по дисциплине Поликлиническая и неотложная педиатрия для специальности 31.05.02 - Педиатрия (Очное, Высшее образование, 6.0)

Тема №20. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии сердечно-сосудистой системы у детей и подростков. Стандарт диспансерного наблюдения

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4763) | [http://krasgmu.ru/sys/images/ico_print.png](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=o_umkd_metod&metod_id=4763)

Право на изменение методички: [Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

[▲ Передать право](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_change_right&metod_id=4763&metod_type=0)

АВТОРЫ МЕТОДИЧКИ

[+ Автор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=df_user_search)[Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

[**Утверждено:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4763); Протокол № 0

[**Разновидность занятия:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4763)дискуссия

[**Методы обучения:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_method&metod_id=4763)объяснительно-иллюстративный [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4763&method_id=1), частично-поисковый (эвристический) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4763&method_id=4), исследовательский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4763&method_id=5)

[**Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4763)Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре хронической неинфекционной патологии, являясь одной из основных причин смертности населения раз-личных возрастных групп. Известно, что основное число неинфекционных заболеваний сердца у детей имеет функциональную природу, т.е. в основе их лежит изменение нейрогуморальной регуляции на фоне вегетативной дисфункции. Необходимость изучения этих заболеваний бес-спорна и очевидна.

ЗНАТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_structure&metod_id=4763)

УМЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4763&tl_level=1)

ВЛАДЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4763&tl_level=2)

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_eltech&metod_id=4763&tl_level=2)

Весы детские электронные [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41182)

Коллекция СD- DVD дисков, видео- и аудиоматериалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41187)

Комплект методических указаний для аудиторной, для самостоятельной работы студентов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41176)

Комплект раздаточных материалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41177)

Комплект фантомов и муляжей по отработке практических навыков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41181)

Методические пособия, разработанные сотрудниками кафедры; монографии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41178)

Методические разработки для преподавателя [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41179)

Набор нормативных документов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41180)

Персональные компьютеры [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41199)

Ростомер детский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41183)

Сантиметровые ленты [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41185)

Стетофонендоскоп [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41184)

Телевизор [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41201)

Экран [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4763&eltech_id=41200)

ХРОНОКАРТА

[Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=0)[Копировать из...](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_copy&metod_id=4763)[Загрузить из шаблона](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_template&metod_id=4763)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжительность (мин.) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23726) Организация занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23726) | 5.00 | Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23727) Формулировка темы и целей [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23727) | 5.00 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23728) Контроль исходного уровня знаний и умений[**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23728) | 20.00 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23729) Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23729) | 5.00 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности, амбулаторные карты детей с патологией ССС) |
| 5 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23730) Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя. Работа с номенклатурными документами. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23730) | 70.00 | Работа на педиатрическом участке, работа в регистратуре по отбору карт детей с патологией ССС. Анализ ведения медицинской документации на педиатрическом участке у детей с патологией ССС. Составление плана диспансерного наблюдения на участке данных детей. |
| 6 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23731) Итоговый контроль знаний (письменно или устно) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23731) | 45.00 | ситуационные задачи |
| 7 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4763&chrono_id=23732) Задание на дом (на следующее занятие) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23732) | 5.00 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |

АННОТАЦИЯ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_annotation&metod_id=4763)

**СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) представляет важнейшую проблему педиатрии вообще и детской кардиологии в частности. Синдром вегетативной дисфункции - состояние, определяемое нарушением вегетативной регуляции сердца, сосудов, внутренних органов, желез внутренней секреции, связанное с первичными или вторичными отклонениями в структуре и функции центральной и периферической нервной системы (Белоконь Н. А., Кубергер М.Б.; Вейн А. М. ).

СВД принадлежит к числу заболеваний, которые очень трудно установить по клиническим проявлениям. Многочисленные и разнообразные жалобы, предъяв- ляемые больными, неустойчивость вегетативных функций, лабильность АД являются основанием для постановки диагноза.

Обследование больных с, СВД требует времени в 2-3 раза больше, чем страдающего истинным органическим заболеванием сердца. Для подтверждения СВД необходимо провести клинические и биохимические анализы крови, анализы мочи и кала. Функциональные методы обследования включают в себя проведение ЭКГ, -5- ФКГ, тетраполярной грудной реографии, кардиоинтервалографии с клиноортостатической пробой, при показаниях проводятся лекарственные пробы. Кроме того, применяются ультразвуковые методы исследования сердца (ЭХО-КГ). Для подтверждения диагноза и установления характера СВД необходимо определить три основные характеристики вегетативной нервной системы: исходный вегетативный тонус (ИВТ), вегетативную реактивность (ВР), вегетативное обеспечение деятельности.

При наличии сопутствующих симптомов поражения ЖТК детям с СВД проводится специальное обследование, включающее в себя фиброгастроскопию, фракционное исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование и по показаниям - интрагастральная РН-метрия.

В случае если у детей есть жалобы на дизурические явления или отмечаются изменения анализов мочи - им проводится углубленное обследование: УЗИ почек и надпочечников, анализы мочи по Зимницкому, по Нечипоренко, посев мочи на флору, экскреторная в/в пиелография.

Для оценки состояния мозгового кровообращения используется реоэнцефалография. Обязательным методом исследования является краниография, спондилография. Для исключения внутричерепной гипертензии проводится ЭХО-ЭГ, ЭЭГ.

Все больные с синдромом СВД осматриваются узкими специалистами: окулист, невропатолог, эндокринолог, ЛОР, стоматолог, raстроэнтеролог, нефролог.

Сформулировав предварительный диагноз СВД в соответствии с принятыми в педиатрии критериями, врач педиатр должен определить для себя тактику дальнейшего отношения к пациенту в следующем аспекте:

1. Направить ли его в стационар - а) для более углубленного обследования; б) для лечения;
2. Не направлять его в стационар, обеспечив ему: а) лечение в амбулаторных условиях; б) последующую реабилитацию.

В истории развития ребенка (ф. 112) желательно иметь лист регистрации АД, где отклоняющиеся от норматива цифры должны быть особо выделены, а также вкладывается модифицированная таблица А. М. Вейна- Н. А. Белоконь) с определением ИВТ.

Основными показаниями для госпитализации больных с СВД являются: значительные отклонения от норматива уровня АД, стойкие и выраженные жалобы больного, снижение умственной и/или физической трудоспособности (учеба), наличие вегетативных пароксизмов и/или выраженных психоэмоциональных нарушений, необходимость более углубленного клинико - лабораторно- инструментального обследования или проведения медикаментозногo лечения (подбор препаратов и эффективной терапевтической дозы).

**Диспансеризация детей и подростков с СВД**

После выписки из стационара ребенок состоит на диспансерном учете по форме 30, как правило, у нескольких специалистов. Осмотр педиатра, кардиоревматолога и невропатолога не реже 2 раз в год. Консультации стоматолога 2 раза в год, ЛОР врача 1 раз в квартал. Осмотр узких специалистов (окулист, гастроэнтеролог, эндокринолог, нефролог и др.) по показаниям. При осмотрах обращается особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы (пульс, АД, проводятся ЭКГ, ЭКГ с функциональными пробами, КИГ-КОП). Лабораторный контроль 1 раз в год предусматривает общий анализ крови, мочи.

**РЕВМАТИЗМ**

Благодаря проведению широкого комплекса социальных и медицинских мероприятий в нашей стране ревматизм стал встречаться в последние годы несколько реже, в среднем частота встречаемости не превышает 2,2 случаев на 1000 детей. Ревматизм — это заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе и суставах. Развивается у детей и подростков в возрасте 10-16 лет, имеющих отягощенную наследственность по ревматизму, после перенесенной вызванной β-гемолитическим стрептококком типа А. Лечение детей с ревматизмом должно быть ранним, комплексным, длительным, этапным (стационар; затем ревматологический санаторий; диспансерное наблюдение в поликлинике).

**Диспансерное наблюдение**

предусматривает продолжение противорецидивной терапии, улучшение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, повышение иммунологической защиты ребенка и санации хронических очагов. Наблюдение за детьми проводится в течение 5 лет после атаки. Первый год после атаки - 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Следует следить за пульсом, АД, функциональными пробами сердечно- сосудистой системы. Анализ крови, мочи, пробы на активность процесса (АСЛ-О, АСК, СРБ, ДФА, серомукоид, белковые) проводятся 2 раза в год и после каждого ОРВИ, ангины,

В течение первого года после атаки детям проводится ЛФК в поликлинике, затем один год школьникам определяют в подготовительную физкультурную группу, на третий год назначают основную физкультурную группу (без участия в спортивных соревнованиях).

Режим общий на первые 2 года после заболевания. Сон не менее 10 часов. Диета возрастная, обогащенная продуктами, содержащими калий (кефир, томаты, картофель, изюм, курага).

Бициллинопрофилактика (вторичная профилактика ревматизма) направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у детей и подростков, перенесших ревматизм. Она заключается в регулярном введении бициллина (пролонгированный пенициллин).

Многолетний опьгг использования бициллинопрофилактики в качестве вторично профилактического средства при ревматизме свидетельствует о ее высокой эффективности. Выделяют сезонную и круглогодичную бициллинопрофилактику. Наиболее эффективна круглогодичная профилактика бициллином — 5 в дозе 1500000 ЕД 1 раз в 4 недели детям школьного возраста и подросткам. Детям дошкольного возраста препарат назначается в половинной дозе (750000 ЕД).

Согласно действующей инструкции по профилактике рецидивов ревматизма и рекомендациям BO3 (1989), пациентам, особо подверженным высокому риску рецидивирования заболевания, бициллин-5 следует вводить 1 раз в 3 недели в дозе 1500000 ЕД школьникам, подросткам и взрослым и в дозе 750000 ЕД 1 раз в 10 дней детям дошкольного возраста (В.А. Насонова, Н.Н. Кузьмина).

Детям, перенесшим первичный ревмокардит, т.е. острую ревматическую лихорадку (или хорею) без формирования порока сердца, в течение первых трех лет проводится круглогодичная, а в последующие 2 года сезонная (весна, осень) бициллинопрофилактика.

Пациентам, перенесшим первичный или возвратный ревматизм, имеющим ревматический порок (или пороки), перенесшим хорею, при наличии затяжно-вялого или рецидивирующего течения ревматизма круглогодичная профилактика бициллином-5 должна проводиться не менее 5 лет, а при необходимости и дольше.

В настоящее время обсуждается вопрос о проведении у них бициллинопрофилактики на протяжении всей последующей жизни.

При присоединении у больного ревматизмом острых ангин, фарингитa, другой носоглоточной инфекции на фоне применения бициллина-5 обязательно проводится курс лечения ангины пенициллином (можно назначить пероральный кислотоустойчивый пенициллин - амоксициллин).

Курс антибактериальной терапии (10-12 дней) назначается пациентам до и после тонзиллэктомии, а также после любых других оперативных вмешательств.

Санаторно-курортное лечение ребенку, перенесшему атаку ревматизма, можно назначать не ранее чем через год, причем лучше рекомендовать местные санатории. Первичная профилактика ревматизма, прежде всего, предусматривает первичное его прогнозирование. Это позволяет выявлять фенотипически расположенных к данному заболеванию лиц и целенаправленно проводить профилактику возможного развития у них ревматизма, причем принятые меры в первую очередь должны быть направлены на коррекцию так называемого «стрептоаллергического диатеза». С позиций изложенного, высоко информативным было бы выявление генетических маркеров предрасположенности (ряд гаплотипов антигенов системы НЬА и В клеточного маркера DS/17) у лиц из семей с ревматическим анамнезом, но в действительности это пока мало вероятно. Практическим врачам можно рекомендовать следующий комплекс факторов риска, определяющий высокую вероятность развития у ребенка ревматизма.

**Дети «угрожаемые по ревматизму»**

находятся на диспансерном учете по ф. 30 в течение 3 лет. До санации хронической инфекции наблюдаются до 4 раз в год; после санации 2 раза в год. При осмотрах обращается особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы, (пульс, АД, проводятся функциональные пробы). Лабораторное обследование 1 раз в год.

Консультации стоматолога 2 раза в год, ЛОР врача 1 раз в квартал.

Режим у детей — общий, диета — возрастная

**ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ**

ЮРА- это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу эрозивно- деструктивного прогрессирующего артрита.

По распространенности ЮРА занимает первое место среди вспомогательных заболеваний суставов, имеет отчетливую тенденцию к ранней инвалидизации, характеризуется вовлечением в процесс у части детей жизненно важных органов (глаз, сердце, почки, печень и т.д.) и относится к актуальным заболеваниям детской ревматологии.

**Основные задачи ревматолога в поликлинических условиях при диспансеризации детей с ЮРА:**

* закрепить эффект терапии, подавляющей активность процесса;
* поддержать клинико-иммунологическую ремиссию;
* определить и реализовать пути реабилитации функциональных нарушений, имеющихся у ребенка.

Эти задачи решаются при проведении общего комплекса мероприятий, индивидуально подбираемых для каждого пациента, страдающего ЮРА, так как они зависят от возраста ребенка, формы и длительности болезни, характера нарушений со стороны опорно - двигательного аппарата на диспансерном учете до 18 лет.

После выписки из стационара в течение 1 года контроль осуществляется каждые 3 месяца, в последующие годы, если ремиссия стойкая, 1 раз в 6 месяцев (при необходимости-чаще).

Контроль включает: осмотр педиатра, ревматолога, смежных специалистов (оториноларинголог, окулист, ортопед, стоматолог, невропатолог и др.).

Лабораторный контроль предусматривает ранее выявление динамики процесса: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ ( СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, белок и фракции), по возможности иммунологическое исследование.

**При диспансеризации в поликлинике следует:**

* оценить жалобы ребенка, их характер, динамику;
* оценить анамнез за предшествующий осмотру период (болел ли ребенок чем- либо, длительность болезни, чем лечится и т.д.);
* осуществить контроль за санацией очагов хронической инфекции (лор-органы, зубы);
* оценить функциональное состояние суставов (скованность, боли, синовит, признаки улучшения или прогрессирования);
* определить рентгенологически стадию артрита (рентгенограмма суставов- 1 раз в год);
* определить наличие, характер и степень остеопороза (рентгенологически-1 раз в год);
* оценить прибавку в росте (за 6 месяцев, за 1 год) и динамику массы тела;
* проводить коррекцию анемии и скрытого железодефицитного состояния (по общему анализу крови, при необходимости определить уровень сывороточного железа);
* оценить эффективность базисной терапии (положительная динамика, отсутствие ее, ухудшение);
* продолжить или своевременно назначить синдромные препараты:
* для улучшения метаболизма - витамин А, группа витаминов В, С, D ( водорастворимый);
* энзимотерапию (вобензим, флогензим, мулсал);
* при нарушении трофических процессов назначить рибоксин, эссенциале, кокарбоксилазу;
* при необходимости, курсами 1-2 месяца назначить ангиопротекторы и дезагреганты (курантил, дипиридамол, трентал и др.) в умеренных дозах;
* при незначительных признаках обострения суставного синдрома (без явных гуморальных проявлений) назначить внутрисуставно- евведение кеналога или дипроспана (2-3

инфекции с интервалом 1 месяц);

* в целях получения антифиброзного эффекта можно рекомендовать курс лечения задитеном (кетотифеном) в течение 3-4 месяцев.

Эти препараты обладают способностью ингибировать дегрануляцию тучных клеток, что тормозит фиброзообразование в соедини- тельной ткани;

* назначить местное лечение (DMSO, мази, гели, электрофорез с лидазой);
* назначить массаж, ЛФК, закаливание;
* рекомендовать трудотерапию (лепить, шить, рисовать и т.д.);

Для реабилитации наряду с физиотерапией, массажем, трудотерапией в последние годы стала применяться ревмоортопедия ЮРА. Выделяют консервативную ортопедию и хирургическую.

Консервативная ортопедия — предусматривает протезирование уставных деформаций при ЮРА. Используются статические протезы, шины, лонгеты, стельки) и динамические в виде легких съемных аппаратов, обеспечивающих возможность стабилизировать сустав, созывая ему нормальное осевое вращение.

Для протезирования применяют пластические, полимерные и термопластические материалы типа тефлона, полистирола, поливинина, важно, чтобы они обеспечивают прерывистость иммобилизации. Их можно снимать при занятиях физкультурой, трудотерапии и. т. д.

В консервативном ортопедическом лечении больных ЮРА большое значение имеет устранение сгибательных контрактур колен и суставов. Для этого используются укладки с грузами, лечение с помощью балканских рам, этапная редрессация гипсовыми повязка.

Хирургическая ортопедия предусматривает проведение синоктомии на ранних этапах активного артрита, а позже тенотомии, псулотомии. Костно-пластические операции у детей не нашли применения при ЮРА, так как при этих вмешательствах могут повреждаться зоны роста трубчаты костей.

Особое значение в комплексном лечении детей с ЮРА имеет психотерапия. ЮРА - тяжелое хроническое заболевание, поэтому у пациентов врачей часто возникают вопросы по поводу тактики лечения, прогноза. В этих случаях огромную роль играет взаимоотношение врача с больным.

Очень важно, адекватно оценив психологическое стояние пациента и его родителей, ознакомить их с сутью заболевания, ибо ЮРА, как уже отмечалось, это болезнь на всю жизнь» и задача врача — «научить как с нею жить». Только такой подход укрепит содружество врача и пациента, что в итоге даст оптимальный лечебный эффект. О недостатке информации и о неудовлетворенности врачем говорит тот факт, что некоторые больные (и их родственники) ищут помощи у экстрасенсов, колдунов и т. д., в последующем возвращаясь к своему доктору со значительным ухудшением состояния. Все это обосновывает необходимость более широкого внедрения знаний по медицинской психологии среди практических врачей — ревматологов, педиатров и терапевтов.

**СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА (СКВ)**

В основе развития СКВ лежит генетически обусловленное несо-вершенство множества иммунорегуляторных механизмов, что реализуется в образовании большого количества гетерогенных антител (аутоантител) к собственным клеткам организма и их структурам, Образовавшихся в результате этого циркулирующие иммунные комплексы, фиксируясь на клеточных структурах микрососудистого русла многих органов и систем организма, ведет к развитию там иммунного воспаления, что клинически проявляется полиморфизмом к системной полиорганностью.

СКВ является представителем диффузного заболевания, соедини- тельной ткани. Ежедневно СКВ заболевает в среднем 1 из 800-1500 человек, распространенность составляет около 50 больных на 1 млн. населения. Пик заболевания падает на возраст 12-25 лет.

**Реабилитация больных СКВ включает ряд аспектов:**

* медицинский — ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение и грамотно организованная поддерживающая терапия;
* профессиональный — выбор профессии по диагнозу и силе больного. Важна правильная ориентация трудовой деятельности, ибо больной СКВ должен четко представлять себе свои возможности. Следует избегать стрессов, контактов с химическими и электромагнитными факторами воздействия. Противопоказана инсоляция;
* психологический — пациент должен знать, что СКВ — это заболевание на всю жизнь, а значит, надо научиться с этим жить. В этом плане важны следующие моменты:
* хорошо бы пациенту иметь так называемого «идеального реального врача», который знает его, помогает ему, верит в него, внимателен к нему, с которым приятно обращаться и т.д..

Обычно с отношением к врачу связаны психоэмоциональное состояние больного и действие лекарственных препаратов на этом фоне. Врач, адекватно оценив психологическое состояние пациента и его родителей, должен максимально ознакомить их с сутью заболевания, |то укрепит содружество врача и пациента, даст оптимальный эффект; следует помнить, что, среди больных СКВ 90 % девушки и молодые женщины. В связи с этим часто обсуждается проблема воз- можной беременности и родов. Этот вопрос остается актуальным, однако, однозначного ответа здесь нет и быть не может. При отсутствии поражения почек беременность и роды обычно протекают нормально.

**Для предотвращения осложнений в родах и в последующем периоде важно учитывать следующее:**

активность болезни должна быть хорошо подавлена перед зачатием ребенка;

перед родами (за 2-3 недели) и в послеродовом периоде необходимо увеличить дозу гормонов минимум на 25% от поддерживающей;

противопоказано кормление ребенка грудью. У больных СКВ, сопровождающейся поражением почек, часто наблюдается внутриутробная гибель пода.

Необходимо помнить, что больным СКВ следует избегать абортов, кесарева сечения, из контрацептивов лучше использовать механические.

Прогноз СКВ зависит от варианта течения, степени вовлечения в роцесс ЦНС, почек и других жизненно важных органов и систем. Диспансеризация пожизненная.

**СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ (ССД)**

ССД — это прогрессирующее полисиндромное заболевание с характерными изменениями кожи, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов и распространенными вазоспастическими нарушениями по типу синдрома Рейно. У взрослых ССД по частоте занимает второе место после СКВ в группе системных заболеваний сосудистой ткани, но в последние годы стал отмечаться некоторый рост ССД у детей и подростков, распространенность колеблется от 3 до 12 случаев на 1 млн. населения, нередко встречаются семейные случаи заболевания.

Больные ССД наблюдаются ревматологом пожизненно. Учитывая перечисленные выше терапевтические подходы, врач-ревматолог должен каждые 6 месяцев, оценив состояние пациента, динамику процесса, проводить своеобразную ревизию лечения. Базисные препараты целесообразно менять 1 раз в 2-3 года; своевременно следует назначать контролировать курсы лечения сосудистыми препаратами в сочетании с дезагрегантами. В плановом порядке 1 раз в год проводится стационарное (углубленное) обследование в условиях ревматологического отделения.

Для планового проведения физиобальнеолечения, массажа, ЛФК можно рекомендовать дневной стационар. Ребенку следует назначить трудотерапию. Дети с ССД, протекающей с быстропрогрессирующими функциональными нарушениями, прежде всего опорно-двигательного аппарата, должны быть переведены на инвалидность. Это всегда своеобразная психологическая травма, и больным необходима помощь психолога, психотерапевта. Ребенку и подростку следует знать все о своем заболевании, поскольку с помощью врача, доверяя ему, они должны научиться жить со своей болезнью, а в будущем правильно определить свое трудоустройство.

**ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Пролапс митрального клапана — это своеобразный симптомокомплекс, в основе которого лежат структурно-функциональные нарушения митрального клапана сердца, приводящее к прогибанию створок клапана в полость левого предсердия в момент систолы левого желудочка. Наиболее характерным аускультативным проявлением феномена ПМК является наличие систематических щелчков (кликов) в сочетании с систолическим шумом (или без него).

Благодаря ангиокардиографическому исследованию было установлено, что в основе систолических щелчков лежит провисание створок митрального в полость левого предсердия. С помощью УЗИ установлено, что пролабировать может любой клапан сердца и возможны пролабирования нескольких клапанов.

Распространенность ПМК у детей и подростков колеблется от 6 до 4% в популяции, в возрасте 6-15 лет, чаще у девочек. По мнению большинства авторов, ПМК - это полиэтиологический синдром, своеременное уточнение основных причин его развития позволяют рекомендовать детям адекватную физическую нагрузку, при необходимоти назначать терапию, оценивать прогностическую значимость феномена пролабирования для пациента.

Лечение и тактика ведения больного с ПМК должны быть инди-видуализированы. При этом следует учитывать возраст ребенка, пол, наследственность (наличие в семье ПМК, НЦД, сердечной патологии т.д.), наличие признаков диспластичности, фенотипические особенности ВНС, в периоде пубертатной перестройки - наличие и характер ВСД, НЦД. Надо оценить также динамику ЭКГ показателей, результаты УЗИ сердца (желательно с проведением стресс УЗИ).

Детей с 1 степенью (4-5мм) ПМК без появления даже минимальной регургитации при проведении им стресс УЗИ сердца можно считать практически здоровыми. Они могут заниматься физкультурой и спортом. Дети с I степенью ПМК и наличием регургитации при стресс УЗИ должны находиться под наблюдением ревматолога. Им желательно заниматься тяжелыми (статическими и динамически- ми) видами спорта, но они могут заниматься физкультурой.

Дети со II и Ш степенью ПМК находятся на диспансерном наблюдении у ревматолога.

Дети со II степенью ПМК могут вести обычный образ жизни, заниматься физкультурой в общей группе (запрещены кроссы и соревнования). Пациентам с III степенью ПМК рекомендуется индивидуально подобранные курсы в группах ЛФК.

Медикаментозная терапия предусматривает лечение вегетативых нарушений с учетом их направленности. В ряде случаев это ведет значительному уменьшению ПМК. Детям со II и III степенью ПМК показаны 2-3 раза в год курсы лечения препаратами, улучшающими метаболизм в миокарде ( витамины С, группы В, жирорастворимые витамины А, Е, D; эссенциале, рибоксин, фолиевая кислота и т.д.). При наличии у ребенка с ПМК синдрома удлиненного интервала Q-Т рекомендуются курсы лечения обзиданом в индивидуально подобранной дозе (0.5-1,5 мг/кг в сутки, в 4 приема) в течение 2-4 месяцев, с постепенной отменой. Пациентам с ПМК и выраженными морфологическими изменениями на клапанах необходимо проводить профилактику бактериального эндокардита (антибактери- альные препараты в течение 7-10 дней после любого хирургического вмешательства). Детям с ПМК, осложнившимся нарушением ритма, проводится противоаритмическая терапия.

Тактика ведения детей с «немой» формой ПМК зависит от наличия и характера вегетативных нарушений. Степень ПМК и имеющиеся дистрофические изменения на ЭКГ определяют объем физической нагрузки (либо физкультура в общей группе, либо ЛФК).

**НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПРОВОДИМОСТИ**

К нарушениям ритма сердца (HPC), или аритмиям, относят любые нарушения ритмичной и последовательной деятельности сердца. Одни аритмии проявляются яркой клинической и аускультативной картиной, другие протекают скрытно и видны только на ЭКГ.

Электрокардиография является незаменимым методом диагностики различных нарушений ритма. ЭКГ- критериями нормального синусового ритма являются: 1) регулярный, последовательный ряд Р- Р (R-R); 2) постоянная морфология зубца Р в каждом отведении; 3) зубец Р предшествует каждому комплексу QRST; 4) положительный зубец Р в отведениях а VF~ V2-V6 и отрицательный в отведении aVR.

Все отклонения от нормального синусового ритма относят к аритмиям. Аритмии сердца встречаются у детей любого возраста, они могут быть наследственными, врожденными и приобретенными.

Наиболее приемлемой для практических врачей является класссификация аритмий, основанная на делении их в соответствии с нарушениями основных функций сердца- автоматизма, возбудимости, проводимости и их комбинаций.

**Лечение и диспансеризация**

Прежде, чем лечить у больного собственно аритмию, следует применить необходимый комплекс этиологической и патогенетической терапии заболевания, которое вызвало нарушение ритма (миокардит, хронический тонзиллит, невроз и др.). Порой лечение основного заболевания приводит к купированию и аритмии.

В зависимости от причины, вызвавшей смещение источника ритма, приводится терапия: назначаются противоспалительные средства при кардите, кардиотрофные (панангин, рибоксин, аниоксидант- «ый комплекс, кокарбоксилаза) при миокардиодистрофии и коррекция вегетативных расстройств при СВД. При СВД с симпатикотонией применяют седативные средства (корвалол, валериана, тазепам), электросон, В-адреноблокаторы (интерал, анаприлин, обзидан) в небольших дозах (20-40 мг в сутки) или изоптин. Детям с выраженной ваготонией назначают препараты, снижающие активность вагуса (амизил, беллатаминал по 1-2 мг 3-4 раза в День), а также настойку элеутерококка или женьшеня. Терапевтическая практика экстрасистолии (ЭС) зависит от вида и выраженности преждевременных сокращений.

Не требуют лечения экстрасистолы, которые возникают у практически здоровых детей, не вызывают каких-либо субъективных ощущений, с частотой не более 5 в 1 мин. В случаях, когда ЭС частые, нарушают общую гемодинамику, вызывают субъективные ощущения может быть применена антиаритмическая фармакотерапия. Курс лечения антиаритмическими препаратами составляет 2-3 недели. Следует предупредить родителей ребенка, у которого обнаружена экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия или синдром VPW о возможности развития приступа учащенного сердцебиения. В случае развития приступа тахисистолии родители должны уметь применить отдельные вегетативные пробы, воздействующие нa вагальный механизм регуляции сердечного ритма (проба Вальсальвы, массаж каротидных синусов и др.).

Лечение блокад сердца порой бывает трудным. Противопоказаны средства, ухудшающие функцию проводимости (калий, сердечные гликозиды, β-адреноблокаторы). Изадрин при полной поперечной блокаде дается при ритме реже 40-45 в минуту и при возникновении жалоб. При развитии синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса необходимо уложить ребенка, еще ниже опустить его голову, провести наружный массаж сердца, обеспечить доступ свежего воздуха, дать кислород. Парентерально можно ввести атропин. Используются также адреналин, изадрин, алупент.

**СОДЕРЖАНИЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С НСР**

* Группы здоровья III-IV
* Лабораторно- инструментальное обследование: ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания.
* Периодичность наблюдения до 18 лет 1 раз в 3 месяца. Первые 6 мес. ежемесячно, далее 1 раз в квартал.
* Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора.
* Физкультурная группа в школе специальная + ЛФК.
* Прививки проводятся без oграничений после 6 мес. наблюдения по эпидемиологическим показаниям.
* Лечение хронических очагов инфекции.
* Сезонная поливитаминотерапия.
* Сезонные курсы кардиотрофической терапии.
* ЛФК в поликлинике.
* Госпитализация при ухудшении состояния.
* Антиаритмическая фармакотерапия.
* Дополнительный день отдыха в школе.
* При социальной дезадаптации - оформ ление инвалидности с детства.

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЛЯ АННОТАЦИИ

[+ Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_image&metod_id=4763)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2604)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2605)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2606)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_talon_amb._patsienta.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2607)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2608)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_nac_rec_vps_deti.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2609)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ya.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2611)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_mio.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2612)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_per.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2613)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2614)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2615)

ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4763&control_type=10) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4763&control_type=10&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4763&control_type=10)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758488) Иметь понятие об АФО сердечно-сосудистой системы, классификации заболеваний, критериях диагностики на педиатрическом участке и в стационаре. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758488&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758488)

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758489) Знать принципы терапии детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758489&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758489)

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758491) Уметь составить план диспансерного наблюдения для ребенка. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758491&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758491)

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758492) Знать федеральные законы, постановления и другие нормативные документы по ра-боте с детьми с хронической патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758492&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758492)

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758493) Знать принципы ведения медицинской документации. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758493&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758493)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4763&control_type=1) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4763&control_type=1&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4763&control_type=1)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758503) СРЕДНЕЕ СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (ММ РТ.СТ.) У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758503&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758503)

- 60+2п (п - возраст в годах);

- 90+п;

**- 90+2п;**

- 100+п;

- 100 + 2п;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758507) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758507&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758507)

- стрептококк;

**- вирус Коксаки;**

- грибы;

- химические воздействия;

- аллергические заболевания;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758512) К ГРУППЕ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ОБЕДНЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСИТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758512&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758512)

- открытый артериальный проток;

**- стеноз легочной артерии;**

- дефект межпредсердной перегородки;

- коарктация аорты;

- болезнь Толочинова-Роже;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758517) ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН ШУМ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758517&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758517)

**- систолический во втором межреберье слева;**

- систолодиастолический во втором межреберье слева;

- систолический во втором межреберье справа;

- диастолический во втором межреберье слева;

- диастолический во втором межреберье справа;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758521) ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ (НПВС) ЯВЛЯЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758521&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758521)

**- гастротоксический;**

- гепатотоксический;

- нефротоксический;

- кардиотоксический;

- ототоксический;

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758523) ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВАГОТОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758523&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758523)

- сухость кожи;

- гипергидроз ладоней и стоп;

**- белый стойкий дермографизм;**

- тахикардия;

- головная боль;

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758525) ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ (ЦИАНОТИЧЕСКИЕ КРИЗЫ) РАЗВИВАЮТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758525&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758525)

- дефектом межжелудочковой перегородки;

- простой транспозицией магистральных сосудов;

**- тетрадой Фалло;**

- изолированным стенозом легочной артерии;

- дефектом межпредсердной перегородки;

8. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758527) ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИМЕНЯЮТ ПРОБУ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758527&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758527)

**- Шалкова;**

- Мак-Клюра;

- Штанге;

- Генча;

- жгута;

9. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758532) РЕБЕНКА, С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ЧАСТОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ СЛЕДУЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758532&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758532)

- оставить дома, назначить постельный режим и лечение;

- ограничить физические нагрузки;

- направить на консультацию к неврологу;

**- госпитализировать для обследования;**

- направить на санаторно-курортное лечение;

10. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758535) ЗА ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АТАКУ РЕВМАТИЗМА, В ПОЛИКЛИНИКЕ ОТВЕЧАЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758535&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758535)

- физиотерапевт;

**- участковый педиатр;**

- невролог;

- врач ЛФК;

- заведующий педиатрическим отделением;

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4763&control_type=17) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4763&control_type=17&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4763&control_type=17)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758543) Девочка 9 лет на приеме у кардиолога, физическое и интеллектуальное развитие соответствует возрасту, жалоб не предъявляет. Симптомов нарушения кровообращения нет. На ЭКГ частые желудочковые экстрасистолы, периодически ритмированные по типу бигеминии (выявленные впервые). 1. Определите тактику. 2. Дайте понятие экстрасистолии. 3. Назовите нарушения возбудимости функции сердца. 4. Назовите кардиальные причины нарушения сердечного ритма и проводимости. 5. Дайте определение бигеминии. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758543&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758543)

- Метаболическая терапия, нагрузки умеренной интенсивности под контролем взрослых, наблюдение у кардиолога.;

- Экстрасистолия - преждевременное сокращение сердца или его отделов. Может протекать бессимптомно, в ряде случаев больной ощущает «толчок» в груди, «остановку» сердца или пульсацию в подложечной области. При неврозах и рефлекторных экстрасистолиях имеет значение коррекция питания и образа жизни, а также лечение основной и сопутствующей патологии.;

- Нарушения возбудимости: Экстрасистолии. По источнику: предсердные, атриовентрикулярные, желудочковые. По количеству источников: монотопные, политопные. По времени возникновения: ранние, интерполированные, поздние. По частоте: единичные (до 5 в минуту), множественные (более 5 в минуту), парные, групповые. По упорядоченности: одиночные, аллоаритмии (бигеминия, тригеминия, квадригеминия). Пароксизмальные тахикардии (предсердная, атриовентрикулярная, желудочковая);

- Кардиальные причины: • ИБС, в том числе инфаркт миокарда и нестабильная стенокардия • Сердечная недостаточность • Кардиомиопатии • Приобретенные пороки сердца • Врожденные пороки сердца • Миокардиты • Пролапс митрального клапана;

- Бигеминия - экстрасистола следует после каждого нормального сокращения сердца.;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758551) К участковому врачу обратилась за помощью Марина М., 14 лет. Предъявляет жалобы на частые головные боли, головокружения, повышенную утомляемость. Обеспокоена своим состоянием, плачет. Астенического телосложения, кожные покровы чистые, розовые, теплые, дермографизм белый. Видимых отеков нет. Температура тела – 37оС. Дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные, 98 уд. в минуту. АД-160/95 мм рт. ст. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. 1. Очертите круг дифференциальной диагностики, назначьте дополнительные исследования и лечение. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758551&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758551)

- Необходимо провести обследование подростка в специализированном отделении. Следует исключить гиперфункцию щитовидной железы, заболевания почек, системную красную волчанку. С этой целью назначаются следующие методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи и посев мочи, биохимическое исследование сыворотки крови с определением электролитов, мочевины, креатинина, общего белка и его фракций; определение LE-клеток, гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ); УЗпочек, экскреторную урографию. Лечение до уточнения диагноза: валериана 1 т. 3 раза в день, пропранолол 2мг/кг в сутки, электросон.;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758553) В приемном покое районной больницы Аня К., 12 лет, предъявляет жалобы на сильную головную боль, головокружение, тошноту. Данный приступ - повторный, предыдущий был три месяца назад. Мама связывает появление приступов повышения давления со школьным стрессом. У мамы и бабушки по материнской линии - артериальная гипертензия. При осмотре состояние тяжелое. АД - 180/100 мм рт. ст. Вес девочки - 50 кг. 1. Поставьте диагноз. 2. Окажите неотложную помощь. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758553&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758553)

- Диагноз: Артериальная гипертензия. Гипертонический криз.;

- Лечение: нифедипин 0,15 мг/кг под язык либо каптоприл 0,5 мг/кг (25 мг в сутки перорально, разделить дозу на 4 приема по 0,08 мг);

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758562) Лида.М. 9 лет (вес 32кг), поступила с жалобами на боли в правом боку, недомогание, слабость. Больная больше месяца, перенесла ангину, лечилась дома – получала пенициллин 3 дня. Затем болели суставы – коленные, голеностопные, плечевые, получала индометацин в течение недели, боли в суставах на фоне терапии прошли, но появилась боль за грудиной. При поступлении положение вынужденное – с приподнятым головным концом. Отмечается пульсация сосудов шеи. Границы сердца расширены in toto. Тоны сердца резко приглушены, ритмичные, ЧСС 127 в минуту. Дующий систолический шум на верхушке, по левому краю грудины, проводится на спину и в аксиллярную область. Шум трения перикарда. Печень +4 см. В анализе крова Hв – 87г/л, СОЭ – 39 мм/час, сиаловые кислоты – 3,6 у.е., СРБ – 2,3 мг/дл. На ЭхоКГ эхонегативное пространство в систолу 13 мм, фракция выброса – 56%. 1. Поставьте диагноз. 2. Обозначьте тактику ведения больной. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758562&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758562)

- Диагноз: Острая ревматическая лихорадка. Панкардит, полиартрит. СН IIБ.;

- 1.Режим постельный. Учет диуреза. 2. Стол 10. 3. Преднизолон 1 мг/кг (30 мг в сут.): 15 мг в 7:00; 10мг в 11:00; 5 мг в 13:00 7 дней с постепенной отменой. 4. Капотен 0,5 мг/кг (16 мг в сут.): ½ таб. по 25 мг (6,25 мг) три раза вдень. 5. Индометацин 2,5 мг/кг (75 мг в сут.): 1 таб. по 25 мг три раза в день. 6. Пенициллин 500 тыс. два раза внутримышечно – 10 дней с переводом на ретарпен 700 тыс. в/м ежемесячно.;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758578) Валера К., 8 лет. Поступил в стационар с жалобами на нарушение походки и боли в пятках, затем - в тазобедренных и голеностопных суставах. Состояние средней тяжести. Температура тела при поступлении – 37,3º.Кожные 364 покровы бледные. Отмечается небольшая отечность голеностопных суставов. Выражена болезненность при надавливании в области таранно-пяточного сустава, остей гребней подвздошных костей, больших вертелов бедренных костей. В анализе крови количество лейкоцитов – 8,6·10 /л, со сдвигом формулы влево, СОЭ – 28 мм/час. 1. Предварительный диагноз. 2. Какие исследования необходимы для его подтверждения? 3. Лечебная тактика. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758578&metod_id=4763) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4763&question_id=758578)

- Диагноз: Ювенильный спондилоартрит. Активность 2 ст.;

- Необходимо провести рентгенографию, УЗИ тазобедренных, голеностопных, таранно-пяточных суставов.;

- Лечение: вольтарен 2 мг/кг в сутки; метотрексат 10 мг/м2/нед., компрессы с 30% р-ром диметилсульфоксида, массаж, УВЧ.;

Примерная тематика НИРС по теме

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_nirs&metod_id=4763) | [+ Ввести новый](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_tl_metod&umkd_id=2713&tl_type=8&tl_id=0&semester=6&metod_id=4763)

1. Основы законодательства РФ по охране материнства и детства. Правовые аспекты работы врача педиатра амбулаторного звена [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173003&metod_id=4763)

2. Мониторинг медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска развития заболеваний детей и подростков. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173004&metod_id=4763)

3. Роль семьи в формировании здоровья детей и подростков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173149&metod_id=4763)

ЛИТЕРАТУРА

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_lit&metod_id=4763)

**Основная литература**

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51199)

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51199)

**Дополнительная литература**

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=31422)

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=31422)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=35173)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=35173)

616-053.2  
П50  
[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=39562) : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 895 с. : ил. - ISBN 9785970426487 : 1080.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=39562)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=50805)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=50805)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51205)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51205)

Учайкин, В. Ф.  
[Неотложные состояния в педиатрии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51206) [Электронный ресурс] : практ. рук. / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51206)

Учайкин, В. Ф.  
[Неотложные состояния в педиатрии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51206) [Электронный ресурс] : практ. рук. / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51206)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51216)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4763&res_id=51216)

**Электронные ресурсы**

ПРИЛОЖЕНИЕ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_addition&metod_id=4763)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_per.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_mio.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_ya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_nac_rec_vps_deti.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_talon_amb._patsienta.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>