

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.1 из 24

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Пропедевтика детских болезней»

Код дисциплины: PDB 3226

Название и шифр ускоренная ОП: 6B10115 «Медицина»

Объем учебных часов/кредитов: 150ч./5 кредитов

Курс и семестр изучения: 2 курс, 4 семестр

Объем лекции: 10

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силабусом) «Пропедевтика детских болезней» и обсужден на заседании кафедры.

Заведующий кафедрой:



PhD, асс.проф К.С.Кемельбеков

Протокол: № 2 от «25» 02 2025 г.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.3 из 24

№1

1.Тема: Периоды развития ребенка.

2.Цель: освоить периоды детского возраста, физического развития, схема истории болезни, принципы расспроса и общего осмотра детей разных возрастных групп.

3.Тезисы лекции:

Пропедевтика детских болезней (лат. *propaedeutica* – предварительно обучать, подготовительное обучение, введение в науку) – это базисные знания педиатрии, где рассматриваются возрастные особенности роста, развития, формирования всех систем детского организма; особенности методики осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации у детей; объем обследования больных при заболеваниях в детском возрасте; семиотика основных поражений различных систем и организма в целом; клиническая трактовка полученных данных общего и дополнительного обследования больных; принципы рационального питания детей и принципы здорового образа жизни. Изучение пропедевтики детских болезней опирается на такие дисциплины, как нормальная анатомия, физиология, гистология, биохимия, патологическая анатомия, патологическая физиология, гигиена, пропедевтика внутренних болезней. Как самостоятельная дисциплина пропедевтика детских болезней закладывает основы для изучения таких специальных профильных предметов, как факультетская педиатрия, госпитальная педиатрия, неонатология.

Ребенок постоянно растет и развивается на каждом возрастном этапе жизни, поэтому возникает определенная потребность выделить ряд периодов, или этапов, развития.

1. Период новорожденности, который делится на ранний неонатальный и поздний неонатальный периоды.

Ранний неонатальный период – это период от момента перевязки пуповины до окончания 7 суток жизни (168 ч). Этот период самый ответственный для адаптации ребенка к внеутробному существованию.

Существенными физиологическими изменениями в этот период являются начало легочного дыхания и функционирование малого круга кровообращения с перекрытием путей внутриутробной гемодинамики (артериального протока и овального отверстия), а также изменение энергетического обмена и терморегуляции. С этого момента начинается энтеральное питание ребенка. В периоде новорожденности все функции организма находятся в состоянии неустойчивого равновесия, адаптационные механизмы легко нарушаются, что существенно отражается на общем состоянии новорожденного и даже его выживании.

Поздний неонатальный период охватывает 21 день (с 8 по 28-й день жизни ребенка). Важнейшей характеристикой этого этапа являются интенсивное развитие анализаторов (прежде всего зрительного), начало развития координации движений, образование условных рефлексов, возникновение эмоционального, зрительного и тактильного контактов с матерью. Около трехнедельного возраста многие дети начинают отвечать на общение улыбкой и мимикой радости. Этот первый эмоциональный радостный контакт многие считают началом психической жизни ребенка.

2. Период грудного возраста. Он длится от 29-го дня жизни до года. В этот период основные этапы адаптации к внеутробной жизни уже завершены, механизм грудного вскармливания достаточно сформирован, происходит очень интенсивное физическое, нервно- психическое, моторное и интеллектуальное развитие ребенка.

3. Преддошкольный, или ясельный, период – от года до 3 лет. Он характеризуется некоторым снижением темпов физического развития детей и большей степенью зрелости основных физиологических систем. Интенсивно увеличивается мышечная масса, заканчивается прорезывание молочных зубов, стремительно расширяются двигательные возможности, интенсивно развиваются все анализаторы, совершенствуется речь, четко определяются индивидуальные черты характера и поведения.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.4 из 24

4. Дошкольный период – от 3 до 7 лет. В этот период идет дифференцировка строения различных внутренних органов, интенсивно развивается интеллект, улучшается память, совершенствуются координированные движения, формируются индивидуальные интересы и увлечения, увеличивается длина конечностей, постепенно выпадают молочные зубы, начинается рост постоянных зубов.

5. Младший школьный возраст – от 7 до 11 лет. В этом возрасте у детей происходит замена молочных зубов постоянными, улучшается память, повышается интеллект, формируются самостоятельность и волевые качества, расширяется круг интересов.

6. Старший школьный возраст – с 12 до 17–18 лет. Это самый трудный период психологического развития, формирования воли, сознательности, гражданственности, нравственности. Этот период характеризуется резким изменением функции эндокринных желез. Это период полового развития и пубертатного скачка роста.

Особенности сбора анамнеза у детей

Одно из врачебных качеств педиатра состоит в налаживании контакта с первых минут знакомства с ребенком и его родителями. При хорошем контакте с ребенком врачу быстро удастся получить ценные анамнестические данные о заболевании, поставить правильный диагноз и вовремя начать лечение. Как правило, основные анамнестические данные о болезни врач получает от родителей ребенка или его законных представителей

4.Иллюстративный материал: презентация с 45 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы:

1. Перечислите периоды детства.
2. Назовите разделы истории болезни (ИБ).
3. Назовите правила сбора анамнеза.

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.5 из 24

4. На какие две группы подразделяются жалобы больного при поступлении?
5. Дайте определение главным и второстепенным жалобам.
6. Перечислите правила проведения общего осмотра.
7. Перечислите последовательность проведения общего осмотра.
8. Что входит в понятие «антропометрические данные»? Как подсчитать индекс Кетле (индекс массы тела). Назовите нормальные показатели индекса Кетле, а также при ожирении различной степени.
9. Чем завершается «история развития основного заболевания»?

№2

1.Тема: Семиотика поражения нервной системы у детей.

2.Цель: освоить семиотику поражения нервной системы у детей разных возрастных групп.

3.Тезисы лекции:

Основные синдромы поражений нервной системы у детей раннего возраста

Задержка развития

- Доброкачественная не специфическая задержка психомоторного развития.
- Специфическая задержка психомоторного развития

Клинические синдромы острого и восстановительного периодов поражений ЦНС у новорожденных и детей раннего возраста

- Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
- Синдром угнетения.
- Судорожный (в т.ч. эпилептический) синдром.
- Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций.
- Синдром малой мозговой дисфункции
- Церебрастенический синдром.

Задержка развития.

Доброкачественная не специфическая задержка психомоторного развития

Запаздывание становления двигательных, психических и речевых функций на любом возрастном этапе без появления патологических синдромов.

Не связана с повреждением мозга. Легко поддается коррекции. С возрастом компенсируется при благоприятных условиях внешней среды без лечения.

Диагноз устанавливается при замедлении темпа созревания мозга без качественных изменений.

Выделяют тотальную (равномерную) доброкачественную неспецифическую задержку психомоторного развития, при которой выявляется равномерное отставание в развитие всех функций, и парциальную (неравномерную) доброкачественную неспецифическую задержку психомоторного развития, при которой выявляется отставание лишь одной или нескольких функций при сохранности остальных.

Период новорожденности

Отсутствие четкого рефлекса на время (кормления, сна).

Отсутствие реакции голода и насыщения.

Отсутствие или слабая выраженность ротового внимания.

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.6 из 24

Быстро истощающиеся, плохо выраженные безусловные рефлексы, возникающие после латентного периода или при многократном раздражающем воздействии.

В положении лежа на животе не приподнимает голову.

При осмотре у таких детей спонтанная двигательная активность достаточно выражена, преобладает флексорный гипертонус мышц, рефлексы симметричны и количество стигм дисэмбриогенеза не превышает 4-5 стигм.

Период от 1 до 3 месяцев жизни

Незначительное увеличение времени активного бодрствования ребенка.

Незначительная выраженность или отсутствие положительных эмоциональных реакций.

Кратковременная реакция сосредоточения с быстрым ее истощением.

Период от 3 до 6 месяцев жизни

Запаздывание становления цепных симметричных рефлексов (отсутствие поворотов со спины на живот и опоры на руки в положении на животе)

Период от 6 до 9 месяцев жизни

Отсутствие выраженной активности при общении с незначительным количеством жестов и игровых реакций.

Однообразный лепет без выраженной эмоциональной окраски.

Отсутствие захвата предметов 2-мя пальцами.

Отсутствие реакции на словесные команды.

Самостоятельно не садится, не делает попыток встать, плохо ползает.

Период от 9 до 12 месяцев жизни

Отсутствие общения при помощи лепетных слов.

Отсутствие интонационной окраски лепета.

Стоит с поддержкой, не ходит.

Начинает действовать по подражанию.

В каждый возрастной период возможно выпадение не всех, а отдельных элементов психомоторного развития в каждый возрастной период (ребенок что-то делает, а что-то не делает).

При благоприятных условиях внешней среды отставание ликвидируется в течение 1-2 возрастных периодов без назначения лечения.

Специфическая задержка психомоторного развития.

Нарушение становления двигательных, психических и речевых функций, связанная с повреждением мозговых структур, проявляющаяся патологическими синдромами и не компенсирующаяся самостоятельно.

Специфическая задержка психомоторного развития возникает в результате :

Дизэмбриогенетические нарушения с формированием пороков развития ЦНС.

Воздействие гипоксически- ишемических, травматических, инфекционных и токсических факторов.

Нарушение обмена веществ.

Наследственные болезни.

Вначале специфическая задержка психомоторного развития может быть парциальной, но в дальнейшем обычно развивается тотальная (генерализованная) задержка психомоторного развития с равномерным нарушением двигательных, психических и речевых функций, сопровождающаяся диспропорциональностью соматического развития..

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости

Усиление спонтанной двигательной активности

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.7 из 24

Беспокойный поверхностный сон
 Частый немотивированный плач
 Оживление безусловных рефлексов
 Мышечная дистония
 Повышение сухожильных рефлексов
 Тремор конечностей и подбородка
 В сроки от 4-6 месяцев до 1 года отмечается уменьшение клинических проявлений с формированием минимальной мозговой дисфункции, церебрастенического синдрома после 1 года жизни. В некоторых случаях возможно формирование эпилептического синдрома.

Гипертензионно-гидроцефальный синдром
 Увеличение размеров головы на 1-2 см. по сравнению с нормой
 Раскрытие швов свыше 0,5 см.
 Увеличение большого родничка свыше 3,0\3,0 см.
 Симптом Грефе, симптом “заходящего солнца”, сходящееся косоглазие и непостоянный горизонтальный нистагм
 Мышечная дистония
 Часто сочетается со вздрагиваниями, спонтанным рефлексом Моро, общим и локальным цианозом

Синдром угнетения
 Вялость, гиподинамия, снижение спонтанной двигательной активности
 Диффузная мышечная гипотония
 Диффузная гипорефлексия
 Угнетение безусловных рефлексов
 Снижение рефлексов сосания и глотания

Судорожный синдром
 Кратковременные, внезапно возникающие.
 Отсутствие закономерности повторения и зависимости от состояния ребенка (сон, бодрствование, кормление и пр.)
 Мелкоамплитудный тремор, кратковременная остановка дыхания, тонические спазмы взора, автоматические жевательные движения и пр.

Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций
 Появляется после 1-1,5 месяцев жизни
 Характеризуется упорными срыгиваниями, стойкой гипотрофией, нарушениями ритма дыхания и сердечной деятельности с развитием акроцианоза, нарушениями терморегуляции и дисфункцией ЖКТ. После 1 года жизни наблюдается формирование церебрастенического синдрома.

Синдром минимальной мозговой дисфункции.
 Выраженная двигательная расторможенность (суеживость и нарушение сосредоточения, эмоциональная лабильность)
 Выраженный инфантилизм
 Задержка формирования моторной речи при отсутствии выраженных нарушений психики (формирование фразовой речи к 2-3 годам и ограничение запаса слов до 3-4 лет)
 Негрубое поражение ЦНС, проявляющееся в виде рассеянной микроочаговой и локальной

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.8 из 24

симптоматики, умеренных дизартрических нарушений

Церебрастенический синдром

Полиформизм соматоневрологических нарушений

Диатез

Привычная рвота, беспокойный сон, эмоциональная лабильность

В возрасте 1,5-2 лет могут появляться ночные страхи

Неврозоподобный энурез

Проявление вегетативно-висцеральных дисфункций

Перинатальные поражения центральной нервной системы

Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) – собирательный диагноз, подразумевающий нарушение функции или структуры головного мозга различного происхождения, возникающее в перинатальный период.

К перинатальному периоду относятся антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды.

Антенатальный период начинается на 28 неделе внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта.

Интранатальный период включает в себя непосредственно сам акт родов от начала родовой деятельности до рождения ребенка.

Ранний неонатальный период соответствует первой неделе жизни ребенка и характеризуется процессами адаптации новорожденного к условиям внешней среды.

4.Иллюстративный материал: презентация с 45 слайдами

5.Литература:

Основная:

- Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
- Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
- Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
- Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
- Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

- Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
- Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.9 из 24

1. Какие клинические неврологические синдромы актуальны в детском возрасте?
2. Методы исследования неврологического статуса у детей.
3. Поражения ЦНС у новорожденных и детей первого года жизни.
4. Синдромы нарушения сознания, сна у детей
5. Синдром геморрагического и ишемического инсульта у детей разных возрастных групп.
6. Судорожный синдром (эпилепсия) клиническая картина и лабораторная диагностика
7. Менингеальный синдром (менингит), клиническая картина и лабораторная диагностика.
8. Оценка уровня нервно-психического развития ребенка соответственно возрасту, оценка сознания

№3

1.Тема: Методика исследования опорно – двигательного аппарата у детей.

2.Цель: освоить методику обследования опорно – двигательного аппарата у детей разных возрастных групп.

3.Тезисы лекции:

Методика исследования больных с патологией опорно – двигательного аппарата

Метод пальпации позволяет выявить боль, которая дает возможность определить локализацию при повреждениях, локальную гипертермию при воспалительных процессах, гипотермию при нарушениях периферического кровотока. Пальпаторно выявляют отек, флюктуацию, инфильтрацию, пульсацию крови в сосудах, смещаемость, втяжение кожи. Также возможно выявить наличие костных отломков под кожей, их патологическую подвижность, наличие в суставах патологического выпота и крепитацию. 24 Глава 2 Крепитация — звуковой феномен, который бывает следствием трения костных отломков при переломах, наличия газа в подкожной клетчатке при анаэробной инфекции или наличия воздуха в подкожной клетчатке при травме груди (напряженный клапанный пневмоторакс). Также крепитацию можно выявить при воспалительных и рубцовых изменениях сухожильных влагалищ, суставных сумок (при крепитирующих тендовагинитах, бурситах) и организующихся гематомах. Метод перкуссии обязателен при травмах грудной клетки и брюшной полости. Метод аускультации применяется у всех больных с целью оценки состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем, имеет большое значение при диагностировании повреждений груди и живота

Измерение длины конечностей — обязательный метод при осмотре любого пациента травматолого-ортопедического профиля. Можно определять изменение длины конечности, чаще всего укорочение, методом сравнения «на глаз»: осмотр согнутых в локтевых суставах верхних конечностей; осмотр согнутых в коленных и тазобедренных суставах нижних конечностей. Однако метод этот недостаточно точен и может дать результат лишь при явном несоответствии длины сегментов. Более точным является сравнительное измерение с помощью сантиметровой ленты. Такое измерение позволяет не только определить разницу в длине конечностей, но и зафиксировать ее в сантиметрах в истории болезни, а в дальнейшем определить и динамику изменений при адекватном лечении. Измерение длины конечностей осуществляют между опознавательными костными выступами и проводят у лежащего на жесткой кушетке пациента. Передние верхние ости подвздошных костей при этом должны располагаться на линии, перпендикулярной оси туловища, а руки и ноги вытянуты вдоль продольной оси. Если такое положение из-за ограничений движений придать не удастся, конечностям должно быть придано симметричное положение. Сантиметровая лента при этом должна быть натянута без провисания. Измерения проводят, сравнивая симметричный сегмент конечностей на уровне их верхней, средней и нижней трети на одинаковых расстояниях от выбранных ориентиров. Такими ориентирами могут служить на верхней конечности мыщелки плечевой кости, локтевой отросток, шиловидный отросток лучевой кости; на нижней конечности — передняя верхняя ость подвздошной кости, большой вертел бедренной кости, суставная щель коленного сустава, верхний и нижний полюсы Методы и особенности обследования в травматологии и ортопедии 25 надколенника, бугристость большеберцовой кости, наружная и внутренняя лодыжки. Ось верхней конечности проходит через акромиальный конец ключицы, центр головки плечевой кости, головки

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.10 из 24

лучевой и локтевой костей. В пронированном положении руки ось верхней конечности проходит через II палец кости, в супинированном положении руки ось верхней конечности проходит через IV палец. Во фронтальной плоскости ось нижней конечности, или линия Микулича, проходит через переднюю верхнюю ость подвздошной кости, внутренний край надколенника, I палец стопы. В сагиттальной плоскости ось нижней конечности, или линия Брюкке, проходит через середину большого вертела к наружной лодыжке.

4.Иллюстративный материал: презентация с 40 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Назовите особенности опорно – двигательного аппарата у детей.
2. Какие патологические изменения, выявляемые при общем осмотре ребенка с патологией опорно – двигательного аппарата сердечно-сосудистой систем?
3. Расскажите методику пальпации и перкуссии опорно – двигательного аппарата у детей.
4. Расскажите об инструментальные и лабораторные методы исследования при патологии опорно – двигательного аппарата.
5. Предрасполагающие факторы и причины, приводящие к развитию костно-мышечной системы у детей разных возрастных групп.
6. Клинические проявления нарушений костно-мышечной системы у детей.
7. Воспалительные и дистрофические заболевания опорно-двигательного аппарата у детей разных возрастных групп.
8. Рахит. Клиническая симптоматология, диагностика.
9. Артриты и артрозы. Клиническая симптоматология, диагностика.
10. Лабораторная и инструментальная диагностика костно-мышечной системы у детей разных возрастных групп.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.11 из 24

№ 4

1.Тема: Методика исследования дыхательной системы у детей

2.Цель: освоить методы физикального исследования органов дыхания у здоровых и больных детей. Правила и техника пальпации и перкуссии органов дыхания у детей.

3.Тезисы лекции:

Клиническое значение возрастных особенностей органов дыхания у детей.

В первые месяцы жизни у ребенка доминирует абдоминально- диафрагмальное дыхание, реберный тип выражен только в нижней трети грудной клетки и дыхание очень поверхностно, ибо грудная клетка находится в положении максимального вдоха. По мере того как ребенок научается сидеть и ходить, органы живота оттесняются вниз, развивается мускулатура, грудная клетка опускается книзу, появляется диафрагмально-грудное дыхание, а к 4–7 годам грудное дыхание уже превалирует и имеется возможность делать глубокие вдохи. У грудного ребенка дыхание учащено, составляет 46–32 в минуту, к 5 годам оно урывается до 30–26, а в период полового созревания до 20 в минуту. На одно дыхание у грудного ребенка приходится 3–4 пульсовых удара. Ритм дыхания неустойчивый, легко учащается от самых незначительных причин, что объясняется легкой возбудимостью дыхательного центра. Легкие отличаются первое время слабым развитием эластической ткани в окружности альвеол и сильным развитием васкулярной системы. Межуточная ткань развита сильнее и обильно васкуляризирована. Количество альвеол меньше, и они легко закупориваются слизью. Эти особенности обуславливают предрасположение грудных детей к ателектазам и гипостазами в задненижних отделах, а также к эмфиземам и интерстициальным процессам. Вместе с тем легкие детей менее воздушны и более полнокровны. Легкие непрерывно растут, но особенная энергия роста выявляется в период первых 3 месяцев жизни и в период полового созревания.

Пальпация

Ощупывание грудной клетки производится обеими руками, которые кладут ладонями на исследуемые участки груди симметрично с обеих сторон. Самостоятельное значение пальпация имеет для определения эластичности и резистентности грудной клетки. При этом производят исследование или прямым сдавливанием грудной клетки спереди назад или с боков, или толчкообразными движениями полусогнутых пальцев (большое сопротивление при экссудате в плевральной полости, при опухолях и сильном уплотнении легочной ткани). При пальпации можно выявить болезненность грудной клетки. Необходимо различать поверхностную болезненность, связанную с поверхностными тканями (поражение мышц, нервов, костей), и глубокую — плевральную.

Перкуссия

Различают перкуссию опосредованную и непосредственную. Перкуссия непосредственная производится выстукиванием согнутым пальцем, чаще средним и указательным, по ребрам грудной клетки или по методу Образцова — указательным пальцем правой руки при соскальзывании его со среднего (метод щелчка). При этом участвует чувство осязания в оценке сопротивления тканей. Этот метод перкуссии чаще всего применяется при исследовании детей раннего возраста. Опосредованная перкуссия — перкуссия пальцем по пальцу. В качестве плессиметра служит фаланга среднего пальца левой кисти, которая плотно прикладывается ладонной поверхностью к исследуемому месту. ПеркуSSIONные удары наносятся средним пальцем правой руки, полусогнутым, не соприкасающимся с остальными пальцами. Перкуссию следует производить слабыми ударами, так как вследствие эластичности детской грудной клетки и малых ее размеров перкуторные сотрясения слишком легко передаются на отдаленные участки, и поэтому при сильном постукивании тупой звук ограниченного места может быть совершенно заглушен ясным звуком здоровых соседних частей легкого. При перкуссии большое значение приобретает правильное положение больного (симметричное положение обеих половин грудной

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.12 из 24

клетки).

Топографическая перкуссия грудной клетки в тех областях, которые соответствуют расположению легких в норме, дает ясный (громкий), полный (длительный), довольно низкий и не тимпанический перкуторный звук. Этот звук отличается от того звука, который получается с соседних с легкими органов. При определении границ легких топографической перкуссией палец-пlessиметр располагается параллельно искомой границе (ребрам), а в межлопаточной области — параллельно позвоночнику. Верхняя граница легких у детей бывает различной в зависимости от возраста. У детей дошкольного возраста она не определяется, так как верхушки легких не выходят за ключицу.

4.Иллюстративный материал: презентация с 35 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы :

1. Типы дыхания у детей различного возраста.
2. Особенности осмотра грудной клетки у детей различного возраста. Патологические изменения, выявляемые при общем осмотре ребенка с патологией органов дыхания.
3. Методика пальпации грудной клетки.
4. Семиотика изменений, выявленных при пальпации. Причины ригидности грудной клетки, усиление и ослабление голосового дрожания.
5. Методика перкуссии грудной клетки у детей различного возраста.
6. Особенности сравнительной и топографической перкуссии легких у детей различного возраста.
7. Методика определения экскурсии легких, подвижности нижнего легочного края.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.13 из 24

1.Тема: Методика исследования ССС у детей

2.Цель: освоить методику расспроса и осмотра, пальпация и перкуссия больных детей разных возрастных групп с патологией сердечно - сосудистой системы.

3.Тезисы лекции:

Жалобы при заболеваниях сердца у детей нередко бывают на одышку, слабость, утомляемость, сердцебиение, боли в области сердца. Родители могут отметить появление синюшности и одышки, чаще при физической нагрузке. Для детей раннего возраста это наблюдается при крике, кормлении, у старших детей при подъеме по лестнице, беге и т. д. Необходимо выяснить, бывает ли одышка в ночное время. Очень важно выяснить у родителей грудного ребенка его поведение при кормлении. Страдающий пороком сердца, как правило, высасывает меньший объем молока за кормление, при сосании у него нередко появляются одышка и обильное потоотделение. Уставший после кормления ребенок быстро засыпает, однако через короткий промежуток времени, проголодавшись, просыпается. При развитии правожелудочковой недостаточности появляются жалобы на появление отеков. При патологии сердечно-сосудистой системы возможны жалобы, связанные с расстройствами центральной нервной системы: при декомпенсации сердечной деятельности вследствие венозного застоя в мозговых оболочках отмечаются бессонница, головные боли, иногда возбужденное состояние, бред, а при высоком АД острая головная боль, головокружение, шум в ушах, иногда тошнота, рвота.

Методика исследования сердечно-сосудистой системы у здоровых детей Исследование ССС у здоровых детей проводят по следующей схеме: исследование пульса, определение АД, осмотр области сердца и сосудов, пальпация, перкуссия, аускультация.

При помощи пальпации уточняются свойства верхушечного толчка. Для этого исследующий кладет ладонь правой руки на грудную клетку ребенка так, чтобы основание ладони было обращено к левому краю грудины, а пальцы, прикрывали область верхушечного толчка.

Определяются свойства верхушечного толчка: локализация, площадь, высота, сила.

Методика перкуссии сердца у детей не отличается от таковой у взрослых. Однако для детей раннего возраста из-за небольшой грудной клетки лучше использовать ее модификацию. Для этого при непосредственной перкуссии используют только один перкутирующий палец, постукивая мякотью кончика II или III пальца непосредственно по перкутируемому участку. При опосредованной перкуссии накладывают палец-плессиметр I фалангой и перкутируют по тыльной поверхности. Общие правила перкуссии: 1) перкуссия должна быть тихой или тишайшей; 2) палец-плессиметр располагается всегда параллельно искомой границе; 3) шаг пальца-плессиметра (величина перемещения его) должен быть небольшим, не превышать ширину пальца; 4) направление перкуторного удара строго спереди назад; 5) искомую перкуторную границу отмечают всегда по наружному (по отношению к перкуторному органу при движении от ясного звука к тупому) краю пальца-плессиметра; 6) при описании границ сердца сравнивают их с вертикальными линиями (среднеключичная, подмышечная, стеральная и т. д.). Наибольшее диагностическое значение имеет определение относительной сердечной тупости. При этом сначала определяют правую, затем левую и, наконец, верхнюю границу сердца. Для определения правой границы относительной тупости сердца палец-плессиметр ставят во 2-ое межреберье справа по среднеключичной линии параллельно нижней границе легких. Перемещая палец-плессиметр сверху вниз по ребрам, определяют нижнюю границу правого легкого. Затем палец-плессиметр переносят на одно межреберье выше, поворачивают его под прямым углом, параллельно определяемой границе сердечной тупости. Далее перкутируют по межреберью по направлению к сердцу до появления притупления перкуторного звука. Для определения левой границы относительной тупости сердца используют так называемую ортоперкуссию, то есть перкуссию строго в сагитальной плоскости. Перкуссию начинают от средней подмышечной линии в межреберье, где обнаружен верхушечный толчок. При этом палец-плессиметр прижимают к

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.14 из 24

грудной клетке лишь своей боковой поверхностью (на дуге перехода передней боковой поверхности в боковую), а перкутирующий палец наносит удар по пальцу строго в переднезаднем направлении. Для определения верхней границы относительной тупости сердца пальцеспессиметр ставят по левой парастернальной линии. Далее от первого межреберья спускаются вниз, передвигая палец последовательно по ребру и межреберью. Отметку границы сердца ведут по верхнему краю пальца. Данные перкуссии относительной сердечной тупости можно использовать для количественного измерения поперечника сердца у детей. Поперечник измеряют по сумме двух слагаемых. Первое слагаемое расстояние от середины грудины до правой границы сердца у детей до 1,5 лет чаще по III межреберью, у детей старше этого возраста по IV. Второе слагаемое расстояние от середины грудины до самой отстоящей точки левой границы у маленьких детей по IV межреберью, после 1,5 лет по V межреберью. Границы абсолютной сердечной тупости сердца у детей производят по тем же правилам, применяя тишайшую перкуссию в том же порядке правую, левую, а затем верхнюю.

4.Иллюстративный материал: презентация с 28 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Перечислите жалобы больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
2. Какие изменения можно выявить при осмотре области сердца?
3. Методика пальпации верхушечного толчка. Подробная характеристика верхушечного толчка. Каким отделом сердца образована верхушечный толчок? Его изменения при различной патологии.
4. Методика пальпация сердечного толчка. Назовите причины, приведшие к возможности обнаружения сердечного толчка.
5. Пальпация области магистральных сосудов.
6. Перкуссия какой силы используется при определении границ ОТС?

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.15 из 24

№ 6

1.Тема: Семиотика поражения CCC у детей

2.Цель: освоить основные синдромы поражения сердечно-сосудистой системы у детей.

3.Тезисы лекции:

Сердечная недостаточность (СН) – несостоятельность сердца обеспечивать кровообращение, которое отвечает метаболическим потребностям организма, или при котором имеет место невозможность перевести венозный прилив в адекватные сердечные выбросы, которые приводят к дефициту обеспечения органов и тканей кровью при наличии нормального или увеличенного венозного возвращения. Этот клинический синдром обусловлен снижением сократительной способности миокарда и ослаблением тонуса периферических сосудов при заболеваниях CCC и свидетельствует о состоянии декомпенсации в организме.

Выделяют клинические варианты сердечной недостаточности: левожелудочковая, правожелудочковая, аритмогенная, тотальная.

Основные симптомы: одышка, ощущение сжатия за грудиной, боль в сердце, резкая слабость, центральный цианоз, холодный пот, набухание шейных вен, увеличение печени, тахикардия, смещение границ относительной сердечной тупости вправо, ослабление тонов сердца, акцент II тона над легочной артерией.

Хроническая сердечная недостаточность у детей – клинко-патофизиологический синдром, который приводит к дисфункции желудочков сердца за счет перегрузки (объемом/давлением), в результате чего, происходят изменения гемодинамики, нейрогормональных систем и не обеспечиваются метаболические потребности тканей.

Клиника: жалобы- быстрая утомляемость, потливость, снижение аппетита, чувство нехватки воздуха, одышка (при физической нагрузке, затем в покое, усиливающуюся в горизонтальном положении), тахикардия, возможно брадикардия, нарушение сна (из-за одышки), снижение двигательной активности, кашель сухой/влажный (с отделением слизистой мокроты, чаще при физической нагрузке и в ночное время), кровохарканье и легочные кровотечения (редко).

При осмотре больного: положение ортопноэ (полусидячее, связанное с усилением одышки в горизонтальном положении), напряжение и раздувание крыльев носа, втяжение податливых мест грудной клетки (из-за участия в акте дыхания вспомогательной мускулатуры), тахипноэ, реже диспноэ (затруднение вдоха и удлинение выдоха вследствие ригидности легких), бледность кожных покровов, периферический цианоз, центральный цианоз (у пациентов с ВПС вследствие повышения давления в правых отделах сердца и сброса крови справа налево), набухание вен, особенно яремных.

При пальпации: сердечный горб, верхушечный толчок, напоминающий подкатывание шара под пальпирующие пальцы (наблюдается при значительной гипертрофии левого желудочка). **При перкуссии:** расширение границы относительной сердечной тупости влево. **При аускультации:** глухость сердечных тонов (за счет снижения сократительной способности миокарда), III протодиастолический тон (вследствие повышения давления в левых отделах сердца и снижения тонуса миокарда), IV пресистолический тон (вследствие повышения давления в левом предсердии становится слышна систола предсердий), акцент II тона над легочные артерии (характерен для легочной гипертензии), ритм галопа (так как третий и четвертый тоны на верхушке сердца нередко сливаются), шумы над областью сердца (чаще всего связанные с клапанной патологией или внутрисердечным шунтированием крови), влажные разнокалиберные хрипы в легких (сначала в нижнебоковых отделах легких и/или преимущественно слева из-за сдавления левого легкого увеличенным сердцем, затем над всей поверхностью легких).

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.16 из 24

Врожденные пороки сердца (ВПС) - внутриутробные аномалии развития сердца (в т. ч. его клапанов, перегородок) и крупных сосудов.

Критический порок сердца – ВПС, сопровождающийся развитием критического состояния.

Характерная особенность критических ВПС – отсутствие или слабая выраженность компенсаторных реакций. Если не проводится экстренная терапия (например, введение простагландинов) или не выполняется оперативная коррекция, ребенок погибает в течение 1-ых дней или недель жизни.

Клиническая классификация врожденных пороков сердца у новорожденных и грудных детей:

Анатомо-физиологическая классификация ВПС:

- ВПС с артериовенозным сбросом, бледного типа, сопровождающиеся перегрузкой малого круга кровообращения (ДМЖП, ДМПП, ОАП, АВСД);
- Пороки с веноартериальным сбросом – пороки синего типа (тетрада Фалло (ТФ), атрезия трикуспидального клапана (АТК));
- ВПС, сопровождающий обструкцией кровотоку (стеноз аортального клапана (САК), стеноз легочной артерии (СЛА), коарктация аорты).

У новорожденных и детей первого года жизни целесообразно выделять состояния, зависящие от функционирования фетальных коммуникаций – ВПС, при которых гемодинамика, обеспечение адекватного кровотока, оксигенация тканей возможны только при сохранении функционирующих фетальных коммуникаций (открытое овальное окно (ООО), ОАП, артериальный проток) [1,2,3]. При естественном закрытии указанных коммуникаций возникает критическая ситуация, которая реализуется либо через синдром прогрессирующей артериальной гипоксемии, либо через синдром сердечной недостаточности.

Для *синдрома перегрузки левых отделов* (при аортальном стенозе, коарктации аорты) присущ усиленный верхушечный толчок и смещение границ относительной сердечной тупости влево.

Синдром перегрузки правых отделов сердца (стеноз легочной артерии, ДМПП, тетрада Фалло, транспозиция магистральных сосудов) характеризуется пульсацией эпигастрального участка, усиленным сердечным толчком, увеличением правого желудочка и предсердия.

Синдром стеноза проявляется болями в области сердца, систолическим дрожанием, систолическим шумом определенной локализации, увеличением соответствующего желудочка.

Врожденные пороки сердца можно распределить на 3 группы: пороки со сбросом крови слева направо, пороки с венозно-артериальным сбросом и артериальной гипоксемией, пороки с препятствием кровотоку.

ДМЖП- определяется патологическим лево- правосторонним сбросом крови, увеличением кровотока через малый круг кровообращения, перегрузкой обоих желудочков.

ДМПП. При незначительном артериовенозном сбросе больные развиваются нормально. У 2/3 детей с этим пороком отмечаются повторные бронхолегочные заболевания.

Открытый артериальный проток (ОАП) – сосуд, который соединяет аорту и легочную артерию.

Тетрада Фалло – сужение легочной артерии, ДМЖП, декстропозиция аорты, гипертрофия правого желудочка. Прогноз определяется степенью стеноза легочной артерии. Транспозиция магистральных сосудов — характеризуется общим цианозом с рождения, имеет высокую летальность на 1 году, жизнь возможна при наличии компенсаторных шунтов – ОАП, ДМЖП, ДМПП. Увеличены правые отделы сердца. Может выслушиваться систолический шум при сопутствующем дефекте перегородки или стенозе легочной артерии.

Изолированный стеноз легочной артерии – встречается в 4 вариантах: клапанный, подклапанный, надклапанный, атрезия легочной артерии; возможна комбинация вариантов. Основная жалоба – одышка при физической нагрузке, может быть акроцианоз с малиновым оттенком.

4.Иллюстративный материал: презентация с 50 слайдами

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.17 из 24

5. Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

1. Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо, 2014
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
4. Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Основные симптомы сердечной недостаточности у детей.
2. Клинические проявления острой сердечной недостаточности
3. Расспрос и осмотр больного ребенка или родителя, заболеваний миокарда и сердечной недостаточности у детей разных возрастных групп.
4. Классификация сердечной недостаточности.
5. Признаки острой недостаточности кровообращения у детей разных возрастных групп.
6. Какие синдромы относятся к синдромам поражения сердечно-сосудистой системы?
7. Какие заболевания приводят к развитию синдрома сердечной недостаточности?
8. Синдром поражения клапанного аппарата сердца-определение понятия.
9. Синдром шлюза при ВПС и сосудов.
10. Сочетание митральной недостаточности и митрального стеноза, особенности гемодинамики.

№7

1. Тема: Семиотика поражения пищеварительной системы у детей

2. Цель: освоить основные синдромы и семиотика поражения пищеварительной системы у детей.

3. Тезисы лекции:

Основные синдромы поражения органов пищеварения:

Синдром острого живота. Этот симптомокомплекс возникает при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при которых требуется срочная медицинская (чаще хирургическая) помощь.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.18 из 24

Ведущим симптомом острого живота является боль в животе, которая может сопровождаться шоком, частой рвотой, задержкой стула и отхождения газов, реже поносом, меленой.

Положение больного обычно малоподвижное, часто в определенной позе (с приведенными ногами к животу). Живот втянут (реже вздут). Как правило, выражены симптомы интоксикации и обезвоживания. Пальпация живота резко болезненная, мышцы передней брюшной стенки напряжены, имеется симптом Щеткина—Блюмберга.

Острый гастроэнтероколит у детей наиболее часто является инфекционным (это коли-инфекция, пищевые токсикоинфекции, сальмонеллез, брюшной тиф, дизентерия и др.), реже возникает в связи с грубыми алиментарными погрешностями.

Клинически он проявляется рвотой (чаще повторной, реже однократной), поносом, синдромом токсикоза. У детей первого года жизни в связи с многократной рвотой и поносом происходит быстрое развитие синдрома дегидратации. Происходит быстрое снижение массы тела, развивается сухость кожи и слизистых оболочек.

Синдром мальабсорбции проявляется поносом с полифекацией, нарастающим истощением больного. Как правило, при осмотре обнаруживается увеличенный в объеме живота вследствие скопления пищевого химуса в просвете кишечника, метеоризма.

Чаще синдром мальабсорбции наблюдается при ферментопатиях (недостаточности лактозы, глютенa и др.), но может возникнуть после операций на кишечнике, при тяжелых формах панкреатита, болезни Крона.

Функциональная диспепсия – симптомокомплекс у детей старше одного года, включающий в себя боли, дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанные или не связанные с приемом пищи или физическими упражнениями, раннее насыщение, вздутие живота, тошноту, срыгивание, непереносимость жирной пищи и др., продолжительностью не менее 3 месяцев за последние 6 месяцев, при котором в процессе обследования не удастся выявить какое-либо органическое заболевание.

Физикальное обследование: обложенность языка, болезненность при пальпации в эпигастрии, в области пупка и пилорoduodenальной зоне, правом подреберье, левом подреберье, диспептические проявления, отсутствие симптомов «тревоги» (необъяснимая потеря массы тела, повторяющаяся рвота, прогрессирующая дисфагия, кровотечения из ЖКТ), синдром вегетативной дистонии (гипергидроз ладони и стоп, стойкий красный дермографизм, артериальная гипотензия).

Диагностика: биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, тимоловая проба, билирубин), неинвазивная диагностика H. Pylori, исследование кала на простейшие и гельминты, исследование кала (копрограмма), УЗИ органов брюшной полости, ФЭГДС.

4.Иллюстративный материал: презентация с 35 слайдами

5.Литература:

Основная:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.19 из 24

3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие синдромы относятся основные синдромы поражения органов пищеварения?
2. Синдром острого живота. Клиника.
3. Синдром мальабсорбции. Клиника.
4. Клинические проявления нарушения секреторной функции органов пищеварения.
5. Виды желтухи.
6. Лабораторные показатели желтухи
7. Клинические проявления гепатоспленомегалии у детей разных возрастных групп.
8. Лабораторные методы исследования синдром недостаточности печени.

№8

1.Тема: Методика исследования мочевыделительной системы

2.Цель: освоить основные синдромы поражения мочевыделительной системы у детей.

3.Тезисы лекции:

Основные синдромы поражения мочевыделительной системы:

Нефротический синдром — симптомокомплекс, к которому принадлежат протеинурия (более 8 г в сутки), гипопроteinемия, диспротеинемия, гипер-холестеринемия, выраженные отеки. Этот синдром характерен для нефрозе, нефритов.

Нефритический синдром — симптомокомплекс, к которому относятся умеренные отеки, гематурия, артериальная гипертензия. Характерный для нефритов.

Дизурических синдром — комплекс симптомов, которые свидетельствуют о патологическом характере акта мочеиспускания. Он объединяет такие симптомы:

- недержание мочи — выделение мочи без предварительного позыва к мочеиспусканию;
- энурез — выделение мочи без предварительного позыва к мочеиспусканию в ночное время;
- неудержание мочи — выделение мочи после предварительного императивного позыва к мочеиспусканию;
- странгурия — болезненность при мочеиспускании;
- ишурия (задержка мочи) — отсутствие мочи после позыва к мочеиспусканию при наличии мочи в полости мочевого пузыря;
- поллакиурия — учащение мочеиспусканий;
- олигурия — уменьшение диуреза (суточного количества мочи) до 20 — 80% от нормы;
- анурия — уменьшение диуреза до 6-7% от нормы;
- полиурия — увеличение диуреза в 1,5 раза от нормы;
- никтурия — преобладание количества выделяемой мочи в ночное время, за количеством выделяемой мочи днем.

Мочевой синдром — любые изменения качественного и количественного состава мочи, обнаруживаемых при лабораторном исследовании. Этот синдром представлен макрогематурией,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.20 из 24

микрогематурией, лейкоциттурией, бактериурией, протеинурия, цилиндрурия, кристаллурия, глюкозурия, кетонурия, изменениями pH мочи и другими проявлениями.

Протеинурия. В нормальной моче встречаются следы белка (до 0,033 г/л). При патологических состояниях происходит изменение клубочковой проницаемости, почка начинает выделять сывороточные белки (альбумины и глобулины). **Пиурия.** В норме при обычном микроскопическом исследовании в моче содержится не более 5–6 лейкоцитов у мальчиков и до 10 – у девочек. **Гематурия.** В норме при обычной микроскопии в моче могут встречаться единичные эритроциты в препарате. При исследовании по методу Аддиса–Каковского в сутки выделяется до 1 млн эритроцитов или до 1000 в мин (метод Амбурже). **Цилиндрурия.** Цилиндры при обычной микроскопии не определяются, но при исследовании в суточной моче выделяется до 2000 гиалиновых цилиндров.

Интоксикационный синдром — вялость, общая слабость, ослабление аппетита, возможно повышение температуры тела.

Болевой синдром — боль в животе, в поясничной, надлобковой участках.

Характерные симптомы болезней мочевыделительной системы: боли в области поясницы и внизу, живота, а также при мочеиспускании, отеки

нарушение мочеиспускания, повышение артериального давления, изменения в моче. **Острая почечная недостаточность** - острое, потенциально обратимое нарушение выделительной функции почек, проявляющееся быстро нарастающей азотемией и тяжелыми водно-электролитными нарушениями, развивающийся вследствие острой транзиторной или необратимой утраты гомеостатических функций почек, обусловленной гипоксией почечной ткани с последующим преимущественным повреждением канальцев и отеком интерстициальной ткани.

Диагностика: определение креатинина, мочевины, общего белка, калия, натрия, кальция, хлора, коагулограмма 1 (протромбиновое время, фибриноген, тромбиновое время, АЧТВ), КЩС, ОАМ, ИФА на маркеры вирусных гепатитов А, В, С, Д, Е, УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ультразвуковая доплерография сосудов почек у детей.

4.Иллюстративный материал: презентация с 35 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.21 из 24

педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.

4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие синдромы относятся к синдромам поражения мочевыделительной системы?
2. Нефротический и нефритический синдром. Лабораторные показатели.
3. Основные симптомы почечной недостаточности.
4. Мочевой синдром. Лабораторные показатели.

№ 9

1.Тема: Семиотика порождения крови и системы кроветворения

2.Цель: освоить основные синдромы при заболеваниях кроветворной системы у детей

3.Тезисы лекции:

Синдром анемии. Под анемией понимают снижение количества гемоглобина (менее 110 г/л) или числа эритроцитов (менее 4×10^{12} г/л). Клинически анемия проявляется различной степенью бледности кожи, слизистых оболочек.

Для анемического синдрома характерны следующие симптомы: снижение аппетита, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, плохая переносимость физических нагрузок, слабость, вялость, головокружение, раздражительность, обмороки, одышка, снижение работоспособности, снижение когнитивных функций, снижение качества жизни, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, изменение тонуса мышц в виде тенденции к гипотонии, гипотония мышц мочевого пузыря с развитием недержания мочи, расширение границ сердца, приглушенность сердечных тонов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца.

Клинические проявления ЖДА представляют совокупность двух синдромов: сидеропенического и анемического.

Для сидеропенического синдрома характерны следующие симптомы: изменения кожи: сухость, появление маленьких пигментных пятен цвета «кофе с молоком», изменения слизистых оболочек: «заеды» в углу рта, глоссит, атрофический гастрит и эзофагит, диспептические явления со стороны ЖКТ, изменения волос – раздваивание кончика, ломкость и выпадение вплоть до гнездной алопеции, изменения ногтей – поперечная исчерченность ногтей больших пальцев рук (в тяжелых случаях и ног), ломкость, расслаивание на пластинки, изменение обоняния – пристрастие больного к резким запахам лака, краски ацетона, выхлопных газов автомобиля, концентрированных духов, изменения вкуса – пристрастие больного к глине, мелу, сырому мясу, тесту, боли в икроножных мышцах.

Синдром гемолиза наблюдается при эритроцитопатиях, в основе которых лежит снижение активности ферментов в эритроцитах.

Синдромы лейкоцитоза и лейкопении выражаются как в увеличении лейкоцитов ($> 10 \times 10^9/\text{л}$ – лейкоцитоз), так и в их снижении ($< 5 \times 10^9/\text{л}$ – лейкопения).

Геморрагический синдром предполагает повышенную кровоточивость: кровотечения из слизистых оболочек носа, кровоизлияния в кожу и суставы, желудочно-кишечные кровотечения. При объективном исследовании необходимо определить тип кровоточивости. З.С. Баркаган (1988, 2005 гг.) выделяет пять типов кровоточивости:

1 Гематомный тип характеризуется появлением даже после очень небольших ушибов напряженных, крайне болезненных кровоизлияний в ткани, в полости суставов, под фасции и апоневрозы, в забрюшинное пространство и область живота. В детском возрасте первые проявления кровоточивости могут возникать при прорезывании зубов, парентеральном введении вакцин. 2 Микроциркуляторный (петехиально-пятнистый, синячковый) тип кровоточивости характеризуется легким появлением петехий (пятна на коже 1–2 мм, обусловленные капиллярным

ОНТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.22 из 24

кровоизлиянием) и практически безболезненных синяков (экхимозов) на коже конечностей и туловища, реже в области шеи и лица, а также склонностью к меноррагиям, носовым кровотечениям, гематурии. 3 Смешанный (микроциркуляторно-гематомный) тип. Преобладают микроциркуляторные геморрагии, но на них периодически наслаиваются кровоизлияния гематомного характера, обильные спонтанные и послеоперационные кровотечения. 4. Васкулитно-пурпурный тип кровоточивости характеризуется симметричными воспалительно-геморрагическими высыпаниями на коже конечностей и нижней части туловища. 5. Ангиоматозный тип кровоточивости обычно связан с генетически обусловленной или вторичной телеангиэктазией, при которой выявляются мелкие ангиомы в виде сосудистых узелков, петель, или «паучков» на различных участках кожи или губах, деснах, слизистой оболочке носа.

4.Иллюстративный материал: презентация с 30 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие синдромы относятся к синдромам поражения кроветворной системы у детей?
2. Гемаррагический синдром. Лабораторные показатели.
3. Анемический у детей.
4. Основные лабораторные показатели гематологических синдромов у детей.

№ 10

1.Тема: Методика исследования иммунной системы

2.Цель: освоить основные синдромы при заболеваниях иммунной системы у детей

3.Тезисы лекции:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.23 из 24

Этиологическая классификация лимфопролиферативных синдромов и заболеваний • Реактивные иммунолимфопролиферативные заболевания и синдромы: вирусные, бактериальные, паразитарные, при аутоиммунных заболеваниях • Злокачественные иммунолимфопролиферативные заболевания: неходжкинские лимфомы, лейкоэмические злокачественные пролиферации, злокачественные гранулематозные лимфомы; злокачественные гистиолимфопролиферации других типов • Пограничные ретикулолимфопролиферации: реактивная гигантофоликулярная лимфома, ангиоиммунобластома, саркоидоз, лимфома Беркитта, гранулематоз Вегенера, иммунолимфопролиферации при дисгаммаглобулинемиях • Ретикулогистиоцитозы дисметаболического генеза: болезнь Ниман-Пикка; гистиоцитоз Х; гемохроматоз

Общие признаки лимфопролиферативных заболеваний и синдромов

Разнообразная клиническая симптоматика, имеющая одну и ту же патофизиологическую основу.

- Локализованный или диффузный характер патологического процесса, протекающий с явлениями гиперреактивности или иммунологического дефицита.
- Сходство клинических проявлений в основе которых лежит пролиферация клеток лимфоидной ткани.

Общие клинические признаки лимфопролиферативных синдромов и заболеваний

- Проплиферация и (или) гипертрофия лимфоидной ткани и органов.
- Развитие компрессионных синдромов.
- Нарушения иммунной системы.

Общие лабораторные признаки характерные для лимфопролиферативных синдромов и заболеваний

Абсолютный лимфоцитоз в периферической крови;

Наличие атипичных лимфоцитов:

- широкоплазменные лимфоциты;
- «волосатые» лимфоциты;

Лимфоцитоз костного мозга:

- лимфоцитов более 30% в миелограмме;
- диффузная или очаговая метаплазия костного мозга (по данным трепанобиопсии);

4.Иллюстративный материал: презентация с 25 слайдами

5.Литература:

Основная:

1. Ахметова Н.Ш. Психопатологические особенности детского, подросткового и юношеского возраста : учебное пособие / Н. Ш. Ахметова. - 3-е изд. - Караганда : АҚНҰР, 2019. - 140 с
2. Исаева, Л. А. Детские болезни. 1 том] : учебник. - Алматы : Эверо, 2015.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 2 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015.
4. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015.
5. Исаева, Л. А. Детские болезни. 4 том: учебник - Алматы : Эверо, 2015

Дополнительная

1. Руководство участкового педиатра М. : ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
2. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы : Эверо, 2013.
3. Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей : рук. для

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Педиатрии 1»		38/11
Лекционный комплекс по дисциплине «Пропедевтика детских болезней»		Стр.24 из 24

педиатров. - 2-е изд. - Алматы :Эверо, 2013.

Электронные ресурсы

- 1.Руководство участкового педиатра М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014. - 528 с
- 2.Давлетгильдеева З.Г. Балалардағы жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылысы: оқу әдістемелік құрал.- Эверо,2014
- 3.Рахимова, К. В. Первичное звено здравоохранения: принципы диспансеризации детей: рук. для педиатров. - 2-е изд. - Алматы: Эверо, 2013.
- 4.Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях: руководство - Алматы. - Эверо, 2012

6.Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Какие синдромы относятся к синдромам поражения системы крови?
2. Основные лабораторные показатели анемического синдрома у детей
3. Синдром гемолиза. Лабораторные показатели.
4. Понятие о синдроме недостаточности костномозгового кроветворения у детей.