 3-Г; 4-Б; 5-Б; 6-Б; 7-Г; 8-Г; 9-Г; 10-Г; 11-Б; 12-Г;13-Г; 14-Б; 15-В;

РЕФЕРАТЫ:

1. Аллергические заболевания, обусловленные реакциями немедленной гиперчувствительности: методы диагностики и лечения;
2. Роль цитокинов в формировании аллергических реакций у детей;
3. Механизм развития аллергических реакций;
4. Диагностика аллергических заболеваний;
5. Стратегия и критерии диагностики пищевой аллергии
6. Современные концепции профилактики .аллергии
7. Современные продукты прикорма в профилактике аллергических заболеваний;

Ситуационная задача № 1

Во время профилактического осмотра девочки Маши К., 5 месяцев, участковый педиатр обратил внимание на сухость кожи, «молочный струп» на щеках, «географический» язык, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, увеличение периферических лимфатических узлов до 1-2 порядка, неустойчивый стул. Масса тела – 8,5 кг, длина – 63 см.

Из анамнеза: ребёнок находится на смешанном вскармливании. Мама диету не соблюдает, много пьёт коровьего молока, любит мучное и сладкое.

Девочка получает грудного молока за сутки – 400 мл, остальное в виде докорма адаптированной молочной смесью «Малютка». Введён 1 прикорм (манная каша на молоке). В 3 месяца диагностирован дисбактериоз кишечника. В 4 месяца перенесла обструктивный бронхит, в терапии

– антибактериальные препараты (ампициллин, в/м), на фоне лечения отмечалось покраснение щёк, ягодиц, ухудшение характера стула. На рентгенограмме – тимомегалия.

У отца – бронхиальная астма.

ЗАДАНИЕ:

1. О какой патологии следует думать? Сформулируйте диагноз. Обоснуйте его;
2. Лабораторные методы исследования, подтверждающие Ваш диагноз;
3. Назовите факторы, усугубляющие действие триггеров при атопическом дерматите;
4. Концепция трех «Ом»;
5. Проведите коррекцию питания ребенку

Ситуационная задача № 2

Ребёнку 2,5 месяца. С 3-х недель из-за мастита у матери находится на грудном вскармливании донорским молоком. В настоящее время в питание введены смеси «Малютка». Мать отмечает появление гиперемии в паховых областях, шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках и подбородке гиперемия, шелушение, трещины и мокнутие с образованием корок. Ребёнок беспокоен, стал плохо спать.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае, обоснуйте его;
2. Какой причиной вероятнее всего вызваны выявленные изменения
3. Что такое филагрин и его роль в развитии дерматита;
4. Принципы диетотерапии при аллергодерматозах. Назовите пищевые продукты этиологически значимые для детей 1-го года жизни при атопическом дерматите;
5. Проведите коррекцию питания и назначьте лечение ребенку;

Ситуационная задача № 3

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 г, длина - 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Нутрилон 1") 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". "Энфамил", "Симилак", "Хумана", "НАН" и т.д.), на фоне чего кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В 5,5 месяцев введен прикорм – рисовая каша на молоке, 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 - 29 лет, страдает экземой; отец - 31 год, 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, 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 неперевааренными комочками и слизью.

Общий анализ крови: НЬ - 104 г/л, Эр – 3,5x10¹²/л, Ц.п. - 0,8, Лейк – 11,2x10⁹/л, п/я - 7%, с - 33%, э - 9%, л - 41%, м - 10%, СОЭ - 12 мм/час;

IgE общий - 830 МЕ/л; IgE специфические – высокая сенсibilизация к пищевым аллергенам (положительно: молоко, бета-лактоглобулин, казеин).

Вопросы:

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом? Ваш клинический диагноз и его обоснование;
2. Оцените тактику участкового врача при назначении питания ребенку;
3. Перечислите факторы риска, способствующие реализации заболевания у данного больного;
4. Проведите коррекцию питания данному ребенку
5. Назначьте лечение ребенку

8. Контролируемый раздел дисциплины «Вскармливание детей с АБКМ»

<p>1. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ</p> <p>А) введение белков молочной сыворотки Б) увеличение содержания белка В) снижение содержания лактозы Г) введение аминокислоты серин</p>	<p>1-А</p>
<p>2. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ</p> <p>А) смеси на основе полного гидролизата белка Б) адаптированные молочные смеси В) безлактозные смеси Г) кисломолочные смеси</p>	<p>2-А</p>
<p>В ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ СМЕСЕЙ :</p> <p>А) Алфаре Аллерджи Б) Нутрилак НА В) NAN НА Г) Нутрилон Комфорт</p>	<p>3-А</p>
<p>4. К ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) антиоксидантная Б) жировая В) гипотеза двойного воздействия аллергенов Г) белковая</p>	<p>4-Г</p>

<p>5.К ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:</p> <p>А) гипотеза влияния витамина D Б) белковая В) концепция трех ОМ Г) гигиеническая</p>	5-Б
<p>6.К КОЖНЫМ ПРОБАМ НА АЛЛЕРГИЮ НЕ ОТНОСИТСЯ</p> <p>А) накожные (аппликационные) пробы Б) скарификационные тесты В) прик-тесты Г) проба Манту</p>	6-Г
<p>7. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ IgE АНТИТЕЛ К:</p> <p>А) к аллергенам коровьего молока; Б) к куриному белку; В) к мясу индейки; Г) к глютену</p>	7-АБГ
<p>8.НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ АЛЛЕРГЕНАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>А) коровье молоко Б) белок куриного яйца В) рыба Г) манная крупа Д) кукурузная крупа</p>	8-А
<p>9. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ЧАЩЕ ВЫЗЫВАЮТ _____ АЛЛЕРГЕНЫ</p> <p>А) пищевые Б) эпидермальные В) бытовые Г) пыльцевые</p>	9-А
<p>10. .ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ</p> <p>А) алфаре Б) фрисовом В) сэмпербифидус Г) нэнни</p>	10-А

ОТВЕТЫ:1-А; 2-А; 3-А; 4-Г; 5-Б; 6-Г;7-АБГ; 8-А; 9-А;10-А;

РЕФЕРАТЫ:

1. Специализированные смеси для детей с аллергией к белку коровьего молока. Что такое «интеллигентный гидролиз»?
2. Особенности организации питания кормящей матери при аллергии к белку коровьего молока у ребенка;
3. Роль перекрестных аллергических реакций в составлении диеты ребенку с аллергией;
4. Теории развития аллергии;
5. Аллергия к белку коровьего молока или непереносимость белка коровьего молока?

6. Клинические проявления АБКМ;
7. Основные методы лабораторной диагностики IgE;
8. Что такое CoMiSS?

9. Контролируемый раздел дисциплины «Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения».

<p>1. ПРИЧИНОЙ СРЫГИВАНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) незрелость эзофаго-кардиального отдела пищевода Б) высокий тонус в пилорическом отделе В) высокое внутрибрюшное давление Г) непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера Д) все перечисленное</p>	1-Д
<p>2. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЫГИВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:</p> <p>А) встречаются в любое время суток Б) после приема пищи В) невысокая частота Г) высокая частота срыгиваний</p>	2-А
<p>3. ДЛЯ ФИЗИОЛОГИЧНЫХ СРЫГИВАНИЙ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А) содержимое желудка имеет кислый запах Б) временное явление В) участие вспомогательной мускулатуры Г) может приводить к нарушению функции органов и систем</p>	3-А
<p>4. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ СМЕСИ НЕОБХОДИМО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА :</p> <p>А) характер загустителя Б) преобладание сывороточной фракции белка В) преобладание казеиновой фракции белка Г) интенсивности срыгиваний и характера стула</p>	4-АБГ
<p>5. К БОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ АНТИРЕФЛЮКСНЫМ СМЕСЯМ ОТНОСЯТСЯ СМЕСИ С:</p> <p>А) содержанием загустителя и преобладанием сывороточной фракции белка Б) содержанием загустителя и преобладанием казеиновой фракции белка</p>	5-А
<p>6. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КРАХМАЛ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С :</p> <p>А) частыми срыгиваниями Б) менее выраженными срыгиваниями</p>	6-Б
<p>7. ПО ШКАЛЕ ИНТЕНСИВНОСТИ СРЫГИВАНИЙ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ ОТ 3 ДО 5 БАЛЛОВ СООТВЕТСТВУЕТ:</p> <p>А) частым срыгиваниям</p>	7-А

Б) менее выраженным срыгиваниям	
8. ПО ШКАЛЕ ИНТЕНСИВНОСТИ СРЫГИВАНИЙ КОЛИЧЕСТВ БАЛЛОВ ОТ 1 ДО 5 БАЛЛОВ СООТВЕТСТВУЕТ: А) частым срыгиваниям Б) менее выраженным срыгиваниям	8-Б
9. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КАМЕДЬ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С: А) частыми срыгиваниями (3-5 баллов по шкале интенсивности срыгиваний) Б) менее выраженными срыгиваниями (1-3 балла по шкале интенсивности срыгиваний)	9-А
10. КАМЕДЬ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА КРОМЕ ТОГО ОБЛАДАЕТ: А) послабляющим действием Б) закрепляющим действием	10-А
11. КЛЕЙКРОВИНА РОЖКОВОГО ДЕРЕВА ВЛИЯЕТ НА ВСАСЫВАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ: А) да Б) нет	11-Б
12. ТЕРМИНОМ «РУМИНАЦИЯ» ОБОЗНАЧАЮТ: А) внезапное опорожнение содержимого желудка и 12-ти перстной кишки Б) обильную рвоту только съеденной что пищей В) привычку срыгивать часть желудочного содержимого в полость рта, пережевывать и вновь заглатывать без патологических последствий Г) болезненный крик во время еды	12-В
13. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ ОТНОСИТСЯ: А) количественный и качественный перекорм Б) введение прикорма без соблюдения принципов постепенности В) резкий перевод ребенка на искусственное вскармливание Г) все перечисленное	13-Г
14. ОСНОВНЫМИ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЖКТ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ: А) повышенная возбудимость ротоглотки Б) низкая секреторная функция железистой ткани В) малое количество пищеварительных соков с низким содержанием ферментов Г) все перечисленное	14-Г
15. ПРИ СИМПТОМАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ, СВЯЗАННОЙ С ПОГРЕШНОСТЬЮ В ДИЕТЕ, РЕБЕНКУ НА ИСКУССТВЕННОМ	15-Г

<p>ВСКАРМЛИВАНИИ НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ:</p> <p>А) Нутрилон кисломолочный Б) Нутрилон Комфорт В) Нан кисломолочный Г) Нан безлактозный</p>	
<p>16. ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ СИМПТОМАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ, РЕБЕНКУ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ:</p> <p>А) безлактозные смеси Б) молочные адаптированные смеси В) полуэлементные смеси</p>	16-А
<p>17. В КОПРОСКОПИИ ПРИ ЖИРОВОЙ ДИАРЕИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ:</p> <p>А) йодофильная флора, слизь, крахмал, снижение детрита Б) нейтральный жир, свободные жирные кислоты, небольшое количество слизи, снижение детрита В) мышечные волокна, слизь, снижение детрита</p>	17-Б
<p>18. ДЛЯ БРОДИЛЬНОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО</p> <p>А) стул с белыми комочками, вид «рубленных яиц» Б) стул крошковатый, светлый с гнилостным запахом В) стул пенистый с кислым запахом, с примесью прозрачной стекловидной слизи</p>	18-В
<p>19. ДЛЯ БЕЛКОВОГО ПЕРЕКОРМА ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А) размножение гнилостной микрофлоры Б) размножение бродильной микрофлоры</p>	19-А
<p>20. ДЛЯ БРОДИЛЬНОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО:</p> <p>А) стул с белыми комочками, вид «рубленных яиц» Б) стул крошковатый, светлый с гнилостным запахом В) стул пенистый с кислым запахом, с примесью прозрачной стекловидной слизи</p>	20-В

ОТВЕТ: 1-Д; 2-А; 3-А; 4-АБГ; 5-А; 6-Б; 7-А; 8-Б; 9-А; 10-А;

11-Б; 12-В; 13-Г; 14-Г; 15-Г; 16-А; 17-Б; 18-В; 19-А 20-В

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ «Вскармливание детей с функциональными нарушениями пищеварения» (приложение 9)

РЕФЕРАТЫ:

1. Функциональные эзофагеальные расстройства у детей:
 - функциональная изжога;
 - рефлюксная гиперчувствительность;
 - ком в горле;
 - функциональная дисфагия.
2. Функциональные гастродуоденальные расстройства.
Функциональная диспепсия:

- постпрандиальный дистресс-синдром;
 - эпигастральный болевой синдром.
3. Функциональные гастродуоденальные расстройства.
Расстройства отрыгивания:
- чрезмерная супрагастральная отрыжка;
 - чрезмерная желудочная отрыжка;
4. Тошнотные и рвотные расстройства.
- синдром хронической тошноты и рвоты;
 - циклический рвотный синдром;
 - синдром чрезмерной каннабиоидной рвоты;
5. Синдром раздраженной кишки.
- СРК с преобладанием запора;
 - СРК с преобладанием диареи;
 - СРК смешанного типа;
6. Функциональные абдоминальные болевые расстройства;
7. Функциональные расстройства дефекации;

10. Контролируемый раздел дисциплины «Вскармливание детей с синдромом малабсорбции».

1. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ А) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки Б) копрологическое исследование В) определение антител к тканевой трансглутаминазе в сыворотке крови Г) УЗИ брюшной полости	1-А
2. ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ А) 4-5 Б) 7-8 В) 14-21 Г) 21-28	2-А
3. НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОТОВОЙ ПРОБЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ММОЛЬ/Л А) 40-60 Б) 80-100 В) 100-150 Г) 150-200	3-А
4. ПРИ ЦЕЛИАКИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ А) липазы Б) лоперамида В) препаратов кальция Г) адсорбентов	4-Б
5. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ А) 1-2 месяца Б) 3-6 месяца	5-В

В) 12-18 месяцев Г) 24мес	
6. В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ А) ячмень Б) овес В) рожь Г) пшено	6-Г
7. БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ А) в активный период заболевания Б) пожизненно в активный период заболевания В) до наступления периода полной ремиссии Г) в течение двух лет периода ремиссии	7-Б
8. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ А) гречневой Б) рисовой В) овсяной Г) кукурузной	8-В
9. МАЛЬАБСОРБЦИЯ РАСЩЕПЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИАДИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ФРАГМЕНТАМ ГЛЮТЕНА ЗЛАКОВЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ А) порфирии Б) болезни Ги – Гертера – Гейбнера и нетропического спру Б) В) галактоземии Г) голодания	9-Б
10. НЕУТИЛИЗИРОВАННАЯ МИКРОФЛОРОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЛАКТОЗА СПОСОБСТВУЕТ А) повышению осмотического давления в кишечнике Б) снижению осмотического давления в кишечнике В) абсорбции воды из кишечника Г) замедлению моторики кишечника	11-А
11. ЛАКТОЗА ГРУДНОГО МОЛОКА В ТОНКОЙ КИШКЕ А) расщепляется полностью Б) расщепляется большей частью В) расщепляется меньшей частью Г) не расщепляется	12-Б
12. С КАКИМ ФАКТОРОМ СВЯЗАНА ЧАСТОТА ТРАНЗИТОРНОЙ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ А) преобладание в кишечной микрофлоре бифидобактерий Б) наличие в кишечной микрофлоре аэробной флоры В)) большое содержание лактозы в молоке Г) повышенное осмотическое давление в кишечнике	13-В
13. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛАКТОЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ У А) взрослых Б) детей первого года жизни	14-Б

В) старших школьников Г) младших школьников	
14.К КОНЕЧНОМУ ПРОДУКТУ УТИЛИЗАЦИИ ЛАКТОЗЫ МИКРОФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТ А) короткоцепочечные жирные кислоты Б) моносахариды В) газы Г) молочную кислоту	15-А
15.НАРАСТАНИЕ АМИЛАЗНОЙ АКТИВНОСТИ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА И СЛЮНЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРОИСХОДИТ А) с 3-го месяца жизни Б) после введения прикорма В) с 1-го месяца жизни Г) к концу 1-го года жизни	16-Б
16.ОСНОВНЫМ УГЛЕВОДОМ В ПИТАНИИ РЕБЕНКА 1-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ А) лактоза Б) сахароза В) крахмал Г) гликоген	17-А
17.НАИМЕНЬШУЮ АКТИВНОСТЬ К РОЖДЕНИЮ РЕБЕНКА ИМЕЕТ ФЕРМЕНТ А) мальтаза Б) лактаза В) сахараза Г) изомальтаза	18-Б
18.С КАКИМ ФАКТОРО СВЯЗАНА НИЗКАЯ АМИЛОТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ? А) молочное питание Б) отсутствие полисахаридов в питании В) низкий уровень секретина Г) преобладание полостного пищеварения	19-Б
19.КАКАЯ ИЗ БОЛЕЗНЕЙ ОБУСЛОВЛЕНА ГЕННОЙ МУТАЦИЕЙ А) синдром Дауна Б) муковисцидоз В) В) болезнь кошачей царапины Г) болезнь Гоше	21-Б
20.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛАКТАЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ А) потовая проба (содержание натрия и хлора в поте) Б) исследование кала на содержание углеводов В) исследование крови на антитела к глиадину Г) анализ кала на дисбактериоз	22-Б

ОТВЕТЫ:1-А; 2-А; 3-А; 4-Б; 5-В; 6-Г; 7-Б; 8-В; 9-Б; 10-А;

12-Б; 12-В; 13-Б; 14-А;15-Б; 16-А; 17-Б; 18-Б; 19-Б; 20-Б;

РЕФЕРАТЫ:

1. «Маски» целиакии;
2. Системные проявления целиакии;
3. Ранние проявления легочной и интестинальной формы муковисцидоза;
4. Синдром малабсорбции у детей раннего возраста. Дифференциально-диагностические критерии;
5. Специализированные продукты питания при синдроме малабсорбции;

3.2. Промежуточный контроль

ТЕСТЫ:

1. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) введение белков молочной сыворотки
- Б) увеличение содержания белка
- В) снижение содержания лактозы
- Г) введение аминокислоты серин

2. ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ РЕБЁНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА СОСТАВЛЯЕТ

- А) 5 раз в сутки
- Б) по требованию
- В) 6 раз в сутки
- Г) 3 раза в сутки

3.МАЛЬАБСОРБЦИЯ РАСЩЕПЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИАДИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ФРАГМЕНТАМ ГЛЮТЕНА ЗЛАКОВЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А) болезни Ги – Гертера – Гейбнера и нетропического спру
- Б) порфирии
- В) галактоземии
- Г) голодания

4.СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА В ГРУДНОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ ____ Г/100 МЛ

- А) 1,2
- Б) 2,0
- В) 2,8
- Г) 3,5

5.ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

- А) бифидо-бактерии
- Б) ацидофильные палочки
- В) энтерококки
- Г) кишечные палочки

6. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

- А) овощное пюре
- Б) мясное пюре

- В) творог
- Г) яблочное пюре

7. К БЛЮДАМ, РАЗРЕШЕННЫМ К УПОТРЕБЛЕНИЮ В ДОУ, ОТНОСЯТ

- А) творожную запеканку
- Б) макароны по-флотски
- В) форшмак
- Г) яичницу-глазунью

8. ВЫБЕРЕТЕ СМЕСИ НА ОСНОВЕ ВЫСОКО ГИДРОЛИЗОВАННОГО МОЛОЧНОГО БЕЛКА:

- А) Алфаре Амино
- Б) Нутрилак НА
- В) NAN НА
- Г) Нутрилон Комфорт

9. ПРИ ЦЕЛИАКИИ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ

- А) лоперамида
- Б) липазы
- В) препаратов кальция
- Г) адсорбентов

10. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ БУДУТ ИСПОЛЬЗОВАНЫ:

- А) антигистаминные препараты
- Б) седативные препараты
- В) ферменты
- Г) системные глюкокортикоиды

11. ОПРЕДЕЛИТЬ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАЗВИТИЯ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ХРОНИЧЕСКОЙ ФАЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА:

- А) шелушение
- Б) папула
- В) лихенификация
- Г) экскориации

12. ПРИ ОБОСТРЕНИИ КОЖНОГО ПРОЦЕССА ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ, КРОМЕ:

- А) PRIST
- Б) RAST
- В) PRIC –тест
- Г) IFA

13. ПО ШКАЛЕ ИНТЕНСИВНОСТИ СРЫГИВАНИЙ КОЛИЧЕСТВ БАЛЛОВ ОТ 1 ДОЗ БАЛЛОВ СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) частым срыгиваниям
- Б) менее выраженным срыгиваниям

14. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) употребление недоброкачественных продуктов
- Б) лактазная недостаточность

В) несбалансированное питание

Г) лактазная недостаточность, несбалансированное питание

15. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

А) Алфаре

Б) Фрисовом

В) Смпербифидус

Г) Нэнни

16. В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ В АНТИРЕФЛЮКСНЫХ СМЕСЯХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

А) камедь рожкового дерева

Б) гуаровая камедь

В) ксантановая медь

Г) агар

17. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ 4 - 6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ ___ МАССЫ ТЕЛА

А) 1/7

Б) 1/4

В) 1/5

Г) 1/6

18. МАЗЬ АДВАНТАН ОТНОСЯТ К ГЛЮКОКОРТИКОИДАМ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ:

А) слабой силы

Б) средней силы

В) сильного действия препаратам

Г) очень сильного действия

19. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ ПЕРВОЙ ЛИНИЕЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А) антигистаминные препараты 2 поколения

Б) антигистаминные препараты 1 поколения

В) системные глюкокортикостероиды

Г) местные глюкокортикостероиды

20. КАКОЙ СРОК ОПРЕДЕЛЯЕТ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ЯВЛЯЕТСЯ КРИТИЧЕСКИМ ПЕРИОДОМ ПРОГРАММИРОВАНИЯ:

А) первые 1000 дней от момента зачатия до 2-х лет жизни

Б) от момента рождения до 3-х лет жизни

В) первый год жизни ребенка

21. ПЕРВЫМ ПРИКОРМОМ ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ

А) овощное пюре

Б) мясное пюре

В) творог

Г) яблочное пюре

22. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЕНКА НЕ РАНЕЕ

А) 6

Б) 7

В) 8

Г) 9

23. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- А) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди
- Б) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
- В) уменьшить физические нагрузки матери
- Г) увеличить физические нагрузки матери

24. РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С

- А) 8-9 месяцев
- Б) 10-11 месяцев
- В) 5-6 месяцев
- Г) 1 года

25. В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ С ГИПОТРОФИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВЕСТИ

- А) кашу
- Б) овощное пюре
- В) мясной фарш
- Г) творог

26. К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА МОЛОЧНОЙ ОСНОВЕ ОТНОСЯТСЯ:

- А) детские молоко, кефир, йогурт, биолакт
- Б) густой йогурт, творог
- В) смеси для детей старше 1 года («третьи» и «четвертые» формулы)
- Г) все перечисленное

27. К ПРОДУКТАМ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ 1–3-х ЛЕТ НА ЗЕРНОВОЙ ОСНОВЕ ОТНОСЯТСЯ:

- А) каши молочные, безмолочные
- Б) детские печенье, мюсли
- В) макаронные изделия
- Г) все перечисленное

28. ПРОДУКТАМИ, СОСТАВЛЯЮЩИМИ ОСНОВАНИЕ «ПИЩЕВОЙ ПИРАМИДЫ», ЯВЛЯЮТСЯ

- А) молоко и кисломолочные продукты
- Б) мясо животных и птицы, яйца, рыба и морепродукты
- В) овощи и фрукты, цельно зерновые продукты
- Г) хлеб и хлебобулочные изделия

29. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД МЕСТНО ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТЫ:

- А) не содержащие глюкокортикостероидные гормоны
- Б) содержащие глюкокортикостероидные гормоны в негалогенизированной форме, препятствующей системному воздействию
- В) содержащие глюкокортикостероидные гормоны, антибактериальные и противогрибковые компоненты
- Г) содержащие антибактериальные противовоспалительные средства

30. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ СМЕСИ НЕОБХОДИМО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА :

- А) характер загустителя
- Б) преобладание сывороточной фракции белка
- В) преобладание казеиновой фракции белка
- Г) интенсивности срыгиваний и характера стула

31. КАМЕДЬ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА КРОМЕ ТОГО ОБЛАДАЕТ:

- А) послабляющим действием
- Б) закрепляющим действием

32. ОСНОВНЫМИ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ЖКТ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) повышенная возбудимость ротоглотки
- Б) богато васкуляризованный подслизистый слой
- В) низкая секреторная функция железистой ткани
- Г) малое количество пищеварительных соков с низким содержанием ферментов
- Д) все перечисленное

33. В ЛЕЧЕНИИ УПОРНЫХ СРЫГИВАНИЙ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ :

- А) спазмолитики
- Б) прокинетики
- В) сорбенты
- Г) препараты, улучшающие мозговое кровообращение

34. КЛАССОМ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В ГРУДНОМ МОЛОКЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ МЕСТНЫЙ ИММУНИТЕТ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) IgA
- Б) IgM
- В) IgG
- Г) IgE

35. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ФЕНИЛКЕТОНУРИЕЙ ИЗ РАЦИОНА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПРОДУКТЫ

- А) животного происхождения с высоким содержанием белка
- Б) богатые простыми углеводами
- В) богатые сложными углеводами
- Г) глютенсодержащие

36. ДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ

- А) 30 мин.
- Б) 2 час.
- В) 12 час.
- Г) 24 час.

37. ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ С МОКНУТИЕМ НАЗНАЧАЮТ:

- А) мази
- Б) пасты
- В) примочки
- Г) аэрозоли
- Д) лосьоны

38. ПРИ СКРИНИНГЕ НА МУКОВИСЦИДОЗ АНАЛИЗ КРОВИ НА ИММУНОРЕАКТИВНЫЙ ТРИПСИН ДОНОШЕННЫМ ДЕТАМ ПРОВОДЯТ НА _____ ДЕНЬ ЖИЗНИ

- А) 4-5
- Б) 7-8
- В) 14-21

Г) 21-28

39. ВВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ВОЗРАСТЕ-----
[T021620] ВОЗРАСТЕ _____ МЕСЯЦЕВ

- А) 4-6
- Б) 2-4
- В) 3-5
- Г) 5-7

40. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ КОНЦЕПЦИЯ ТРЕХ «ОМ»:

- А). геном, эпигеном, микробиом
- Б). геном, микробиом, хромосом
- В). геном, микроном, хромосом

41. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО КОРМЛЕНИЙ ЗА СУТКИ РЕБЕНКА 2-ГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 4
- Б) 5
- В) 6
- Г) 7

42. ПОТРЕБНОСТЬ РЕБЕНКА 4 –6 МЕС. В БЕЛКАХ (Г/КГ/СУТ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 2,0
- Б) 2,6
- В) 2,9
- Г) 3,2

43. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- А) смеси на основе полного гидролизата белка
- Б) адаптированные молочные смеси
- В) безлактозные смеси
- Г) кисломолочные смеси

44. РЕБЁНКУ МОЖНО ДАВАТЬ РЫБУ В КАЧЕСТВЕ ПРИКОРМА С

- А) 8-9 месяцев
- Б) 10-11 месяцев
- В) 5-6 месяцев
- Г) 1 года

45. ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 5-8
- Б) 8-10
- В) 10-12
- Г) 12-14

46. ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИКЛАДЫВАЮТ К ГРУДИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ ПУТЕМ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ

- А) 30 мин.
- Б) 2 час.
- В) 12 час.

Г) 24 час.

47. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- А) гречневой
- Б) рисовой
- В) овсяной
- Г) кукурузной

48. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) введение белков молочной сыворотки
- Б) увеличение содержания белка
- В) снижение содержания лактозы
- Г) введение аминокислоты серин

49. В ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) ячмень
- Б) овес
- В) рожь
- Г) пшено

50. МАЛЬАБСОРБЦИЯ РАСЩЕПЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ ГЛИАДИНА С ОБРАЗОВАНИЕМ В КРОВИ АНТИТЕЛ К ФРАГМЕНТАМ ГЛЮТЕНА ЗЛАКОВЫХ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А) болезни Ги – Гертера – Гейбнера и нетропического спру
- Б) порфирии
- В) галактоземии
- Г) голодания

51. К ПЕРВИЧНЫМ КОЖНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСЯТСЯ :

- А) пятно
- Б) папула (узелок)
- В) бляшка
- Г) чешуйка
- Д) везикула
- Е) эрозия
- Ж) мокнутие

52. РИСК ФОРМИРОВАНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ОТ ЗДОРОВЫХ РОДИТЕЛЕЙ МОЖЕТ ДОСТИГАТЬ:

- А) 10-15%
- Б) 10-20%
- В) 15-25%

53. ПРИЧИНОЙ СРЫГИВАНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) незрелость эзофаго-кардиального отдела пищевода
- Б) высокий тонус в пилорическом отделе
- В) высокое внутрибрюшное давление
- Г) непостоянные расслабления нижнего пищеводного сфинктера
- Д) все перечисленное

54. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КАМЕДЬ БОБОВ РОЖКОВОГО ДЕРЕВА РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С:

- А) частыми срыгиваниями (3-5 баллов по шкале интенсивности срыгиваний)

Б) менее выраженными срыгиваниями (1-3 балла по шкале интенсивности срыгиваний)

55. К ОСНОВНЫМ ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ ОТНОСИТСЯ:

- А) количественный и качественный перекорм
- Б) введение прикорма без соблюдения принципов постепенности
- В) резкий перевод ребенка на искусственное вскармливание
- Г) нерациональное, несбалансированное по основным пищевым ингредиентам
- Д) все перечисленное

56. В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА, НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, МЯСО РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ С _____ МЕСЯЦЕВ

- А) 6-ти
- Б) 7-ми
- В) 9-ти
- Г) 10-ти

57. ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА МОЛОКА У МАТЕРИ СЛЕДУЕТ

- А) увеличить частоту прикладывания ребёнка к груди
- Б) уменьшить частоту прикладывания ребёнка к груди
- В) уменьшить физические нагрузки матери
- Г) увеличить физические нагрузки матери

58. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- А) кисломолочные смеси
- Б) адаптированные молочные смеси
- В) безлактозные смеси
- Г) смеси на основе полного гидролизата белка

59. МЯСНЫЕ ПРОДУКТЫ СО СЛАБОЙ СТЕПЕНЬЮ АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ:

- А) баранина
- Б) свинина
- В) индейка
- Г) конина
- Д) кролик

60. ГЕНОМ ЭТО:

- А). совокупность наследственного материала, заключенного в клетке организма
- Б). последовательность ДНК
- В). генетическая программа человека

61. СУТОЧНЫЙ ОБЪЕМ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ОТ 2 НЕДЕЛЬ ДО 2 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ _____ МАССЫ ТЕЛА

- А) 1/5
- Б) 1/4
- В) 1/6
- Г) 1/7

62. ДЕФИЦИТ МОЛОКА В % ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ 2 СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 50
- Б) 25
- В) 40

Г) 75

63. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- А) гречневой
- Б) рисовой
- В) овсяной
- Г) кукурузной

64. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) галактоземия
- Б) фенилкетонурия
- В) целиакия
- Г) первичная лактазная недостаточность

65. В ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ СМЕСЕЙ :

- А) Алфаре Аллерджи
- Б) Нутрилак НА
- В) NAN НА
- Г) Нутрилон Комфорт

66. ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДИЕТОТЕРАПИИ ЦЕЛИАКИИ В СТАДИИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ _____ ПОСЛЕ ПРЕДЫДУЩЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

- А) 12-18 месяцев
- Б) 1-2 месяца
- В) 3-6 месяцев

67. ЛАКТОЗА ГРУДНОГО МОЛОКА В ТОНКОЙ КИШКЕ

- А) расщепляется полностью
- Б) расщепляется большей частью
- В) расщепляется меньшей частью
- Г) не расщепляется

68. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЫГИВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

- А) встречаются в любое время суток
- Б) после приема пищи
- В) невысокая частота
- Г) высокая частота срыгиваний

69. ДЛЯ ГНИЛОСТНОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО

- А) стул с белыми комочками, в виде «рубленых яиц»
- Б) стул крошковатый, светлый с гнилостным запахом
- В) стул пенистый с кислым запахом, с примесью прозрачной стекловидной слизи

70. ВЫСОКИЙ ГИДРОЛИЗ БЕЛКА КОРОВЬЕГО МОЛОКА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СМЕСИ

- А) алфаре
- Б) фрисовом
- В) сэмпербифидус
- Г) нэнни

71. СУЩЕСТВУЕТ ЛИ ВОЗРАСТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ КОЖНЫХ ПРОБ?

- А) не существуют
- Б) существуют.
- В) противопоказаны детям до 3 лет.
- Г) противопоказаны лицам старше 50 лет.

72. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ СО СТОРОНЫ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) галактоземия
- Б) фенилкетонурия
- В) целиакия
- Г) первичная лактазная недостаточность

73. АДАПТАЦИЯ МОЛОЧНОЙ СМЕСИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- А) введение белков молочной сыворотки
- Б) увеличение содержания белка
- В) снижение содержания лактозы
- Г) введение аминокислоты серин

74. ИНДЕКС SCORAD ПРИМЕНЯЕТСЯ В ПЕДИАТРИИ ТАК КАК:

- А) позволяет объективно оценить особенности течения атопического дерматита
- Б) применяется в сугубо научных целях
- В) оценивает качество жизни ребенка с атопическим дерматитом
- Г) не применяется в отечественной практике

75. К ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- А) антиоксидантная
- Б) жировая
- В) гипотеза двойного воздействия аллергенов
- Г) белковая

76. К ТОПИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ КАЛЬЦИНЕВРИНА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА, ОТНОСИТСЯ

- А) пимекролимус
- Б) декспантенол
- В) флутиказон
- Г) мометазон

77. В ДИАГНОСТИКЕ ЦЕЛИАКИИ РЕШАЮЩИМ В ОБСЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эзофагогастродуоденоскопия с биопсией тонкой кишки
- Б) копрологическое исследование
- В) определение антител к тканевой транслугтаминазе в сыворотке крови
- Г) УЗИ брюшной полости

78. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ ТВОРОГА В РАЦИОН РЕБЕНКА НЕ РАНЕЕ

- А) 6
- Б) 7
- В) 8
- Г) 9

79. ЭПИГЕНОМ ЭТО:

- А). изменения экспрессии генов или фенотипа клетки

- Б). экспрессия генов
- В). изменение фенотипа клетки

80. ПРИ ПОЛЛИНОЗЕ И ПЕРЕКРЕСТНОЙ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ К ПЫЛЬЦЕ ДЕРЕВЬЕВ ИЗ ПИТАНИЯ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ:

- А) манную кашу;
- Б) подсолнечную халву;
- В) фундук;
- Г) морковь;
- Д) гречневую кашу

81. ПЕРВАЯ СТЕПЕНЬ ГИПОГАЛАКТИИ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕФИЦИТУ МОЛОКА ДО _____ %

- А) 10
- Б) 25
- В) 40
- Г) 50

82. СООТНОШЕНИЕ КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 1 : 1
- Б) 1 : 2
- В) 2 : 1
- Г) 3 : 2

83. ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ ДЛЯ РЕБЕНКА 0-3 МЕСЯЦЕВ(Г/КГ/СУТКИ) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 2,0
- Б) 2,2
- В) 2,6
- Г) 2,9

84. РЕКОМЕНДУЕМЫЙ СРОК ВВЕДЕНИЯ МЯСНЫХ ПРОДУКТОВ В РАЦИОН РЕБЁНКА - _____ МЕС.

- А) 7
- Б) 5
- В) 6
- Г) 9

85. ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ РЕБЕНКА С АЛЛЕРГИЕЙ НА БЕЛОК КОРОВЬЕГО МОЛОКА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧАТЬ

- А) кисломолочные смеси
- Б) адаптированные молочные смеси
- В) безлактозные смеси
- Г) смеси на основе полного гидролизата белка

86. БЕЗГЛЮТЕНОВАЯ ДИЕТА ПРИ ЦЕЛИАКИИ НАЗНАЧАЕТСЯ

- А) в активный период заболевания
- Б) пожизненно
- В) до наступления периода полной ремиссии
- Г) в течение двух лет периода ремиссии

87. ПРОЯВЛЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЙ ГИПЕПРОДУКЦИЕЙ:

- А) IgA
- Б) IgE
- В) IgM

88. ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ В КИШЕЧНИКЕ ПРЕОБЛАДАЮТ

- А) бифидо-бактерии
- Б) ацидофильные палочки
- В) энтерококки

89. К ЭНДОГЕННЫМ ФАКТОРАМ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ОТНОСИТСЯ:

- А) генетически детерминированная особенность иммунного ответа
- Б) гиперактивность кожи
- В) приобретенная поломка иммунного ответа в результате неадекватного воздействия различных стрессовых ситуаций
- Г) все перечисленное

90. ДЛЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- А) выраженная экссудация .лихенификация
- Б) трещины, эрозии
- В) постоянный зуд, увеличение всех групп лимфатических узлов
- Г) все перечисленное

91. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) сбор аллергологического анамнеза. физикальное обследование
- Б) специфическая аллергологическая диагностика
- В) общий анализ крови, расширенная копрология
- Г) все перечисленное

92. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЫГИВАНИЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:

- А) после приема пищи
- Б) встречаются в любое время суток
- В) невысокая частота
- Г) высокая частота срыгиваний

93. СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ СМЕСИ, СОДЕРЖАЩИЕ В КАЧЕСТВЕ ЗАГУСТИТЕЛЯ КРАХМАЛ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ ДЕТЯМ С А) частыми срыгиваниями

- Б) менее выраженными срыгиваниями

94. ТЕРМИНОМ «РУМИНАЦИЯ» ОБОЗНАЧАЮТ:

- А) внезапное опорожнение содержимого желудка и 12-ти перстной кишки
- Б) обильную рвоту только съеденной что пищей
- В) привычку срыгивать часть желудочного содержимого в полость рта, пережевывать и вновь заглатывать без патологических последствий
- Г) болезненный крик во время еды

95. ПРИ СИМПТОМАХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ, СВЯЗАННОЙ С ПОГРЕШНОСТЬЮ В ДИЕТЕ, РЕБЕНКУ НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- А) Нутрилон Комфорт
- Б) Нутрилон Гастро

- В) Нан безлактозный
- Г) Алфаре

96. К КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМ ГОЛОДАНИЯ РЕБЕНКА НЕ ОТНОСИТСЯ

- А) появление геморрагической сыпи
- Б) уплощение или падение весовой кривой
- В) беспокойство
- Г) редкое мочеиспускание

97. ДЛЯ КОРМЛЕНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ И МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ ПРИМЕНЯЮТ СМЕСЬ

- А) Фрисопре
- Б) НАН
- В) Нутрилон
- Г) Нутрилак

98. ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ (В ГРАММАХ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА) ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ

- А) 12-14
- Б) 5-8
- В) 8-10
- Г) 10-12

99. ГЛЮТЕН СОДЕРЖИТСЯ В КАШЕ

- А) овсяной
- Б) рисовой
- В) гречневой
- Г) кукурузной

100. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ИМПРИТИНГ ЭТО:

- А) экспрессия генов под влиянием питательных веществ
- Б) адаптивная реакция организма на временное изменение условий питания в раннем детстве, заключающаяся в развитии стойких метаболических изменений, сохраняющихся в дальнейшей жизни
- В) подавление генетической программы под воздействием факторов окружающей среды

ОТВЕТЫ:

1-А; 2-А; 3-А; 4-А; 5-А; 6-А; 7-А; 8-АБВ; 9-А; 10Г;
11-БАГВ; 12-АБГ; 13-Б; 14-Г; 15-АБ; 16-А; 17-А; 18-А; 19-А; 20-А;

21-А; 22-А; 23-А; 24-А; 25-А; 26-Г; 27-Г; 28-В; 29-А; 30АБГ;
31-А; 32-Д; 33-В; 34-А; 35-А; 36-А; 37-В; 38-А; 39-А; 40-А;

41-Б; 42-Б; 43-А; 44-А; 45-Г; 46-А; 47-В; 48-А; 49-Г; 50А;
51-АБВД; 52-Б; 53-Д; 54-А; 55-Д; 56-А; 57-А; 58-Г; 59-АГ; 60-А;

61-А; 62-А; 63-В; 64-А; 65-А; 66-А; 67-Б; 68-А; 69-Б; 70А;
71-А; 72-А; 73-А; 74-А; 75-Г; 76-А; 77-А; 78-А; 79-А; 80-В;

81-Б; 82-В; 83-Б; 84-А; 85-Г; 86-Б; 87-Б; 88-А; 89-Г; 90Г;
91-Г; 92-Б; 93-Б; 94-В; 95-А; 96-А; 97-А; 98-А; 99-А; 100-А;

ВОПРОСЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ направления подготовки
31.06.01. «Клиническая медицина»
по дисциплине: «Вскармливание, питание здоровых и больных детей »

1. Дать определение естественному вскармливанию;
2. Какие преимущества грудного вскармливания?
3. Какие различия в качественном составе грудного и коровьего молока?
4. Характеристика и значение молозива;
5. Что такое «пролактиновый рефлекс»?
6. Что такое «окситоциновый рефлекс»?
7. В чем заключается необходимость совместного пребывания матери и ребенка;
8. Какие могут быть последствия неправильного прикладывания к груди?
9. Какие причины неправильного прикладывания к груди?
10. Какие принципы заложены в положение успешного вскармливания?
11. Что означает «грудное вскармливание по требованию»;
12. Что означает понятие «поощрение грудного вскармливания»;
13. Важность раннего грудного вскармливания в течение первого получаса после родов;
14. Необходимость совместного пребывания матери и ребенка; 1. Преимущества грудного вскармливания;
15. Физиологические различия грудного молока от других видов молока
16. Физиология выработки грудного молока (АФО грудной железы, роль пролактина и окситоцина);
17. Причины и последствия неправильного прикладывания к груди ;
18. Цели инициативы больницы доброжелательной к ребенку;
19. Национальные критерии оценки детских поликлиник на соответствие званию «Учреждение доброжелательное к ребенку»;
20. Десять шагов к успешному грудному вскармливанию ;
21. Политика грудного вскармливания;
22. Принципы обучение медицинского персонала;
23. Обучение в антенатальном периоде. Информированность будущих матерей о преимуществах и методах грудного вскармливания;
24. Важность раннего грудного вскармливания в течение первого получаса после родов;
25. Необходимость совместного пребывания матери и ребенка;
26. Грудное вскармливание по требованию;
27. Поощрение грудного вскармливания;
28. Определение понятия «аллергия»;
29. Определение понятия «атопия»;
30. Риск развития аллергии.
31. Понятие «Аллергический марш»
32. Иммунопатологические реакции 1 типа (реагиновый тип)
33. Механизм развития аллергических реакций
34. Клинические проявления аллергической реакции 1 типа
35. Понятие «псевдоаллергические реакции»
36. Что такое идиосинкразия (нереносимость)
37. Что такое аллергены (антигены)?
38. Что такое «гаптены»?
39. Классификация аллергенов по происхождению
40. Профилактика аллергических реакций
41. Первичная профилактика аллергии
42. Вторичная профилактика аллергических заболеваний
43. Третичная профилактика аллергических реакций

44. Диагностика аллергических заболеваний
45. Элиминация аллергенов
46. Определение понятия «Пищевая аллергия» «Атопический марш: за и против»;
47. Распространенность, статистика, преобладающие пищевые аллергены в детской популяции;
48. Современные концепции профилактики пищевой аллергии (понятие пищевой толерантности).
49. Концепция трех «ОМ».
50. Роль микрофлоры кишечника.
51. Роль про/пребиотиков в профилактике аллергии;
52. АБКМ – частный случай. Клинические проявления
53. Реакции на пищу, механизмы развития аллергических реакций
54. Стратегия и критерии диагностики пищевой аллергии;
55. Профилактические и лечебные мероприятия в зависимости от вида вскармливания младенца;
56. Технологические способы снижения аллергенности белков;
57. Алгоритм выбора смеси;
58. Современные концепции профилактики аллергии у детей
59. Факторы риска, влияющие на развитие рахита у детей раннего возраста
60. Особенности течения современного рахита;.
61. Метаболизм витамина Д;
62. Современный взгляд на витамин Д, роль витамина Д в организме,
63. Биологическая роль кальция, классификация рахита;
64. Классификация рахита в зависимости от тяжести
65. Клинические критерии диагностики рахита;
66. Распространенность аллергического ринита
67. Основные факторы риска формирования аллергии у детей раннего возраста
68. Механизм развития аллергической реакции
69. Классификация аллергического ринита (ARIA)
70. Клинические проявления при аллергическом рините
71. Коморбидные состояния
72. Лабораторная диагностика;
73. Принципы лечения и профилактики;
74. АСИТ
75. В чем заключается актуальность проблемы мальнутриции?;
76. Что такое «ресурсность организма»;
77. Что такое понятие «питание» или «трофика»?
78. Какое влияние оказывает характер питания во внутриутробном периоде на состояние здоровья взрослого человека?
79. Как влияют последствия нарушения питания в раннем возрасте на снижение ожидаемой продолжительности жизни?
80. Что означает концепция программирующего действия питания в раннем возрасте?
81. Какие болезни в старшем возрасте возникают в результате нарушения питания в раннем детском возрасте?
82. Что такое «вынужденное голодание»?
83. Какова роль питания на первом году жизни на формирование здоровья?
84. Каковы основные физиологические и метаболические особенности детей первого года жизни?
85. Каковы достоверные признаки недостаточности грудного молока?
86. Каковы вероятные признаки недостаточности грудного молока?
87. Объясните понятие - «алиментарно-зависимые состояния»;
88. Причины недостаточности питания;
89. Какие основные принципы рационального питания?
90. Какие основные причины развития недостаточности питания?
91. Каково значение мониторинга физического развития?

92. Какие основные задачи контроля за здоровьем и развитием детей?
93. Что такое «Белково-энергетическая недостаточность»?
94. Что лежит в основе классификации БЭН?
95. Основные клинические проявления квашиоркора
96. Основные клинические проявления маразма
97. В чем заключается вторичная профилактика алиментарно-зависимых заболеваний и нарушений метаболизма?
98. Какие предрасполагающие факторы, способствуют нарушению питания?
99. Какие критерии заложены в классификацию дистрофий?
100. Какими клиническими проявлениями характеризуется пренатальная дистрофия, какие клинико-диагностические критерии гипотрофии?

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

«ЕСТЕСТВЕННОЕ И ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ТЕОРИИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ПРОГРАММИРОВАНИЯ».

1. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1.

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчику 3 месяца. На профилактическом приёме мать жалуется, что ребёнок беспокойный, чутко и непродолжительно спит, в связи с чем чаще прикладывается к груди (примерно через 1-2 часа), дают воду через соску.

Анамнез жизни: ребёнок от V-ой беременности, протекавшей с токсикозом II половины, артериальной дистонии, анемии; на 20 неделе лечилась Джозамицином от хламидиоза и острого риносинусита. В анамнезе 2 родов, дети здоровы, аборт и выкидыш на ранних сроках. Роды в срок 38 недель путем кесарева сечения (рубец на матке). Масса тела 3200 г, длина – 50 см, оценка по Апгар 7-8 баллов. Болел в возрасте 2-х недель острым ринитом лёгкой степени, был катаральный омфалит. В 1 месяц ребёнок осмотрен невропатологом и педиатром, отклонений не найдено. В последние 2 месяца жили по другому адресу, на приём не являлись. Профилактику рахита проводили водным раствором витамина Д в дозе 500 МЕ регулярно. Прививки от гепатита В – отказ в роддоме, БЦЖ поставлен в поликлинике в 1 мес.

Осмотр: в кабинете мальчик беспокойный, плачет, хорошо удерживает голову, переворачивается со спины на живот, стоит, не подгибая ног, со слов матери контактирует иногда улыбкой и комплексом оживления, не смеётся, гулит, игрушки ещё не хватает. Физиологические рефлексы вызываются, шаговый с перекрестом, опора на цыпочки, сухожильные оживлены. Незначительный симптом Грефе и спонтанный р. Бабинского с обеих сторон. Большой родничок 3 см на 2,5 см, несколько напряжен, пульсирует. Незначительная мраморность кожи. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно на туловище и конечностях, складка на уровне пупка 1,2 см. Тургор несколько снижен. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 42 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС – 128 в минуту. Живот мягкий, небольшое вздутие кишечника. Печень +1,5 см ниже края рёберной дуги. Мочится часто, маленькими объёмами. Стул 1 раз в 1-2 дня, кашицеобразный. Длина 59 см, масса тела 5050 г, за 2 месяца прибавил 800 г.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие рекомендации должен сделать врач-педиатр участковый?
4. Составьте диету на 1 месяц при снижении лактации на 25%.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Физическое развитие - пониженное, гармоничное. НПР II.2 (II - дети с задержкой в развитии на 1 эпикризный срок, 2 - с нетипичным негармоничным развитием). Резистентность хорошая. Диагноз «последствия перинатального поражения ЦНС, гипертензионный синдром. Вторичная гипогалактия». Группа риска по анемии, рахиту, дистрофиям. Группа здоровья – IIБ.

2. ПП ЦНС на основании анамнеза (гестоз второй половины беременности, приём антибиотика, кесарево сечение, лёгкая асфиксия при рождении); жалоб на возбудимость, плохой сон; объективных данных (признаки гипертонуса сгибателей на руках и ногах, отстаёт в движениях рук, опережает в общих движениях, особенности рефлексов, глазные симптомы, спонтанный рефлекс Бабинского, признаки вегетативной дистонии на коже и в кишечнике).

Гипогалактия в связи с недостаточной прибавкой в весе, жалобами, частыми прикладываниями к груди, редким стулом и мочеиспусканием.

3. а) осмотр врача-невропатолога;

б) анализ крови, анализ мочи, осмотр врача-ортопеда;

в) в течение 2 дней взвешивание до и после кормления (дать весы на дом);

г) при подтверждении гипогалактии стимуляция лактации и назначение докорма гипоаллергенной смесью в необходимом количестве через систему SNS;

д) охранительный режим, лечение положением, прогулки, купание в тёплой воде ежедневно, сухая иммерсия, комплекс массажа № 1, через неделю № 2;

е) патронаж медсестры через 1 неделю, осмотр врача-педиатра через 2 недели;

ж) закаливание щадящее. Профилактика анемии, рахита (рецепты).

4. Расчёт питания: $115 \text{ ккал/кг} \times 580 \text{ кг} = 830 \text{ ккал}$ = 830 мл суточный объём. 6-7 разовое кормление по 140-120 мл, докорм гипоаллергенной смесью NAN1 через систему SNS при снижении лактации на 25% в суточном объёме 210 мл, то есть по 30-35 мл после каждого кормления грудью.

2. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Ребёнок в возрасте 1 месяца осмотрен врачом-педиатром участковым на педиатрическом участке.

Фактическая масса ребёнка 4000 г.

Масса при рождении 3400 гр., длина 52 см.

Ребёнок здоров, находится на естественном вскармливании.

Вопросы:

1. Рассчитайте долженствующую массу (Мд) для данного ребёнка на момент осмотра и в 2 месяца. Сделайте заключение.
2. Определите необходимый суточный объём молока калорийным методом и назовите другие методы расчёта суточного количества молока.
3. Укажите режимы кормления здорового ребёнка от рождения до года.
4. Укажите последовательность введения продуктов прикорма, виды продуктов и время назначения продуктов прикорма.
5. Дайте рекомендации по профилактике и лечению вторичной гипогалактии.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. Мд в 1 мес. = $3400 + 600 = 4000 \text{ гр.}$ (прибавка за первый месяц - 600 гр.);

Мд в 2 мес. = $3400 + 600 + 800 = 4800 \text{ гр.}$ (прибавка за второй месяц, в среднем, - 800 гр.).

Таким образом, на момент осмотра ребёнка в возрасте 1 месяца фактическая масса тела соответствует долженствующей. Ожидаемая масса тела ребёнка при следующем профилактическом осмотре врачом-педиатром участковым в 2 месяца должна составлять, в среднем, - 4800 гр., с учётом прибавки в массе – в среднем, 800 гр.

2. Суточный объём пищи рассчитывается, исходя из потребности ребёнка в энергии и содержания калорий в продуктах питания.

Метод удобен для расчёта объёма питания в первые 6 месяцев жизни, когда ребёнок получает грудное молоко.

Потребность в энергии (ккал) в 1 месяц - 115 ккал на 1 кг массы тела.

В сутки ребёнок должен получить $115 \text{ ккал} \times 4 \text{ кг} = 460 \text{ ккал}$.

Зная, что 1 литр получаемого грудного молока в среднем содержит 750 ккал, можно рассчитать, сколько ребёнок должен получить питания в сутки.

Составляем пропорцию:

$1000 \text{ мл} - 750 \text{ ккал}$

$x \text{ мл} - 460 \text{ ккал}$

$x = 1000 \times 460 / 750 = 613 \text{ мл}$.

Таким образом, необходимое количество молока в сутки для ребёнка 1 месяца с учётом потребности в калориях, составляет 613 мл.

Дополнительными методами определения суточного объёма пищи являются белковый и объёмный методы.

3. До 1 месяца режим кормления ребёнка - по требованию.

С 1 месяца до 5 месяцев рекомендуется кормление 6 раз через 3,5 часа с 6 часовым ночным перерывом.

С 5 месяцев до 12 месяцев - 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.

4. С 5 мес. – овощное пюре в 14.00 (начинаем с кабачкового, капуста брокколи, цветная капуста).

С 5,5 мес. – фруктовое пюре в 10.00.

С 6 месяцев:

- 1). 10% молочная каша (начинаем с безглютеновых – рисовой, гречневой, кукурузной) в 10.00. (с 9 мес. – глютенсодержащие каши – пшеничная, овсяная).
- 2). Фруктовые соки в 14.00, начинаем с монокомпонентных осветлённых.
- 3). Мясное пюре в 14.00 (мясо кролика, говядина, телятина, нежирная свинина).

С 6,5 мес. – детский творожок в 18.00.

С 7 мес. – желток в 14.00.

С 8 месяцев:

1. Кисломолочный продукт в 18.00.
2. Детское печенье в 18.00.
3. Рыбное пюре в 14.00 (вместо мясного пюре) различные сорта морской рыбы – треску, камбалу, хек, лосось, минтай; из жирных сортов допускается использование лосося и форели.

С 10 месяцев вместо мясного пюре можно рекомендовать паровые котлеты.

5. Для профилактики гипогалактии необходимо выполнять следующие правила кормления:

- кормить малыша в тихом, спокойном, удобном месте. Внешние раздражители – телевизор, яркий свет, посторонние рядом, - все, что отвлекает от общения с ребенком;
- прикладывать малыша в периоды недостатка молока к груди еще чаще, чем раньше;
- не ограничивать время пребывания малыша у груди;
- ребенок не должен сосать ничего, кроме груди- ни бутылочку, ни пустышку;
- не допаивать ребенка водой и чаями;
- очень важно, чтобы ребёнок правильно захватывал грудь. Он должен захватывать не только сосок, но и весь околососковый кружок;
- непосредственно перед кормлением пить горячий свежесваренный зелёный чай с молоком, любой гипоаллергенный сок, кисломолочные напитки.

Эффективным является применение специализированных белково-витаминных продуктов для кормящих женщин.

После кормления, грудь обмыть водой с температурой 44-45 °С, разминать её круговыми движениями от центра к периферии и сверху вниз.

Эта процедура должна проводиться не менее 4 раз в день по 10 минут.

3. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактическом приёме в детской поликлинике у врача-педиатра участкового мать с ребёнком 8 месяцев. Ребёнок находится на естественном вскармливании. Жалоб нет. Мать ребёнка обратилась за советом по вскармливанию к врачу-педиатру участковому. Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности, вторых родов. Настоящая беременность протекала на фоне анемии, угрозы прерывания. Роды в сроке 39 недель, оперативные. Масса при рождении 3300 г, длина тела 53 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Раннее прикладывание к груди. Выписан из роддома на 4 сутки с диагнозом: «здоров».

Объективно: состояние удовлетворительное. Фактическая масса 9500 г (среднее значение), длина тела 72 см (среднее значение), окружность грудной клетки 46 см (среднее значение), окружность головы 45 см (среднее значение). Нервно-психическое развитие: ребёнок встаёт у опоры, произносит слоги с разными интонациями, по просьбе делает «ладушки», пьёт из чашки, которую держит взрослый, по-разному действует с игрушками. Кожа бледно-розовая, эластичная, конъюнктивы, слизистые полости рта, красной каймы губ чистые, розовые. Подкожно-жировой слой развит достаточно, тургор упругий. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Мышечный тонус физиологический. Голова правильной формы, большой родничок 1,0×1,0 см. зубов – 4. Грудная клетка правильной формы. Дыхание пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот овальной формы, не вздут, мягкий. Печень по краю правой рёберной дуги.

Селезёнка не пальпируется. Стул жёлтого цвета, кашицеобразный, гомогенный, без патологических примесей 1–2 раза в сутки. Диурез адекватен возрасту.

Общий анализ крови: RBC – $4,5 \times 10^{12}/л$, HGB – 126 г/л, WBC – $7,8 \times 10^9/л$, EOS – 2%, NEU – 35%, LYM – 59%, MON – 4%, СОЭ – 4 мм/час.

Общий анализ мочи: количество мл – 40,0; цвет – светло-жёлтая, прозрачная; относительная плотность – 1008; белок – отрицательно; глюкоза – отрицательно; эпителий – 1–2 в поле зрения; Le – 2–3 в поле зрения; эритроциты – 0–0; цилиндры – 0–0; слизь – отрицательно; соли – отрицательно.

Копрограмма. Макроскопия: кашицеобразный, жёлтый, гомогенный, слизь – отрицательно.

Микроскопия: соединительная ткань (-), мышечные волокна (-), нейтральный жир (-), жирные кислоты (-), мыла (-), перевариваемая клетчатка (+), крахмал (-), йодофильные бактерии (-), слизь (-), Le – 0–1, эритроциты – 0–0, эпителий – 0–1, простейшие – не обнаружено, яйца глист – не обнаружено.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Длина тела = 72 см (среднее значение).

Масса тела = 9500 г. (среднее значение).

Окружность грудной клетки = 46 см (среднее значение).

Окружность головы = 45 см (среднее значение).

Физическое развитие соответствует возрасту (Физическое развитие по уровню биологической зрелости соответствует паспортному возрасту. Морфофункциональный статус гармоничный).

2. Нервно-психическое развитие:

Ра – 8 месяцев.

Рп – 8 месяцев.

До – 8 месяцев.

Др – 8 месяцев.

Н – 8 месяцев.

Заключение: I группа НПР.

3. Неблагоприятное течение беременности: анемия, угроза прерывания, оперативное родоразрешение. Патологических изменений в результатах объективного исследования и результатах лабораторных исследований нет.

4. Режим № 3. Естественное вскармливание. $V_{сут.} = 1000$ мл. $V_{раз.} = 200$ мл через 4 часа.

Индивидуальное питание на один день:

6.00: грудное молоко 200,0;

10.00: каша 180,0 + $\frac{1}{2}$ яичного желтка + фруктовое пюре 80,0;

14.00: мясное пюре 50,0 + овощное пюре 180,0 + фруктовый сок 80,0;

18.00: творог 50,0 + кефир/детский йогурт 200,0 + печенье 1 шт.;

22.00: грудное молоко 200,0;

Потребность в белках – 2,9 г/кг, в жирах – 5,5 г/кг, углеводах – 13 г/кг, энергии – 110 ккал/кг.

5. Холекальциферол 500 МЕ в сутки (Аквадетрим или Вигантол)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

«ПРИКОРМ- СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НУТРИЦИОЛОГА»

4. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приёме мальчик 7 месяцев, от второй беременности, протекавшей с краевым предлежанием плаценты, анемией, с 24 недель, вторых физиологических родов. Мама ребёнка по поводу анемии не лечилась. К груди приложен в родильном зале. Масса при рождении 3200 г, длина тела 52 см, привит по календарю.

Семья полная.

Материальная обеспеченность семьи удовлетворительная.

Индекс отягощённости наследственного анамнеза 0,5. В ОАК в возрасте 6-ти месяцев НЬ-115 г/л.

В 6 месяцев мама стала замечать чувство нехватки молока и самостоятельно ввела в рацион питания ребенка козье молоко. Ребёнок находится на смешанном неадаптированном вскармливании (мама докармливает после кормления грудью козьим молоком до 100 мл).

При осмотре кожные покровы обычной окраски. Сон - спокойный. Appetit хороший.

По другим внутренним органам без патологии.

Масса - 8700 г (5), длина - 70 см (6).

Большой родничок 1,0x0,8 см, зубов 4 (2 верхних и 2 нижних).

Психометрия:

Д. р. - длительно занимается игрушками, по-разному действует с предметами, подражая действиям взрослого (стучит, вынимает, толкает мяч);

Д. о. - сам садится, сидит и ложится, пытается самостоятельно встать, держась за барьер;

Р. а. – подолгу лепечет;

Р. п. - на вопрос «где?» находит взглядом несколько знакомых предметов в разных местах, по слову взрослого выполняет разученные действия («ладушки», «дай ручку»);

Н - ест корочку хлеба, которую сам держит в руке, пьет из чашки.

Вопросы:

2. Поставьте диагноз и определите группу здоровья.
3. Дайте рекомендации по режиму, питанию, воспитательным и физическим воздействиям.
4. Проведите профилактику пограничных состояний и специфическую профилактику инфекционных заболеваний в рамках национального календаря профилактических прививок.
5. В какой следующий возрастной период должен быть осмотрен данный ребенок, и какие обследования необходимо назначить данному ребенку?

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Диагноз «здоров, группа риска по анемии»

Группа здоровья: II.

2. Режим для данного возраста (от 5 до 9 месяцев) № 3 включает:

- кормление - 5 раз через 4 часа по 15-20 минут,
- бодрствование по 2-2,5 часа,
- сон ночной 10-11 часов, сон дневной 3 периода по 2-1,5 часа.
- питание сут. V 1/8 от массы тела (8700) – 1087 мл, раз. V 1087 мл на 5 раз кормлений составляет 217 (200) мл.

Ребёнок находится на смешанном вскармливании, около 100 мл докорм козьим молоком. На 8 месяц рекомендовано вводить третий прикорм.

Первый прикорм (10.00) состоит из 150 гр. Молочной гречневой каши промышленного производства, 50 гр. фруктового яблочного пюре «Спелая грушка», яичный желток 1/8

Второй прикорм (14.00) кабачковое пюре 140 гр., мясной фарш «Нежная крольчатинка» 40 гр., фруктовый сок «ФрутоНяня» 30 мл,

Третий прикорм (18.00) йогурт 150 мл, творог 30 мл, печенье 10,0.

Утреннее и вечернее кормление 100 мл грудное молоко и 100 мл адаптированной молочной смеси, например, NAN 2 ступени.

3. Ппс – профилактика пограничных состояний – в возрасте 7 месяцев включают: соблюдение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, солнечные и воздушные ванны. Назначение Vit D3 в дозе 1000 МЕ 1 раз в сутки в течение года.

Необходимо провести профилактику анемии, так как в 80% случаев у детей первого года жизни по этиологии чаще всего встречается железодефицитная анемия, будут назначены препараты железа (Fe⁺⁺⁺) в дозе 3 мг/кг/сут.

ПП - в возрасте 7 и 8 месяцев жизни в рамках национального календаря профилактических прививок не предусмотрена вакцинация.

4. Следующий профилактический осмотр будет в возрасте 8 месяцев жизни.

В рамках приказа 1346н не предусмотрены консультации узких специалистов и обследования.

По состоянию здоровья ребёнка необходимо провести диагностику на латентный дефицит железа с определением уровня железа в крови, трансферрина, ОЖСС, КАК, ЦП, ретикулоцитов.

5. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с мальчиком 6 месяцев обратилась к врачу-педиатра участкового в муниципальную городскую поликлинику на плановый диспансерный осмотр.

Известно, что ребенок родился в срок, физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту, находится на грудном вскармливании, в качестве прикорма получает кабачковое пюре.

Ранее ребёнок был привит в соответствии с национальным календарем.

После проведения комплексного обследования установлено, что ребёнок здоров, группа здоровья I.

Вопросы:

1. Какие специалисты детской поликлиники должны осмотреть мальчика, и какие лабораторные и/или инструментальные исследования следует провести этому ребёнку?
2. Проводится ли вакцинопрофилактика в данном возрасте и в каком объёме?
3. Укажите варианты должностяющей массы тела мальчика в 6 месяцев.
4. Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 2

1. Ребёнка в 6 месяцев в поликлинике осматривает только врач-педиатр участковый.

Необходимо проведение общего анализа крови и общего анализа мочи. Инструментальные исследования не показаны.

При необходимости, определяемой врачом-педиатром участковым, возможен консультативный осмотр врачом-неврологом и врачом-хирургом.

2. В 6 месяцев необходимо продолжить вакцинацию ребёнка.

При отсутствии противопоказаний проводится третья вакцинация АКДС, третья вакцинация против гепатита В, третья вакцинация против полиомиелита и третья вакцинация против гемофильной инфекции группам риска.

3. Долженствующая масса ребёнка в 6 месяцев - 8200-8400 гр.

4. 1. Объём суточного кормления – 1000 мл.

2. Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.

3. Объём разового кормления – 200 мл.

5. Меню на один день:

Меню на один день:

6:00	грудное молоко	200 мл.
10:00	10 % молочная рисовая каша	150 мл.
	яблочное пюре	50 мл.
	грудное молоко	до насыщения
14:00	кабачковое пюре	120 мл
	пюре из кролика	30 гр.
	желток	0,25 желтка
	грушевый сок	50 мл
	грудное молоко	до насыщения
18:00	грудное молоко	200 мл
22:00	грудное молоко	200 мл

Прикорм - немолочная пища более густой консистенции, чем грудное молоко, с постепенно усложняющимся составом, которая дополняет рацион ребёнка, обогащая его энергией, нутриентами, минеральными веществами, клетчаткой, витаминами и микроэлементами.

Введение прикорма связано с необходимостью:

- обеспечить возросшие потребности ребёнка в энергии, основных пищевых веществах, минералах, клетчатке при сохранении прежних объёмов питания;
- адаптировать ребёнка к разнообразной по составу пище путём развития путей метаболизма, ферментативного обеспечения новых пищевых ингредиентов, создания новых вкусовых ощущений.

6. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).

Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм.

В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета.

Мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ мочи: рН – слабо кислая; белок – 0,033‰; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз+.

Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-3 пг).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
3. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

Группа риска по повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями, по патологии ЦНС, по рахиту, хроническим расстройствам питания, социальный риск.

2. Необходимо провести биохимическое исследование крови с определением сывороточного железа, ОЖСС, ферритина сыворотки.

Цветовой показатель определяет насыщенность эритроцитов гемоглобином. Вычисляется по формуле:

$$\text{ЦП} = \frac{3 \times \text{гемоглобин}}{\text{эритроциты (3 первые цифры)}}$$

Норма ЦП – 0,85 - 1,05

3. Недостатком организации вскармливания является кормление цельным коровьим молоком.

Необходимо назначение адаптированной молочной смеси, например, NAN1, затем в 6 месяцев назначается последующая смесь NAN2.

Необходимо назначить первый прикорм в виде овощного пюре промышленного производства, а в дальнейшем на 2 недели раньше стандартной схемы назначается мясное пюре промышленного производства, вводится гречневая каша, фруктовые соки и пюре компании «Фруто Няня».

4. Необходимо назначить препарат железа в жидкой форме per os.

Предпочтительным является назначение препарата в виде органического гидроксид-полимальтозного комплекса, а не препаратов в виде неорганических солей железа, так как последние легко диссоциируют в тонком кишечнике с образованием свободных радикалов.

Rp: Sol. Ferrii (III) hydroxide polimaltozatis 0,05/ml - 30 ml

D.t.d. № 1.

S: По 7 капель на приём внутрь 2 раза в день между кормлениями.

Курс лечения - 14 дней, затем проводится контроль эффективности терапии по наличию прироста гемоглобина, ретикулоцитарного криза, уменьшению гипохромии, пойкилоцитоза, анизоцитоза в общем анализе крови.

При положительном эффекте лечение продолжается, но с корректировкой суточной дозы по фактической массе тела под контролем общего анализа крови каждые 2 недели.

При достижении уровня гемоглобина 110 г/л дозу препарата уменьшают до половинной.

Дальнейший курс терапии - 3 месяца.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

«ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ НЕАДЕКВАТНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ»

7. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Пациентка 17,5 лет госпитализирована в стационар с жалобами на избыточный вес, периодическую жажду, сухость во рту.

Ожирение диагностировано в возрасте 6 лет. Врачебные рекомендации относительно диеты и режима физических нагрузок не соблюдала, злоупотребляет мучными изделиями, физическая активность недостаточна. С 9 лет – артериальная гипертензия, назначены ингибиторы АПФ.

Наследственность отягощена по ожирению и сахарному диабету 2 типа по линии матери.

От третьей беременности, протекавшей с осложнениями: при сроке гестации 30 недель диагностирован гестационный диабет, до наступления беременности – ожирение и артериальная гипертензия. Роды вторые при сроке гестации 38 недель, вес при рождении 3800 г, длина 52 см. Находилась на искусственном вскармливании, в развитии от сверстников не отставала.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, острый тонзиллит.

При осмотре состояние средней степени тяжести. Вес 105 кг, рост 169 см. Пропорционального телосложения, избыточного питания с равномерным отложением подкожно-жировой клетчатки.

Стрии багрового цвета в области тазового пояса. Зев не гиперемирован. Запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Перкуторный звук над лёгкими лёгочный. Дыхание везикулярное.

Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС – 72 удара в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Щитовидная железа не увеличена. Стадия полового развития по Таннер: В5Р5. Менструации с 12 лет, регулярные.

Гликемический профиль: 7:00 – 11,4 ммоль/л; 11:00 – 13,4 ммоль/л; 13:00 – 10,4 ммоль/л; 15:00 – 15,0 ммоль/л; 18:00 – 10,4 ммоль/л; 20:00 – 14,4 ммоль/л; 23:00 – 11,3 ммоль/л.

НbA1c – 9,3%.

С-пептид – 1483 пмоль/л (N=298-2450).

Ацетон в моче – 0.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте сформулированный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Укажите возможные осложнения ожирения.
5. Определите тактику лечения и обоснуйте её.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Ожирение экзогенно-конституциональное 3 степени, осложнённое. Артериальная гипертензия. Сахарный диабет 2 типа.

2. Диагноз «ожирение» установлен на основании антропометрических показателей и данных физикального осмотра, избыток веса более 50%, ИМТ – 36,8 кг/м².

Данные анамнеза свидетельствуют о конституциональной предрасположенности к ожирению, алиментарных погрешностях, гиподинамии.

Артериальная гипертензия является осложнением ожирения. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании жалоб на периодическую жажду, сухость во рту, гипергликемии натощак выше 7,0 ммоль/л, НbA1c выше 6,5%. Учитывая ожирение, отсутствие кетоза, нормальный уровень С-пептида, диагностирован 2 тип диабета.

3. Рекомендовано:

- определение уровня инсулина в крови и индекса НОМА для оценки инсулинорезистентности;
- определение уровня ХС – ЛПВП, ХС – ЛПНП, триглицеридов для оценки гиперлипидемии как компонента метаболического синдрома;
- определение глюкозурии; проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД;
- проведение ЭКГ и эхо-КГ (для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции);

консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

4. Артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, стеатогепатоз, театогепатит, нарушения полового развития, желчнокаменная болезнь, остеоартроз.

5. Диета с ограничением калорийности за счёт легкоусвояемых углеводов и жиров, питание по принципу «хлебных единиц».

Режим физических нагрузок (ежедневные, умеренные, в течение 1-1,5 часов).

Учитывая высокий уровень гликированного гемоглобина (>7,0%), необходима инсулинотерапия.

Гипотензивная терапия с использованием ингибиторов АПФ или тиазидных диуретиков.

8. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Во время профилактического осмотра ребёнка 1 года жизни врач-педиатр участковый обратила внимание на бледность кожных покровов и слизистых оболочек. При сборе анамнеза стало известно: мать – студентка 19 лет; ребёнок быстро утомляется, раздражителен, не активен, мама отмечает потерю аппетита. На первом году жизни питание ребёнка однообразное: молочная манная каша дважды в день, сладкое, картофельное пюре, молоко, из мясных продуктов курица 1–2 раза в неделю. Другие продукты предпочитают ему не давать. На таком питании отмечались высокие прибавки в весе. Гуляют редко.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии лёгкой степени тяжести, первых физиологических родов, искусственное вскармливание с 2 месяцев – смесь «Малютка 1», с 6 месяцев – цельное коровье молоко по причине материальных затруднений в семье, злаковый прикорм начали вводить с 5 месяцев, мясные продукты и овощи получает с 8 месяцев.

В настоящее время в сутки употребляет до 600 мл молока и кефира. На первом году мальчик 6 раз болел ОРВИ.

При осмотре: состояние у мальчика удовлетворительное. Рост 78 см, масса 12 кг. Бледность кожных покровов и видимых слизистых, ушных раковин, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, периферические лимфатические узлы не увеличены, мышечная гипотония. Отмечается истончение и ломкость ногтей и волос, заеды в углах рта. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД – 30 в минуту. Со стороны сердца: тоны приглушены, выслушивается систолический шум, границы сердца не расширены. ЧСС – 128 ударов в минуту. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Стул регулярный 1 раз в день, оформленный, диурез достаточный.

При проведении общего анализа крови выявлено: $E_r - 3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 89 г/л, цветовой показатель – 0,76. В мазках: E_r бледной окраски, микро-анизоцитоз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте его.
5. Через 3 недели приёма лекарственного препарата $E_r - 4,0 \times 10^{12}/л$, $H_b - 118$ г/л, ретикулоциты – 3%. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Избыток массы 2 степени. Нормосомия.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании данных объективного осмотра (наличие анемического и сидеропенического синдромов) и результатов анализа крови и морфологии эритроцитов.

Оценка физического развития произведена с учётом возраста ребёнка и показателей роста и массы тела.

3. Для подтверждения железодефицитной анемии и дифференциальной диагностики с другими видами анемий пациенту необходимо провести:

1. Клинический анализ крови, с определением числа ретикулоцитов, эритрометрических индексов (MCV, MCH, MCHC), морфологии эритроцитов.

2. Биохимический анализ крови: сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, АЛТ, АСТ, билирубин и его фракции, мочевины, креатинина, глюкозы, общий белок.

Для выявления заболеваний, которые могут сопровождаться хронической кровопотерей или приводить к нарушению усвоения железа.

3. Общий анализ мочи, копрограмма.

4. Анализ кала на яйца гельминтов, кал на скрытую кровь.

5. УЗИ органов брюшной полости, почек, мочевого пузыря, малого таза.

4. Организовать для ребёнка правильный режим дня: ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 1-1,5 ч, профилактический массаж и гимнастика.

Провести коррекцию диеты: исключить цельное молоко, количество кисломолочных напитков не более 200 мл, включить продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, творог, желток, фрукты, овощи.

Препараты железа перорально из расчёта 3-5 мг/кг в сутки в 2-3 приёма на 4 недели, с последующим контролем гематологических показателей через 10-14 дней.

5. Продолжить терапию препаратами железа в прежней дозе еще в течение 2 недель, с дальнейшим переходом на поддерживающую дозу (0,5 от лечебной – 2,5 мг/кг в сутки) еще в течение 4 недель, продолжить диетотерапию и динамическое наблюдение с контролем гематологических показателей.

9. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактическом приеме врача-педиатра участкового мать с девочкой 5 месяцев.

Жалоб нет. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года).

Девочка родилась в срок с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее кормление цельным коровьим молоком. Прикорм не введён. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту, масса тела 7000 грамм.

В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ.

При осмотре: ребёнок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые бледно-розовые, чистые. Лимфатические узлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких при сравнительной перкуссии лёгочный звук на симметричных участках грудной клетки. При аускультации пуэрильное дыхание, ЧД 38 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета.

Мочепуспускание не нарушено.

Общий анализ мочи: рН – слабо кислая; белок – 0,033‰; лейкоциты – 1–3 в поле зрения.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $8,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 32%, базофилы – 1%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 58%, моноциты – 4%, СОЭ – 6 мм/час, гипохромия++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз+. Содержание гемоглобина в эритроцитах – 22 пг (норма 24-3 пг).

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз? Определите группы риска.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Вычислите цветовой показатель (ЦП) и оцените его значение.
3. Нуждается ли ребенок в коррекции питания? Выявите недостатки при организации вскармливания ребёнка, обоснуйте назначение молочной смеси, продуктов прикорма.
4. Назначьте лечение, обоснуйте выбор препарата, выпишите рецепт, проведите контроль эффективности и безопасности.
5. Какие профилактические прививки должен иметь этот ребёнок?

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Железодефицитная анемия, лёгкой степени тяжести.

Группа риска по повышенной заболеваемости острыми респираторными инфекциями, по патологии ЦНС, по рахиту, хроническим расстройствам питания, социальный риск.

2. Необходимо провести биохимическое исследование крови с определением сывороточного железа, ОЖСС, ферритина сыворотки.

Цветовой показатель определяет насыщенность эритроцитов гемоглобином. Вычисляется по формуле:

Норма ЦП – 0,85 - 1,05

3. Недостатком организации вскармливания является кормление цельным коровьим молоком. Необходимо назначение адаптированной молочной смеси, обогащённой железом и другими минералами.

Необходимо назначить первый прикорм в виде овощного пюре, а в дальнейшем на 2 недели раньше стандартной схемы назначается мясное пюре.

4. Необходимо назначить препарат железа в жидкой форме per os.

Предпочтительным является назначение препарата в виде органического гидроксид-полимальтозного комплекса, а не препаратов в виде неорганических солей железа, так как последние легко диссоциируют в тонком кишечнике с образованием свободных радикалов.

Rp: Sol. Ferrii (III) hydroxide polimaltozatis 0,05/ml - 30 ml

D.t.d. № 1.

S: По 7 капель на приём внутрь 2 раза в день между кормлениями.

Курс лечения – 14 дней, затем проводить контроль эффективности терапии по наличию прироста гемоглобина, ретикулоцитарного криза, уменьшению гипохромии, пойкилоцитоза, анизоцитоза в общем анализе крови.

При положительном эффекте лечения продолжается, но с корректировкой суточной дозы фактической массы тела под контролем общего анализа крови каждые 2 недели.

При достижении уровня гемоглобина до 110 г/л дозу препарата уменьшают до половинной.

Дальнейший курс терапии - 3 месяца.

5. V1,2 гепатит В; БЦЖ-М, V1,2 пневмококковая инфекция, V1,2 АКДС+ИПВ

10. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.

Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день. Мочеиспускания урежены, свободные.

Обследована:

В общем анализе крови: Hb 98 г/л, Eг 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.

В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.

В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л.

Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4

1. Белково-энергетическая недостаточность алиментарного генеза (или хроническое расстройство питания по типу гипотрофии I степени тяжести). Анемия легкой степени тяжести, алиментарного генеза.

2. Гипогалактия у матери, несбалансированное питание ребёнка, социально-неблагополучная семья.

3. Осмотр специалистов: в декретированные сроки – врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог – по показаниям.

Лабораторно-диагностическое обследование: общие анализы крови и мочи – при взятии на учёт, в дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям – чаще; копрограмма – при взятии на учёт,

контроль в динамике – по показаниям; кал на яйца гельминтов (во 2 полугодии жизни) – при взятии на учёт, контроль в динамике – по показаниям; исследование кала на дисбактериоз – по показаниям. Сроки наблюдения: дети данной группы состоят на диспансерном учёте до года и при условии нормализации показателей массы в 1 год могут быть сняты с учёта.

4. Нормализация аппетита, возрастное увеличение массы тела, улучшение показателей нервно-психического развития, восстановление показателей копрограммы.

5. При введении докорма используются адаптированные молочные смеси, увеличение объёма докорма постепенное (3–5 дней), докорм даётся всегда в конце кормления, после кормления грудью.

11. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с ребенком 7 месяцев находится на приёме у врача-педиатра участкового, жалуется на повышенную потливость у дочери, плохой сон, вздрагивание во сне.

Из анамнеза известно, что ребёнок от первых родов, протекавших без патологии. Матери 30 лет.

Отец с семьёй не живёт, материальную помощь не оказывает. Девочка получала грудное молоко до 2 месяцев жизни. Затем из-за того, что мать была вынуждена выйти на работу, переведена на искусственное вскармливание: получала смесь «Нестажен» и коровье молоко. С 4 месяцев в питание введена манная каша, которую ребёнок ест до 2–3 раз в день. С 6 месяцев мать попыталась давать овощи, но девочка ела их плохо, и поэтому мать даёт их ребёнку нерегулярно. В отсутствие матери с ребёнком находится соседка. Массаж, гимнастику ребёнку не проводят. Гуляет девочка не каждый день. Витамин Д ребёнку дают нерегулярно.

При осмотре: масса – 8500 г, кожа чистая, повышенной влажности. Выраженный красный дермографизм. Голова правильной формы, затылок лысый, выраженные лобные и теменные бугры. Пальпируются рёберные «четки», борозда Гarrisона, «браслетки» в области лучезапястного сустава. Мышечный тонус снижен. Самостоятельно не сидит. Печень на 2,5 см выступает из-под рёберной дуги. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лабораторные методы обследования необходимо назначить ребёнку для уточнения диагноза?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.
5. Назначьте профилактические мероприятия.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5

Рахит II, период разгар, подострое течение

2. Диагноз установлен на основании жалоб матери ребёнка на повышенную потливость, плохой сон, вздрагивание во сне; на основании анамнеза: неправильное вскармливание и неправильный уход за ребёнком, не регулярный приём витамина Д; на основании объективных данных – повышенная потливость, выраженный красный дермографизм, облысение затылка, мышечная гипотония, характерные изменения в костях (рёберные «четки», гаррисонова борозда, «браслетки», выраженные лобные и теменные бугры). Учитывая, что изменения отмечаются и со стороны нервной системы, и со стороны костной системы, причём отмечается поражение уже нескольких отделов костной системы (голова, грудная клетка, конечности), выставляется 2 степень тяжести заболевания, период разгара. Учитывая, что заболевание развилось во втором полугодии жизни, среди костных изменений преобладают признаки остеоидной гиперплазии, витамин Д ребёнок получал, но нерегулярно, можно предположить подострое течение заболевания.

. Необходимые обследования:

Общий анализ крови (так как при рахите часто развивается анемия).

Биохимический анализ крови: уровень кальция общего и ионизированного, уровень фосфора, щелочной фосфатазы кислотно-щелочное равновесие (так как при рахите происходит нарушение фосфорно-кальциевого обмена и развивается ацидоз).

4. Сбалансированное и адаптированное питание (адаптированные молочные смеси, замена манной каши на другие каши по возрасту, достаточное количество овощей, постепенное введение мясного прикорма, творога, яичного желтка) для обеспечения поступления в организм необходимых минералов и витаминов.

Витамин Д - 5000 МЕ (например, Аквадетрим - 10 кап.) в день в течение 30-45 дней, так как основной причиной рахита является дефицит витамина Д.

Препараты кальция (например, Кальций Д3 Никомед Форте (в 1 таб. - 500 мг кальция + 200 МЕ вит Д) – ½ таб. в день в течение 3 недель)), так как при рахите развивается гипокальциемия.

Правильный режим дня: пребывание на свежем воздухе не менее 2-3 часов, достаточный сон (выработка витамина Д в коже при пребывании на солнце, улучшение снабжения организма кислородом и нормализация обменных процессов).

Хвойные ванны по 10 минут в день, курс 10-15 ванн (обладают успокаивающим действием).

5. Витамин Д (Аквадетрим) – 500-1000 МЕ (1-2 кап) 1 раз в день в течение 2 лет,

Гигиенические ванны и обтирания, обливания, массаж, физкультура, диета по возрасту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

«СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА»

12. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчик Р. 1 год 2 месяца поступил в больницу с жалобами матери на снижение аппетита у ребёнка, вялость, извращение вкуса (лизжет стены, ест мел).

Из анамнеза известно, что ребёнок 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 «Малютка-1», с 5 месяцев введён прикорм – манная каша, 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-педиатру участковому, было проведено исследование крови, где обнаружено снижение уровня гемоглобина до 87 г/л, и ребёнок был госпитализирован.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые, волосы тусклые, ломкие. Мальчик капризный, достаточно активен. В лёгких пуэрильное 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 рёберного края на 2,5 см. Селезёнка не пальпируется. Моча и стул обычной окраски. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Говорит отдельные слова. Общий анализ крови: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,71, ретикулоциты – 1,9%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 20%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 64%, моноциты – 10%, СОЭ – 6 мм/час. Выражены анизоцитоз эритроцитов, микроцитоз.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевины – 3,2 ммоль/л, билирубин общий – 16,5 мкмоль/л, железо сыворотки – 7,3 мкмоль/л (норма – 10,6–33,6), общая железосвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма – 40,6–62,5), сывороточный ферритин – 7,3 мкг/л (норма – более 12), насыщение трансферрина железом – 15% (норма – более 17), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет).

Анализ кала на скрытую кровь (тремякратно): отрицательно.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какое лечение необходимо назначить ребёнку?
4. Препаратам какой группы железосодержащих лекарственных средств в настоящее время отдаётся предпочтение? Какой препарат и в какой фармакологической форме Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор и рассчитайте дозу препарата.
5. Через 4 месяца терапии состояние ребёнка удовлетворительное. Все показатели клинического анализа крови и показатели биохимического анализа крови, характеризующие насыщение организма железом, пришли в норму. Назначьте план диспансерного наблюдения за данным ребёнком. Дайте рекомендации по дальнейшей вакцинопрофилактике данному ребёнку.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

2. Диагноз «железодефицитная анемия» установлен на основании жалоб матери больного на снижение аппетита у ребёнка, вялость, извращение вкуса; на основании данных анамнеза: анемия у матери во время беременности, ранний перевод на искусственное вскармливание, нерациональное введение прикорма, преобладание в рационе ребёнка молочно-растительной пищи и дефицит мясных продуктов; на основании объективных данных: бледность кожи, дистрофические изменения волос и ногтей, систолический шум при аускультации сердца, увеличение размеров печени; на основании лабораторных показателей: снижение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и ретикулоцитов, выраженный анизоцитоз и микроцитоз эритроцитов, снижение уровня сывороточного железа, ферритина сыворотки, коэффициента насыщения трансферрина железом, повышение ОЖСС. Степень тяжести анемии средняя, так как уровень гемоглобина составляет 85 г/л (при средней степени тяжести анемии уровень гемоглобина находится в пределах 70-90 г/л).
3. Необходимо лечение препаратами железа.

Полноценная сбалансированная по основным ингредиентам диета с применением продуктов питания промышленного производства (формулы 3,4: NAN-3, Nutrilon3, продукты компании Heinz)
Соблюдение режима дня с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

4. В настоящее время предпочтение отдается неионным препаратам железа – препаратам железа (III) на основе гидроксид полимальтозного комплекса (Феррум Лек, Мальтофер). В отличие от солевых (ионных) препаратов железа (II) данные лекарственные средства имеют высокую биодоступность, не требуют методики постепенного наращивания дозы, так как обладают высокой безопасностью, их приём не зависит от приёма пищи. В жидкой форме (сироп Феррум Лек, капли Мальтофер) лекарственные средства легче дозируются маленькому ребёнку и легче им проглатываются.

Суточная лечебная доза составляет 5 мг/кг массы ребёнка. Масса ~ 10 кг. Суточная доза = $5 \times 10 = 50$ мг. Для приёма полной терапевтической дозы необходимо 5 мл сиропа Феррум Лек в сутки (так как 1 мл содержит 10 мг элементарного железа). Курс лечения 4,5 месяца.

5. Диспансерное наблюдение проводить в течение года с момента установления диагноза. Контролировать самочувствие и общее состояние ребёнка. Перед снятием с диспансерного наблюдения выполнить общий анализ крови. Ребёнок снимается с учёта в случае, если все показатели общего анализа крови соответствуют норме.

Вакцинацию ребёнку необходимо проводить в обычные сроки: нетяжёлая анемия алиментарного генеза не является причиной отвода от прививок, поскольку количество иммунокомпетентных клеток у таких больных достаточно.

13. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с девочкой 2 года пришла на профилактический приём к врачу-педиатру. Жалобы на плохой аппетит. Ребёнок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей. Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 г, длиной – 52 см. Период новорождённости без особенностей. На грудном вскармливании до 3 месяцев, далее адаптированная молочная смесь и кефир. Прикормы начали вводить с 7 месяцев. В настоящее время на 4-х разовом питании: в питании меню взрослого стола, каши, преимущественно манная, тёртое яблоко, кефир, цельное молоко, мясо не часто, в основном куриное.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита хорошо. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В лёгких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Мочеиспускание не нарушено.

В анализе периферической крови: Hb – 95 г/л; эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель – 0,85; лейкоциты – $6,5 \times 10^9$ /л; палочкоядерные – 2%; сегментоядерные – 32%; базофилы - 1%; эозинофилы – 3%; лимфоциты – 58%; моноциты – 4%; СОЭ – 6 мм/час; гипохромия ++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +. Содержание гемоглобина в эритроцитах - МСН – 22 пг (норма 24-33 пг).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие продукты необходимо включить в рацион ребенка?
5. Укажите расчёт дозы назначенных препаратов и длительность курса лечения

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. Железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести.
2. Диагноз «железодефицитная анемия лёгкой степени тяжести» поставлен на основании данных анамнеза (беременность на фоне анемии, гестоза), раннего искусственного вскармливания, использования неадаптированных молочных продуктов, отсутствия в рационе ребёнка мясных продуктов, овощей, яичного желтка, творога; данных объективного осмотра (бледность кожных покровов и слизистых оболочек), лабораторных данных (снижения уровня гемоглобина и эритроцитов, МСН, гипохромии, анизоцитоза, пойкилоцитоза). 1 степень тяжести обусловлена снижением гемоглобина до 95 г/л.
3. Определение:
 - концентрации сывороточного железа – СЖ;
 - общей железосвязывающей способности сыворотки – ОЖСС;
 - коэффициента насыщения трансферрина железом – НТЖ;
 - концентрации сывороточного ферритина – СФ.
4. Мясо, рыбу, творог, овощи, промышленно приготовленные каши, обогащённые железом.
5. 5 мг/кг в течение не менее 3 мес.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

«СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ»

14. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На прием к врачу обратилась мать с ребенком четырех месяцев, у которого имелись высыпания на коже щек, сопровождающиеся зудом, повышенная возбудимость - плаксивость, нарушение сна. Клиническая симптоматика с 2,5 месяцев, рецидивирующая до настоящего времени с тенденцией к прогрессированию и распространенностью кожного процесса.

Из анамнеза известно: Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза первого триместра, угрозы прерывания во втором триместре. Вес при рождении 3330 гр, длина - 52 см. Закричала сразу, реанимационные мероприятия в родовом зале не проводились. К груди приложена в первые сутки, сосала удовлетворительно. На грудном вскармливании до 2-х месяцев, далее переведена на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями - Similac Premium 1. Вакцинация по календарю, поствакцинальные реакции и осложнения не отмечались. Пищевая аллергия - четко не определяется. Лекарственная аллергия - отрицает. Кровь, плазму не переливали, оперативные вмешательства не проводились. Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена по линии матери - у мамы поллиноз, бронхиальная астма. ЖБУ: дом влажно, участки черной плесени в детской комнате, ковры, цветы, домашние животные - кошка, постель - синтетика.

Локальный статус: Кожа щек эритематозна, слегка отечна. Границы эритемы не четкие, имеются множественные мелкие папулы, везикулы, эрозии, из которых на поверхность выступают небольшие капли серозного экссудата; на правой щеке - корочки и чешуйки. В ягодичной области яркая гиперемия с участками мокнущая; выраженная себорейная корочка.

Задание:

1. Предположительный диагноз, обоснование;
2. Анатомо-физиологические особенности кожи младенцев и детей грудного возраста;
3. Концепция трех «Ом»;
4. Причины возникновения данного патологического состояния;
5. Иммунопатогенез атопического дерматита (филаггрин и его роль в развитии заболевания);
6. Классификация атопического дерматита;
7. Критерии диагностики (большие, малые);
8. Терапия острого периода

15. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На прием к врачу обратилась мать с ребенком 7 месяцев. Жалобы: на наличие высыпаний сопровождающихся интенсивным зудом. Ребенок капризен, плаксив, плохо спит, раздражителен.

Из анамнеза известно: Родился от III беременности (I беременность – м/а, II – беременность – м/а), протекавшей на фоне анемии легкой степени тяжести, в первом триместре – обострение пиелонефрита, лечение стационарное с использованием антибактериальных препаратов. Роды первые, срочные, оперативные – кесарево сечение. Вес при рождении 4200 гр, длина 54 см. В родильном доме в связи с недостаточной лактацией матери использовались адаптированные молочные смеси - Nutrilon Premium 1. Еще в роддоме мама отметила легкую шероховатость и розовую окраску кожи щек. После выписки из родильного дома с 2-х недельного возраста ребенок полностью был переведен на искусственное вскармливание - молочными смесями, периодически с добавлением неадаптированных молочных смесей - коровье молоко до 200-400 мл/сут. С 2-х недельного возраста кожные проявления усилились, ребенок стал капризен, беспокоен. При обследовании выявлена дискинезия желчевыводящих путей.

Локальный статус: Кожные покровы ребенка имеют сероватый оттенок, сухие на ощупь. Дермографизм белый. Отмечается уменьшение активности брюшного рефлекса. Процесс носит распространенный характер. Располагается симметрично на коже волосистой части головы, лица, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодиц. Представлен множественными диссеминированными эритематозно-сквамозными, папуловезикулезными и уртикарно - розеолёзными высыпаниями. На поверхности многих папуловезикул точечные эрозии серозные корочки. Множественные эксфолиации, геморрагические корочки.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз, обоснование;
2. Проведите дифференциальную диагностику данного дерматоза;
3. Какие физиологические состояния кожи младенцев вам известны;
4. Какие клинические проявления характерны для младенческой формы атопического дерматита;
5. Направления терапии атопического дерматита;
6. Проведите коррекцию питания данному пациенту;
7. Наметьте план лечебных и профилактических мероприятий.
8. Какие увлажняющие косметические средства ухода за кожей (эмоленты) Вы знаете?

16. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Во время профилактического осмотра девочки Маши К., 5 месяцев, участковый педиатр обратил внимание на сухость кожи, «молочный струп» на щеках, «географический» язык, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, увеличение периферических лимфатических узлов до 1-2 порядка, неустойчивый стул. Масса тела – 8,5 кг, длина – 63 см.

Из анамнеза: ребёнок находится на смешанном вскармливании. Мама диету не соблюдает, много пьёт коровьего молока, любит мучное и сладкое.

Девочка получает грудного молока за сутки – 400 мл, остальное в виде докорма адаптированной молочной смесью «Малютка». Введён 1 прикорм (манная каша на молоке). В 3 месяца диагностирован дисбактериоз кишечника. В 4 месяца перенесла обструктивный бронхит, в терапии – антибактериальные препараты (ампициллин, в/м), на фоне лечения отмечалось покраснение щёк, ягодиц, ухудшение характера стула. На рентгенограмме – тимомегалия.

У отца – бронхиальная астма.

Задание:

1. О какой патологии следует думать? Сформулируйте диагноз. Обоснуйте его;
2. Лабораторные методы исследования, подтверждающие Ваш диагноз;
3. Назовите факторы, усугубляющие действие триггеров при атопическом дерматите;
4. Понятие атопии, атопического марша, атопического дерматита;
5. Назовите большую восьмерку пищевых аллергенов;
6. Принципы диетотерапии при атопическом дерматите. Выбор основного продукта питания при атопическом дерматите;
7. Сопутствующие (коморбидные) заболевания атопического дерматита;
8. Назначьте лечение ребёнку с учётом клинической симптоматики

17. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар с направляющим диагнозом: детская экзема.

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

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Нутрилон 1") 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", "Энфамил", "Симилак", "Хумана", "НАН" и т.д.), на фоне чего кожные проявления усиливались, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа разгибательных 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 – рисовая каша на молоке, 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 - 29 лет, страдает экземой; отец - 31 год, 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, 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.

Общий анализ крови: НЬ - 104 г/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 - 12 мм/час;

IgE общий - 830 МЕ/л; IgE специфические – высокая сенсibilизация к пищевым аллергенам (положительно: молоко, бета-лактоглобулин, казеин).

Задание:

1. Согласны ли Вы с направляющим диагнозом? Ваш клинический диагноз и его обоснование;
2. Перечислите факторы риска, способствующие реализации заболевания у данного больного;
3. Перечислите бытовые факторы риска атопического дерматита;
4. Каким механизмам отводится ключевая роль в развитии атопических заболеваний;
5. Критерии степени тяжести атопического дерматита;
6. Принципы диетотерапии при аллергодерматозах. Назовите пищевые продукты этиологически значимые для детей 1-го года жизни при атопическом дерматите;
7. Прогноз и неблагоприятные факторы прогноза атопического дерматита, понятие атопического марша;
8. Назначьте лечение ребенку

18. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Ребёнку 2,5 месяца. С 3-х недель из-за мастита у матери находится на грудном вскармливании донорским молоком. В настоящее время в питание введены смеси «Малютка». Мать отмечает появление гиперемии в паховых областях, шее, в подмышечных впадинах (несмотря на тщательный уход). На щеках и подбородке гиперемия, шелушение, трещины и мокнутие с образованием корок. Ребёнок беспокоен, стал плохо спать.

Задание:

1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае, обоснуйте его;
2. Какой причиной вероятнее всего вызваны выявленные изменения
3. Концепция трех «Ом»;
4. Критерии диагностики (большие, малые);
5. Что такое филаггрин и его роль в развитии дерматита;
6. Принципы диетотерапии при аллергодерматозах. Назовите пищевые продукты этиологически значимые для детей 1-го года жизни при атопическом дерматите;
7. Назначьте лечение ребенку;
8. Прогноз, понятие атопического марша;

«ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С АБКМ»

19. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребёнка 10 лет жалобы на сыпь в виде отёчных красных зудящих образований по туловищу и на нижних конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи. Родители ребёнка связывают появление сыпи с употреблением в питании морепродуктов.

Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом году жизни были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока. Респираторными инфекциями болеет часто. Антибиотики получает 2-3 раза в год. Одышки не было. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. На коже туловища, и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, четко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи, умеренного количества. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 87 в минуту. Живот несколько, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребёнку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребёнка улучшилось: новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Острая аллергическая крапивница.

2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:

- жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела и нижних конечностей, появившиеся после употребления в пищу морепродуктов;
- данных анамнеза жизни: у ребёнка были проявления атопического дерматита на белок коровьего молока;
- в семейном анамнезе: у бабушки по линии мамы – бронхиальная астма.

Мама не переносит Пенициллин;

данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи.

3. Аллергопробы.

4. Ребёнку необходимо назначить Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить рыбу и морепродукты, цитрусовые, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребёнка оставляют под наблюдением на 48 часов. Обучают родителей гипоаллергенной диете. Цетиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу Цетиризина до 1 месяца.

20. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

У ребёнка 12 лет жалобы на отёчность в области век, кистей рук и стоп, сыпь в виде отечных, красных, зудящих образований по туловищу и на конечностях.

Из анамнеза заболевания: сыпь появилась внезапно, предварительно беспокоил выраженный зуд кожи, затем появились отёки. Родители ребёнка связывают появление отёков и сыпи с употреблением в питании цитрусовых.

Из анамнеза жизни известно, что у ребёнка на первом году жизни были проявления крапивницы неоднократно на шоколад, на лекарственные препараты - Нурофен, Ацетилцистеин.

Респираторными инфекциями болеет часто. Часто получает антибиотики. Тубконтакты отрицает.

Наследственность: у мамы – аллергический ринит, экзема на стиральный порошок.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Отмечается отечность век, отёки кистей и стоп. На коже туловища, верхних и нижних конечностях – сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, имеющие тенденцию к слиянию чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Носовое дыхание отсутствует. Голос не осип. Одышки нет. ЧД - 26 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется легочный звук. При аускультации легких - хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в минуту. Живот безболезненный, пальпации доступен. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. На фоне проводимой терапии к концу суток состояние ребёнка улучшилось: отёков не стало, новых подсыпаний не было. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. Отёк Квинке. Острая аллергическая крапивница.
2. Диагноз «аллергическая крапивница» установлен на основании:
 - жалоб больного на зудящие высыпания по типу крапивницы в области тела, отёки век, кистей рук и стоп, появившиеся после употребления в пищу цитрусовых;
 - данных анамнеза жизни: у ребёнка были проявления крапивницы на шоколад и лекарственные препараты;
 - данных семейного анамнеза: мамы – аллергический ринит и экзема на стиральные порошки;
 - данных клинического обследования: сыпь по типу эритематозных волдырей красного цвета размером от нескольких 5 до 10 сантиметров в диаметре, чётко ограниченные и возвышающиеся над поверхностью кожи. Отёчность век, кистей рук и стоп.
3. Аллергопробы в период ремиссии.

4. Ребѐнку необходимо назначить Преднизолон в дозе 1-2 мг/кг парентерально, но не более 60 мг в сутки, без учёта суточного ритма на 5-7 дней в связи с тяжѐлой острой аллергической реакцией и профилактикой анафилаксии.

Для защиты слизистой желудка – блокаторы протонной помпы – Омепразол в дозе 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки, Цетиризин в дозе 10 мг (1 таблетка) 1 раз в день на 14 дней. Препарат из группы антигистаминных препаратов II поколения (неседативных).

Гипоаллергенная диета: исключить цитрусовые, рыбу и морепродукты, шоколад, мед, орехи, сою, молоко, яйцо, красного цвета фрукты, овощи, ягоды.

5. Ребѐнка оставляют под наблюдением на 5 дней. Обучают родителей и ребѐнка гипоаллергенной диете и обстановке.

Преднизолон отменяют через 5 дней полностью.

Цетиризин оставляют на 14 недели. При неэффективности – через 14 дней удваивают дозу

Цетиризина до 1 месяца.

Консультация и наблюдение врача аллерголога-иммунолога

21. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Врачом-педиатром участковым осматривается девочка 1,5 лет. Мать жалуется на наличие у ребѐнка высыпаний на коже, умеренного кожного зуда, нарушение сна. Из беседы с матерью стало известно, что грудью ребѐнка мать кормила до 3 месяцев. При этом «для улучшения лактации» пила много чая со сгущенным молоком, мѐдом. С 3 месяцев ребѐнок переведен на искусственное вскармливание смесью «Малютка». В 4 месяца мать стала давать девочке манную кашу на коровьем молоке. Высыпания на коже впервые появились на 4 месяце жизни, связаны с погрешностью в диете (яйцо, коровье молоко, цитрусовые). Ребѐнок постоянно получает лечение. В амбулаторных условиях получал мази с глюкокортикоидами. Продолжительность ремиссий заболевания – 2–3 месяца. У матери ребѐнка имеется аллергическая реакция на цитрусовые и шоколад. Она курит с 15 лет, во время беременности продолжала курить.

Объективно: масса девочки – 12500 г, при осмотре возбуждена, осмотреть себя даёт с трудом, не контактна. Подкожно-жировой слой развит достаточно, кожа сухая. В области лица (за исключением носогубного треугольника), шеи, наружной поверхности верхних и нижних конечностей, локтевых и подколенных ямок, ягодич отмечаются гиперемия кожи, пятнисто-папулезные элементы сыпи ярко-розового цвета, шелушение. Наблюдаются множественные эрозии и корки. Лимфатические узлы увеличены до размеров «лесного ореха». Язык «географический». В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под ребѐрного края. Стул полуоформленный, 2-3 раз в день.

Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,8 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,98, лейкоциты – $6,3 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, эозинофилы – 10%, лимфоциты – 60%, моноциты – 4%, СОЭ – 9 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жѐлтый, удельный вес – 1014, белок – отсутствует, глюкоза – отсутствует, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0–1 в поле зрения, эритроциты – нет, слизь – немного.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту для наружной терапии в составе комбинированной терапии?
5. Возможно ли проведение вакцинации данному ребѐнку после стихания обострения?

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Атопический дерматит, младенческая форма, эритемато-сквамозная форма, период обострения.
2. Диагноз «атопический дерматит» поставлен на основании жалоб, данных анамнеза; раннее введение в рацион ребёнка каши на коровьем молоке; наличие наследственной отягощённости по аллергическим заболеваниям по материнской линии, данных объективного осмотра ребёнка.
3. Пациенту рекомендовано: содержание в сыворотке крови общего иммуноглобулина Е и аллерген-специфических иммуноглобулинов-Е-антител; УЗИ органов брюшной полости, копрология.
4. Препарат из группы местных глюкокортикостероидов. Местные глюкокортикостероиды являются средствами первой линии для лечения обострений атопического дерматита.
5. Да, данный ребёнок подлежит вакцинации по мере стихания обострения кожного процесса.

22. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мальчику 1 год. Ребенок на профилактическом осмотре. Жалоб нет.

Анамнез жизни: мальчик от I-ой беременности с гестозом II половины, дважды ОРВИ в I-й и II-й половине (лечение домашними средствами), роды и период новорожденности без особенностей. У матери хронический тонзиллит, у отца хронический ринит, у деда ребенка (по линии отца) – бронхиальная астма, в генеалогическом древе 7 человек. Маме 30 лет, домохозяйка, папе 35 лет, частный предприниматель. Живут в 3-комнатной квартире, с матерью мужа, доход достаточный, муж курит. Мальчик 3 раза перенес ОРВИ (1 раз с явлениями обструкции), лечился амбулаторно, три раза в течение года появлялись элементы не обильной сыпи на лице и туловище, которые 2 раза мать связывала с употреблением ею шоколада. В настоящее время на грудном вскармливании, прикорм введён по возрасту. Прививки против гепатита по схеме 0-1-6, БЦЖ-М в роддоме, АКДС + полиомиелит 3-хкратно, последняя прививка в 10,5 месяцев, имеет 2 вакцинации против пневмококковой инфекции.

Осмотр: мальчик спокойный, хорошо вступает в контакт, начал ходить самостоятельно, разнообразно действует с игрушками, подражая действиям взрослых, выполняет отдельные поручения, произносит 5 облегчённых слов, понимает запрет, самостоятельно пьёт из чашки. Длина – 75 см, масса тела 11800 г, окружность груди – 51 см. При осмотре выявлены единичные пятна и шероховатости щёк и ягодичной области, единичные папулезные элементы на ногах, «географический» язык. Питание – повышенное, отмечается некоторая пастозность. Видимые слизистые чистые. Перкуторный звук лёгочный с коробочным оттенком. Дыхание пуэрильное. ЧДД – 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 122 в минуту. Живот мягкий, печень +1 см из-под рёберной дуги. Ребёнок направлен на прививку против кори, краснухи и паротита.

Анализ крови: RBC – $4,6 \times 10^{12}/л$, HGB – 118 г/л, MCV – 81 фл., MCH – 29 пг., MCHC – 32 г/дл, RDW – 10%. WBC – $10,8 \times 10^9/л$, IMM – 2%, GRA – 34%, LYM – 50%, MON – 10%, EO – 4%, СОЭ – 8 мм/час.

Анализ мочи: соломенно-жёлтый цвет, pH – слабо кислая, лейкоциты 2-3 в п/зр.

Копрология – кал желтый, кашицей, непереваренная клетчатка 3-4 в поле зрения.

Вопросы:

1. Дайте заключение по комплексной оценке состояния здоровья ребёнка.
2. Обоснуйте диагноз. Какая запись оформляется в форме 112/у?
3. Рекомендации участкового врача-педиатра участкового.
4. Составьте план наблюдения этого ребёнка.
5. Тактика врача-педиатра участкового в отношении вакцинации этого ребёнка в 1 год.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4

1. Заключение: социальный анамнез низкой отягощённости, генеалогический и биологический анамнез умеренной отягощённости. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счёт избытка массы тела 1 степени. Нервно-психическое развитие I группа 3 подгруппа. Резистентность хорошая. Диагноз «атопический дерматит, младенческая форма, лёгкой степени тяжести, период неполной ремиссии». Паратрофия с избытком массы тела 1 степени (12%). Риск по хроническим расстройствам питания, анемии, рахиту. Группа II А.

2. Атопический дерматит на основании анамнеза заболевания (три раза в течение года сыпь, связь с приёмом шоколада матерью), клиники (для младенческой формы характерна сыпь и шелушение на лице и ягодичной области, сыпь на конечностях), период неполной ремиссии на основании отсутствия жалоб и наличия единичных элементов.

Паратрофия на основании дисгармоничности физического развития и объективных признаков дистрофии. Запись в форме 112-диспансерный эпикриз с рекомендациями и планом наблюдения на год.

3. Рекомендации: а) режим 5;

б) кормить 5 раз через 4 часа, оставить грудное кормление утром и вечером. Наблюдать и исключать индивидуальные аллергены в меню матери и ребенка;

в) регулярное закаливание ребёнка;

г) регулярно комплекс физических упражнений и массажа по возрасту (№5);

д) купание с частотой не реже чем раз в 2 дня, увлажняющие средства на кожу 3-5 раз в день, е) прогулки ежедневные.

4. План наблюдения на год:

а) ежеквартально осмотр врача-педиатра участкового, анализы крови, мочи, кал на яйца гельминтов;

б) при обострении кожного процесса – консультация врача-аллерголога - общий и специфические IgE к белку и желтку куриного яйца, коровьего молока;

в) профилактика рахита витамином Д3 в осенне-зимне-весенний период до 3 лет;

г) профилактика ОРВИ.

5. Если в анамнезе нет указаний на аллергическую реакцию немедленного типа на белок куриного яйца и аминокликозиды. Ребёнок относится к группе риска на поствакцинальные осложнения, в период вакцинации - гипоаллергенная диета, профилактика ОРВИ, антигистаминные препараты, контроль реакции первые 30 минут.

Реакция Манту в 1 г., через 72 часа вакцинировать от краснухи, кори, эпидемического паротита.

«ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВАРЕНИЯ»

23. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На профилактический осмотр к врачу-педиатру участковому пришла мама с девочкой в возрасте 3 месяцев. На последнем приёме были в возрасте 1 месяца 15 дней.

Жалобы на урежение мочеиспусканий, беспокойное поведение, особенно после кормления.

Анамнез заболевания: за последние 2 недели девочка стала беспокойной, не выдерживает перерывы между кормлениями, в связи с чем мама давала ей сахарный сироп и кефир. В дальнейшем у ребенка снизился аппетит, мочеиспускания стали редкими. В форме 112/у ранее зафиксирована низкая прибавка в весе. У матери – гипогалактия.

Анамнез жизни: девочка от 4-й доношенной беременности, 3 срочных родов. Вес при рождении 3000 граммов, длина 49,0 см. Выписана из роддома в удовлетворительном состоянии. Семья социально-неблагополучная. Ребёнок на исключительно грудном вскармливании. Получает профилактическую дозу витамина Д.

Объективно: состояние удовлетворительное. В сознании. Беспокойная, капризная. Головку держит хорошо. Пытается переворачиваться со спины на живот. Хорошо следит за яркими предметами. Рефлексы Моро, Бауэра, автоматической ходьбы не вызываются. Тонический шейный и поисковый рефлексы угасают. Хватательный и подошвенный рефлексы вызываются хорошо. Менингеальные знаки и реакция на tragus отрицательные. Большой родничок не напряжен. Температура тела 36,8°C. Дефицит массы 16,2%, рост соответствует норме. Кожа бледная, сухая, эластичность сохранена. Заеды в углах рта. Волосы тусклые, ломкие. Подкожный жировой слой истончен на животе и конечностях. Тургор тканей снижен незначительно. В зеве и носоглотке катаральных явлений нет. Периферические лимфоузлы интактные. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Одышки нет. ЧДД 38 в 1 минуту. Аускультативно в лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторно лёгочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 142 в 1 минуту. Слизистые полости рта бледные. Живот мягкий, пальпация не вызывает беспокойства ребёнка. Печень +1,5 см от края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Стул кашицеобразный, разжижен, жёлтый, без патологических примесей, 2-3 раза в день.

Мочеиспускания урежены, свободные.

Обследована:

В общем анализе крови: Нб 98 г/л, Ер 3,8x10¹²/л, L 7,3x10⁹/л, СОЭ 3 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес 1005, белок и сахар отрицательные, L 0-2-1 в п.зр.

В копрограмме: увеличение жирных кислот, мыл, непереваренной клетчатки, вне- и внутриклеточного крахмала, при добавлении йода – голубая окраска.

В биохимическом анализе крови: кальций 2,58 ммоль/л, фосфор 1,8 ммоль/л, активность щелочной фосфатазы в норме, сахар крови 3,7 ммоль/л. Рентгенологически остеопороз трубчатых костей не выявлен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите факторы, способствующие формированию заболевания.
3. Тактика врача-педиатра участкового при данном патологическом состоянии у ребенка. Каковы сроки наблюдения?
4. Перечислите критерии эффективности лечения при данной патологии.
5. Назовите правила введения докорма.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 1

1. Синдром раздражённой кишки с запорами (СРК).
2. Диагноз «СРК» поставлен на основании жалоб больного на запоры, вздутие живота, иногда боли, купирующиеся после дефекации, а также наличия в анамнезе кишечной инфекции.
3. Пациенту рекомендовано:
 - кал на скрытую кровь,
 - консультация врача хирурга-проктолога для исключения органической природы запора (пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, при необходимости колоноскопия, иригография),
 - консультация врача-эндокринолога (для исключения патологии щитовидной железы – гипотиреоза),
 - консультация врача-невролога (для исключения вегето-сосудистой дистонии по ваготоническому типу по результатам кардиоинтервалографии, глазного дна и осмотра).
4. Для нормализации тонуса гладкой мускулатуры кишечной трубки:

- прокинетики;

Для формирования консистенции каловых масс:

- препараты лактулозы (Макрогола) с подбором дозы до достижения результата.

5. Рекомендовано питание с обогащением пищевыми волокнами (овощи, фрукты), приём пищи 5 раз в день, достаточный приём жидкости (до 1,5 л) в день, закрепление рефлекса на дефекацию в одно и то же время, достаточный сон, ЛФК с упражнениями, повышающими мышечный тонус мышц брюшной стенки и тазового дна.

24. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

К педиатру обратилась мама с ребенком в возрасте 2 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала с легким гестозом в 1 триместре, роды самостоятельные на 40 неделе. Масса при рождении 3550 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. К груди приложен в родовом зале, на грудном вскармливании до 1 месяца, далее в связи с гипогалактией у матери переведена на «НАН- 1». В весе прибывает достаточно. До 3 недель жалоб не предъявляла. С 3 недельного возраста стали возникать эпизоды раздраженности, возбуждения, имеющие тенденцию к нарастанию, характеризующиеся внезапным началом и тенденцией к усилению в вечерние и ночные часы. Подобные эпизоды продолжаются 4 – 5 часов в сутки, практически каждый день.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Не беспокоится. Улыбается. Ребенок правильного телосложения, умеренного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Большой родничок 2х2 см. выполнен, не выбухает. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 128 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул практически после каждого кормления, желтый, кашицей.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV. Что такое правило «трех»?
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.

4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста.
5. Дайте определение младенческим кишечным коликам.
6. Современный взгляд на причины формирования колик.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
8. Современный подход к коррекции колик (поведенческий компонент; диетическая коррекция – детям находящимся на грудном вскармливании, подход к выбору смеси детям на искусственном вскармливании; фармакологическая коррекция – группы препаратов).

25. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 3 месяцев. Из анамнеза известно, что девочка от молодых здоровых родителей. Беременность вторая (старшему брату 4 года, здоров со слов мамы), протекала без особенностей. Роды срочные, самостоятельные. Масса при рождении 3200 г, длина 51 см. Оценка по шкале Апгар 9/10. К груди приложена на первые сутки, на грудном вскармливании до 2 месяцев, далее в связи с гипогалактией у матери переведена на «НАН 1». В весе прибывает достаточно.

До 2 недель жалоб не предъявляла. С 2 недельного возраста появились срыгивания 2-4 раза в сутки, небольшими объемами (1-2мл), без патологических примесей. В динамике мама отмечает тенденцию к снижению частоты и объема срыгиваний. Респираторных нарушений нет. Аппетит удовлетворительный. В весе прибывает достаточно.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Не беспокоится. Улыбается, гулит. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Большой родничок 1,5x1,5 см. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул 2-3 раза в день, желтый, кашицей.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV.
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Анатомо-физиологические особенности верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
5. Опишите симптомы тревоги при синдроме срыгиваний.
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Основные подходы к лечению. Коррекция диеты (детям, находящимся на грудном и на искусственном вскармливании).
8. Дайте определение синдрому младенческой руминации.

26. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 лет с жалобами на нерегулярный стул. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные на 39 неделе. Масса при рождении 3700 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/10. К груди приложен на первые сутки, на грудном вскармливании до 1 года 5 месяцев, прикормы введены по возрасту. В настоящее время в диете большое количество углеводистой пищи (макароны, печенье), ребенок не любит овощи и фрукты, кушает их нерегулярно, жидкость пьет мало. В весе прибывает достаточно. В 1,5 года ребенок начал посещать

ДДУ. Последние 2 месяца мама отмечает урежение частоты дефекации до 2-3 раз в неделю, сопровождающейся болевым синдромом, с последующим отхождением плотного стула в большом количестве.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 25 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 118 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул последний раз 3 дня назад.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV.
2. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста?
5. Какова нормальная частота дефекации у детей раннего возраста?
6. Назовите наиболее частые причины формирования функциональных запоров у детей раннего возраста.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз функционального запора?
8. Современный подход к коррекции функционального запора - особенности режима дефекации, образа жизни, диетологической коррекции, медикаментозное лечение.

27. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

К участковому педиатру обратилась мама с ребенком в возрасте 2,5 месяца. Из анамнеза известно, что девочка от молодых здоровых родителей. Беременность вторая, протекала с легким гестозом в 1 триместре, угрозой прерывания на 14-15 неделе; роды срочные путем Кесарева сечения. Масса при рождении 3230 г, длина 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8. К груди приложена в родовом зале, *на грудном вскармливании до настоящего времени*. За месяц в весе прибывла на 800 г. В течение месяца беспокоят эпизоды раздраженности, возбуждения, плача, имеющие тенденцию к нарастанию, характеризующиеся внезапным началом и тенденцией к усилению в вечерние и ночные часы. Подобные эпизоды продолжаются 3 – 4 часа в сутки, практически каждый день.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Не беспокоится. Улыбается. Ребенок правильного телосложения, умеренного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Большой родничок 1,5x1,5 см. выполнен, не выбухает. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 128 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 1,5 см, мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул практически после каждого кормления, желтый, кашицей.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV. Что такое правило «трех»?

3. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
4. Каковы основные причины функциональных нарушений пищеварения у детей раннего возраста.
5. Дайте определение младенческим кишечным коликам.
6. Современный взгляд на причины формирования колик.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
8. Современный подход к коррекции колик (поведенческий компонент; диетическая коррекция – детям находящимся на грудном вскармливании, подход к выбору смеси детям на искусственном вскармливании; фармакологическая коррекция – группы препаратов).

28. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик от молодых здоровых родителей. Беременность первая, протекала без особенностей. Роды срочные, самостоятельные. Масса при рождении 3330 г, длина 52 см. Оценка по шкале Апгар 9/9. К груди приложен в родовом зале, на грудном вскармливании до 1 месяца, далее в связи с гипогалактией на смешанном вскармливании (докорм «НАН 1»). В весе прибывает достаточно.

До 3 недель жалоб не предъявляла. С 3 недельного возраста появились срыгивания 2-3 раза в сутки, небольшими объемами (1-2мл), без патологических примесей. Респираторных нарушений нет. Аппетит удовлетворительный. Весовые прибавки – за 1 месяц – 800г, за 2 месяц – 900г.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Не беспокоится. Улыбается, гулит. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Большой родничок 1,5x1,5 см. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 28 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 120 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Стул 2-3 раза в день, желтый, кашицей.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV.
3. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
4. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
5. Анатомо-физиологические особенности верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
6. Опишите симптомы тревоги при синдроме срыгиваний.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
8. Основные подходы к лечению. Коррекция диеты (детям, находящимся на грудном и на искусственном вскармливании).

29. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

На приеме у педиатра мама с ребенком в возрасте 2 г 10 месяцев с жалобами на нерегулярный стул. Из анамнеза известно, что девочка от молодых здоровых родителей. Беременность вторая, протекала на фоне анемии легкой степени тяжести в первом триместре. Роды срочные, путем Кесарева сечения. Масса при рождении 3300 г, длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. К груди приложена на первые сутки, на грудном вскармливании до 1 года 5 месяцев, прикормы введены по возрасту. В настоящее время в диете большое количество углеводистой пищи (макарон, печенье), девочка не любит овощи и фрукты, кушает их нерегулярно, жидкость пьет

мало. В весе прибывает достаточно. С 2,5 лет ребенок начал посещать ДООУ. Последние 3 месяца мама отмечает урежение частоты дефекации до 2-3 раз в неделю, сопровождающейся болевым синдромом, с последующим отхождением плотного стула в большом количестве.

Объективно: При осмотре состояние ребенка удовлетворительное. Самочувствие не нарушено. Ребенок правильного телосложения, достаточного питания. Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно. Костная система без видимых деформаций. Кожные покровы, видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет, ЧД - 25 в 1 минуту. Тоны сердца ясные, пульс 118 уд/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируется. Стул последний раз 3 дня назад.

Задание.

1. Диагноз и его обоснование.
2. Критерии диагностики данной патологии согласно Римским критериям IV
3. Дайте определение функциональным нарушениям пищеварения.
4. Классификация функциональных нарушений пищеварения у новорожденных и детей раннего возраста.
5. Какова нормальная частота дефекации у детей раннего возраста?
6. Назовите наиболее частые причины формирования функциональных запоров у детей раннего возраста.
7. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз функционального запора?
8. Современный подход к коррекции функционального запора - особенности режима дефекации, образа жизни, диетологической коррекции, медикаментозное лечение.

«ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ МАЛАБСОРБЦИИ».

30. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На амбулаторном приеме девочка 7 месяцев. Жалобы мамы на снижение аппетита, вялость, частый жидкий стул.

Из анамнеза: ребёнок от I беременности на фоне анемии, физиологических срочных родов, родилась с массой тела 3200 г, ростом - 51 см. На искусственном вскармливании с 2 мес. Первый прикорм введен в 4 месяца – овсяная каша. В настоящее время: прием пищи 5 раз в сутки, ежедневно получает молочную адаптированную смесь, овощное пюре, каши, творог.

Приблизительно месяц назад появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, обильный со слизью, без повышения температуры. По назначению врача в течение 2 недель получала со сменой антибактериальные препараты (энтерофурил, ампициллин), смекту, бифидумбактерин без эффекта. Объективно: состояние средней тяжести. Девочка вялая, капризная. Масса тела – 7300 г, рост – 69 см. Кожные покровы бледные, чистые, сухие, трещины в углах рта. Конечности худые. Подкожно-жировая клетчатка на животе – 1,0 см, тургор умеренно снижен. В лёгких – дыхание пуэрильное. ЧД - 32 ударов в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, короткий, «дующего» тембра, систолический шум на верхушке, ослабевающий в вертикальном положении. Язык «географический», у корня обложен налётом. Живот увеличен в объёме, мягкий, при пальпации отмечается урчание. Печень на 2 см ниже края ребра, селезёнка не пальпируется. Стул до 6 раз в сутки, светло-жёлтого цвета, обильный, жидкий, пенистый со слизью. Мочеиспускание не нарушено.

В общем анализе крови: Нв - 92 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}$ /л, Ц. п. - 0,75, лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные- 4%, сегментоядерные - 30%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 58%, моноциты - 6%, СОЭ - 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет - светло-жёлтый, удельный вес - 1012, белок - нет, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок - 62 г/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, АлТ - 21 Ед/л, АсТ - 19 Ед/л, сывороточное железо – 6,3 ммоль/л, ферритин – 15 мкг/л.

Серологическое исследование на тканевую трансглутаминазу: Анти IgA – 38 АУ/мл; Анти IgG – 10 АУ/мл.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте выставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
4. Какое лечение необходимо назначить?
5. Какова продолжительность и схема диспансерного наблюдения на участке

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Основной: Целиакия, типичная форма, активный период. Осложнения: Белково-энергетическая недостаточность I степени. Железодефицитная анемия I степени.
2. Диагноз «целиакия» выставлен на основании жалоб на снижение аппетита, частый жидкий стул, данных анамнеза (появление диареи в 6 месяцев через 2 месяца после введения злаковых продуктов в питание, диарейный синдром без температуры, неэффективность антимикробной терапии), данных клинического осмотра (живот увеличен в объёме, при пальпации отмечается урчание, стул до 6 раз в сутки, обильный, жидкий, пенистый, со слизью, снижение тургора тканей), данных лабораторного исследования (обнаружение в крови антител к тканевой трансглутаминазе).

Диагноз «железодефицитная анемия» выставлен на основании жалоб (снижение аппетита, вялость), данных анамнеза (ребёнок от беременности на фоне анемии, на искусственном вскармливании с 2 мес.), данных объективного осмотра (вялая, капризная, наличие сидеропенического синдрома: кожа бледная, сухая, трещины в углах рта, язык «географический», функциональный систолический шум), лабораторных данных (снижение гемоглобина, цветового показателя, снижение сывороточного железа и ферритина).

Диагноз «белково-энергетическая недостаточность» выставлен на основании дефицита массы тела 12%.

3. Для подтверждения целиакии до назначения лечебной диеты ребёнку необходимо дополнительно провести:

- определение общего уровня IgA;
- определение уровня IgA и IgG к глиадину;
- определение антител к эндомизию и ретикулину;
 - генетическое типирование при невозможности генетического типирования;
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС);
- морфологическое исследование биоптатов из луковицы и нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

Вспомогательные методы:

- копрограмма;
- УЗИ внутренних органов.

4. Лечение целиакии и белково-энергетической недостаточности:

- увеличить число кормлений до 6 раз в сутки, скорректировав разовый объём пищи;
- исключить из питания продукты, содержащие глютен (рожь, пшеницу, ячмень, овёс);
- использовать только аглютеновые каши (рис, гречка, кукуруза);
- назначить микрокапсулированные ферментные препараты на 2-3 недели;
- с целью коррекции дисбиоза кишечника назначить препараты бифидо- и лактобактерий.

Лечение железодефицитной анемии:

- ввести в питание ребёнка мясное пюре;
- назначить препараты железа из расчёта 5-8 мг/кг (элементарного железа) в сутки в 3 приёма;
- после нормализации Нв – уменьшить дозу препарата железа на 50% и продолжить приём до нормализации уровня ферритина.

5. Продолжительность наблюдения по целиакии – пожизненно. Кратность наблюдения врача-гастроэнтеролога: в течение первых двух лет - 2 раза в год, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

Обследование в ходе диспансерного наблюдения: опрос, осмотр, измерение роста и массы.

Дополнительные методы исследования:

- копрограмма;
- клиническое исследование крови;
- биохимическое исследование крови (общий белок, печёночные пробы, глюкоза, кальций, фосфор, железо, холестерин, триглицериды);
- УЗИ органов пищеварения и щитовидной железы, у девочек старше 12 лет - УЗИ органов малого таза, денситометрия поясничного отдела позвоночника;
- серологическое (IgG, IgA, анти-ТТГ, АГА) - 1 раз в год;
- через год и при ухудшении - ЭГДС с биопсией.

31. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приёме врача-педиатра участкового мама с мальчиком 1 года, с жалобами на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, отсутствие аппетита.

Из анамнеза заболевания: в 6 месяцев ребёнок стал получать в прикорм овсяную кашу. С 7 месяцев перестал прибавлять в массе, стал бледным, исчез аппетит, увеличился в объёме живот.

Из анамнеза жизни: от второй беременности, первых самостоятельных срочных родов, масса при рождении 3200 г. С 2 месяцев переведён на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

Наследственность: у папы псориаз, у бабушки по линии матери сахарный диабет I типа.

Объективно: состояние средней тяжести. Негативен, плаксив, бледен. Самостоятельно не сидит, не стоит. Отёков нет. Рост 72 см, вес тела – 8,2 кг. Большой родничок 1,0×1,5 см, не напряжен. Кожа сухая, бледная. Саливация снижена. Зев розовый. Зубная формула: 1/2. Снижен тургор тканей, исчезновение подкожно-жирового слоя, мышечная гипотония. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧДД 35 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту, АД – 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, урчит по ходу восходящего и нисходящего отделов толстой кишки. Печень + 1,0 см из-под края рёберной дуги, край ровный, безболезненный, эластической консистенции. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

ОАК (общий анализ крови): WBC–5,6×10⁹/л, RBC–3,2×10¹²/л, HGB–82 г/л, HCT–32 %, MCV–69,0мкм³, MCH – 22,0 пг, MCHC – 319,0 г/л, RDW –18,6 %, PLT – 340,0×10⁹/л, NEU-30 %, LYM- 60 %, MONO- 8 %, EOS- 2 %, СОЭ – 2 мм/час.

ОАМ (общий анализ мочи): относительная плотность - 1010, реакция - слабокислая, белок - отрицательный, сахар - отрицательный, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эритроциты - 0, эпителий- плоский 0-1-3 в поле зрения.

Копрограмма: консистенция – кал жидкий, с резким запахом; жирные кислоты +++++, мыла +, перевариваемая клетчатка ++, йодофильные бактерии +++, слизь ++.

УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства: органы без патологии. Выраженный метеоризм.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Тактика врача-педиатра участкового в данной клинической ситуации.
4. Укажите принципы диеты данного заболевания, запрещённые и разрешённые злаковые продукты.
5. Укажите кратность диспансерного наблюдения за ребёнком после выписки из стационара. Какова тактика врача-педиатра участкового по дальнейшему наблюдению ребёнка на педиатрическом участке?

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2

1. Целиакия, симптомная (типичная) форма, активный период (клиническая)
2. Диагноз «целиакия» установлен на основании:

жалоб родителей на отсутствие прибавки в массе, обильный зловонный с жирным блеском стул, увеличение размеров живота, анорексию, данных анамнеза (появление симптомов связано с введением в рацион глютенсодержащих продуктов - овсяной каши), наличия клинико-лабораторных проявлений: дефицит массы, анемический синдром, стеаторея 2 типа, метеоризм.

3. Госпитализация в стационар гастроэнтерологического или педиатрического профиля.

4. Аглиадиновая диета (строгая, пожизненная). Исключаются рожь, пшеница, овес, ячмень и продукты, их содержащие. Разрешаются рис, кукуруза, гречка, пшено.

5. 1) Врач-педиатр участковый должен направить ребёнка к врачу-гастроэнтерологу для дальнейшего наблюдения.

2) Стандарт наблюдения на педиатрическом участке: комплексная оценка здоровья, определение сроков вакцинации осуществляет врач-педиатр участковый. После установления диагноза в течение первых двух лет ребёнок осматривается – 1 раз в 6 месяцев, с 3 года наблюдения при условии установления стойкой ремиссии и регулярных достаточных весоростовых прибавок – 1 раз в год.

32. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с ребёнком 4 месяцев на приёме у врача-педиатра участкового по поводу выраженных приступов кишечной колики, срыгиваний после каждого кормления.

Из анамнеза заболевания: у ребёнка с рождения отмечается частый водянистый пенистый стул с кислым запахом, примесью слизи и зелени, периодически беспокоят приступы кишечной колики, которые в последнее время носят интенсивный характер, участились срыгивания, возникающие после каждого кормления.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекающей с угрозой прерывания в 12 недель, гестоз второй половины беременности. Роды первые, срочные в 39 недель, масса тела при рождении – 3900 г, длина – 54 см. Период новорождённости протекал без особенностей, осмотрен врачом-неврологом – поставлен диагноз «перинатальное поражение центральной нервной системы (ЦНС)», выписан на 4 сутки. С рождения находится на искусственном вскармливании, получает смесь «Малютка 1».

Проживают в сельской местности, у врача-педиатра участкового ранее не наблюдался, не привит.

Объективно: масса тела – 5060 г, длина – 57 см, температура тела – 36,6 °С, ЧСС – 120 ударов в минуту, ЧД – 36 в минуту. Состояние средней тяжести, двигательная активность сохранена.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые, влажные. Дыхание через нос свободное, периферические лимфатические узлы не увеличены. Над лёгкими перкуторно – лёгочной звук, аускультативно – пуэрильное дыхание. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке выслушивается негрубый систолический шум. Живот округлой формы, вздут, при пальпации «урчание» по ходу кишечника. Стул сегодня 2 раза жидкий, пенистый с кислым запахом. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Какие рекомендации по питанию нужно дать этому ребёнку?
5. Медикаментозная коррекция выявленного заболевания.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3

1. Лактазная недостаточность.

2. Диагноз «лактазная недостаточность» поставлен на основании:

- жалоб на приступы кишечной колики, срыгивания после каждого кормления, наличие жидкого, пенистого стула;

- данных анамнеза заболевания – ребёнок с рождения получает адаптированную молочную смесь Малютка1, в то же время появляются жалобы на водянистый, пенистый стул с кислым запахом,

примесью слизи и зелени, беспокоят приступами кишечной колики, которые носят интенсивный характер, срыгивания, возникающие после каждого кормления, данных объективного осмотра на фоне отсутствия признаков интоксикации отмечается вздутие живота, при пальпации «урчание» по ходу кишечника.

3. Для диагностики лактазной недостаточности необходимо следующее обследование – копроскопия (копрограмма) с определением рН кала, либо определение общего содержания углеводов в кале (инвазивная методика), либо нагрузочный тест с лактозой, либо водородный тест. Учитывая что ребёнок не наблюдается врачом-педиатром с рождения – показано обследование ребёнка по приказу 1346н: ОАК, ОАМ, УЗИ внутренних органов, ЭХОКГ, осмотр врача-невролога, врача-детского хирурга, врача-офтальмолога, врача-ортопеда, врача-педиатра.

4. Учитывая, что ребёнок находится на искусственном вскармливании следует назначить лечебную смесь с таким количеством лактозы, которое переносит пациент. Начинаем с низколактозных смесей (Нестожен низколактозный, Нутрилон низколактозный, Хумана-ЛП), которую вводят постепенно, заменяя предшествующую смесь. Если на полном объёме низколактозной смеси сохраняется клиника, тогда меняем её на безлактозную смесь (НАН безлактозный, Нутрилак безлактозный, Энфамил лактофри).

Ведение прикорма происходит в те же сроки, что и для здоровых детей, но их готовят не на молоке, а на низко- или безлактозной смеси, которую получает ребёнок. Не используют молочные продукты (молоко, кисломолочные продукты), либо применяют их вместе с назначением лактазы.

При невозможности кормить ребёнка лечебной смесью допускается кормления адаптированной смесью параллельно назначив медицинскую коррекцию лактазной недостаточности.

5. Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственно вскармливанию, поэтому дети на грудном вскармливании должны получать фермент – лактаза (Лактаза Бэби, Лактозар для детей) 700 ед - 1 капсула, дозировка 1 капсулу (на 100,0 мл молока) разводят в предварительно сцеженное молоко 20,0 мл, данную смесь выпаивают из ложки, продолжают кормление грудью. Лактазу необходимо применять абсолютно в каждое кормление.

33. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И СФОРМУЛИРУЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Мать с ребенком 10 месяцев пришла на осмотр врачом-педиатром участковым. В последние 4 дня мать отмечает беспокойство ребёнка, особенно в ночное время, повышенное газообразование, вздутие живота, слизь в кале. Отмечается задержка стула в течение 3 дней.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II срочных родов, рос и развивался соответственно возрасту. Уже получает все необходимые продукты прикорма и молочную смесь, поскольку у матери с 5 месяцев нет грудного молока. До пятого месяца стул был 4-5 раз в сутки, кашицеобразный без патологических примесей. С момента введения в рацион молочной смеси стул 1 раз в 2-3 дня, оформленный, салатового цвета, периодически со слизью. В 7 месяцев ребенок перенёс острую кишечную инфекцию, со слов матери, «в лёгкой форме», к врачу с жалобами не обращались, лечение не получали.

При осмотре на приёме общее состояние удовлетворительное, ребёнок активен. Физическое и нервно-психическое развитие соответствуют возрасту. Кожа и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета. ЧСС 118 ударов в минуту, ЧД 27 в минуту. Живот умеренно вздут, при пальпации урчит. Край печени выступает из-под рёберной дуги на 2,5 см, без болезненной реакции на пальпацию, эластичный. Пальпируется край селезёнки. Мочеиспускание не нарушено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте необходимость в дополнительных лабораторных и инструментальных методах исследования ребёнка.

2. Необходимо ли провести коррекцию питания ребёнка с учётом жалоб? Определите объём суточного кормления, режим кормления и объём разового кормления ребёнка в 10 месяцев.
3. Составьте меню на 1 день.
4. Приведите эмпирические формулы для первичной оценки значений длины и массы тела здорового ребёнка первого года жизни.
5. Укажите ведущие линии нервно-психического развития ребёнка в 10 мес.

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4

1. Предположительный диагноз «функциональные нарушения кишечника. Вторичная лактазная недостаточность».

Необходимо проведение общего анализа крови, общего анализа мочи, копрологическое исследование, кал на яйца гельминтов, кал на дисбактериоз, УЗИ абдоминальное, определение лактозы в кале.

Рекомендуется консультация гастроэнтеролога.

2. Учитывая жалобы мамы, при нормальных значениях массы тела ребёнка в соответствии с возрастом 10 месяцев, объём суточного кормления следует сохранить, ввести в рацион адаптированную молочную смесь, обогащённую бифидо- и лактобактериями, назначить безмолочные каши. Для стимуляции моторики кишечника и улучшения отхождения газов и стула следует временно отказаться от соков и пюре из яблок, банана и винограда, картофельного пюре, употребление которых усиливает метеоризм.

1. Объём суточного кормления – 1000 мл.
2. Режим кормления – 5 раз через 4 часа с 8 часовым ночным перерывом.
3. Объём разового кормления – 200 мл.
3. 6.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл;

10.00 – 10 % безмолочная каша 150 мл;
сливовое пюре 50 мл молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;
14.00 – кабачковое пюре 120 мл;
паровая котлета 30 гр;
желток 1/2 шт.;
персиковый сок 50 мл;
молочная смесь адаптированная формула 2 – 50 мл;
18.00 – смесь кисломолочная 165 мл;
детское печенье 5 гр.;
детский творожок 30 гр.;
молочная смесь адаптированная формула 2 – 35 мл;
22.00 – молочная смесь адаптированная формула 2 – 200 мл.

4. Рост детей первых 6 мес. (см):

Рост при рождении + 3n, где n – число месяцев жизни.

Рост детей 7-12 мес. жизни (см):

$64 + n$, где n – число месяцев жизни (граница допустимых колебаний ± 4 см)

Масса детей первого года жизни:

8200 (8400) – масса тела ребёнка 6 мес.; на каждый недостающий месяц вычесть 800 г, на каждый последующий месяц прибавить 400 гр

то есть для первых 6 мес.: масса тела при рождении + 800n,

для детей 7-12 мес.: $5800 \text{ г} (6000 \text{ г}) + 400n$, где n – возраст в месяцах.

Граница допустимых колебаний в 3-6 мес. – 1000 г, в 7-12 мес. – 1500 г.

5. До – влезает и входит на невысокую поверхность и затем спускается оттуда.

Др – открывает, закрывает, вынимает, вкладывает.

Ра – подражает взрослым, повторяя за ними слоги, которых ещё не было в его лепете.

Рп – знает название частей тела, даёт предмет по просьбе.

Н – закрепляются умения 9 месяца: пьёт из чашки с поддержкой, спокойно относится к высаживанию на горшок.

34. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

Профилактический осмотр в детской поликлинике ребенка в 1 месяц. Мать кормит ребёнка грудью, жалуется, что в последние дни ребёнок стал беспокойным, часто плачет, плохо спит, во время кормления бросает сосать, кричит. Стул водянистый, с кислым запахом, пенистый. Во время кормления у ребенка урчит в животе. Ребёнок не температурит. Контакт с инфекционными больными мать исключает.

При объективном обследовании живот вздут, при пальпации урчит, ребёнок реагирует на осмотр негативно. Обращает внимание покраснение перианальной области.

Перинатальный анамнез: ребенок недоношенный, 37 недель; оценка по шкале Апгар 6/8 баллов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Какие простые методы исследования на начальном этапе позволят подтвердить предварительный диагноз?. Опишите ожидаемые результаты.
4. Сформулируйте рекомендации по лечению.
- 5.. Какие рекомендации необходимо дать маме по ее питанию?

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5

1. Первичная транзиторная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен по следующим основаниям:

Ребёнок относится к группе риска по развитию транзиторной лактазной недостаточности: недоношенность, интранатальная асфиксия.

Дебют заболевания в 1 месяц (период накопления лактозы в грудном молоке).

Приступы кишечной колики и метеоризма, связанные с кормлением. Разжиженный пенистый стул с кислым запахом. Перианальный дерматит (раздражающее действие органических кислот стула).

3. Копрограмма: кислая реакция кала (<5,5).

35. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Основная часть

На приёме повторно мама с девочкой 3 недель с жалобами на жидкий стул с кислым запахом, снижение темпов прибавки массы тела.

Из анамнеза заболевания: частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью, наблюдается с возраста 2 недель жизни. Бактериологический посев кала - отрицательный.

При дополнительном расспросе установлено, что отец ребёнка плохо переносит молоко.

Из анамнеза жизни: ребёнок от второй беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания, ОРВИ в 22 недели. Роды вторые, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 52 см оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На грудном вскармливании. Прививки по возрасту.

Аллергоанамнез неотягощён.

Объективно: состояние средней тяжести, масса тела 3500, длина 53 см. Эмоциональный тонус сохранен. Отеков нет. Большой родничок 1,0×1,0 см, не напряжен. Кожа бледная, чистая, умеренной влажности. Саливация сохранена. Снижен тургор тканей, умеренная мышечная гипотония. Подкожно-жировой слой умеренно снижен на животе. Периферические лимфатические

узлы не увеличены. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 40 в минуту. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот вздут, безболезненный при пальпации. Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускания безболезненные, диурез сохранен. Стул от 2 до 5 раз в сутки, жидкий, водянистый, с примесью слизи и кислым запахом. Наружные половые органы сформированы по женскому типу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Перечислите план и цель дополнительных методов исследования у пациента.
4. Какова Ваша тактика ведения пациента при сохранении грудного вскармливания? Дайте родителям подробные указания.
5. Укажите тактику вакцинопрофилактики у данного пациента с лактазной недостаточностью

ОТВЕТ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №6

1. Первичная лактазная недостаточность.
2. Диагноз установлен на основании: жалоб родителей на неустойчивый стул, отставание в физическом развитии; данных анамнеза (с первых дней жизни у ребёнка частый водянистый стул, иногда с пеной, слизью, зеленью; вскармливание до 2 месяцев грудное, затем в питание добавлена смесь «НАН», после чего стул улучшился; отец ребёнка плохо переносит молоко); наличия клинических проявлений синдрома мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности - дефицит массы тела 15%, анемический, диспепсический, умеренный миотонический синдром.
3. - Общий анализ крови (эритроциты, гемоглобин, лейкоциты, тромбоциты, СОЭ);
- биохимический анализ крови (о. белок, альбумин, глюкоза, показатели обмена железа);
- определение уровня экскреции углеводов с калом;
- копрологическое исследование;
- водородный дыхательный тест;
- анализа кала на микрофлору;
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;
- консультация врачом-генетиком.
4. 1) Лактазная недостаточность не является показанием для перевода ребёнка на искусственное вскармливание.
2) Обеспечение ферментации 100 мл молока (в каждое кормление грудным молоком): «Лактаза Бэби» (1 капсула = 7 мг = 700 ед. лактазы), «Лактазар»
3) сцедить 20-30 мл молока. Добавить в молоко фермент (от 1 до 4 капсул в зависимости от состояния ребенка, уровня углеводов в кале). Оставить молоко при комнатной температуре на 10 минут. Дать ребенку ферментированное молоко. Приложить ребенка к груди.
5. Вакцинация проводится согласно календарю прививок, но в периоде клинико-лабораторной ремиссии, или по эпидемическим показаниям.