

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ БЕЛОРУССКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
МАКСИМА ТАНКА

Факультет естествознания

Кафедра морфологии и физиологии человека и животных

(рег. № 44 25-2-77-2019)

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой

Жукова И.А.

20 09 2019 г.

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета

Нахменко Н.В.

09 2019 г.



УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«Основы педиатрии»

для специальности 1-01 01 01 Дошкольное образование

Составители: Чигирь С.Н., к.м.н., доцент; Селезнева Н.Г., старший преподаватель

Рассмотрено и утверждено

на заседании Совета БГПУ 21 10 2019 г., протокол № 2.

СОДЕРЖАНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.....	3
Общая характеристика учебно-методического комплекса.....	3
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	4
1.1 Структура и краткое содержание лекционных занятий.....	4
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	72
2.1 Структура и краткое содержание практических занятий.....	72
3 РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.....	83
3.1 Формы и критерии контроля знаний.....	83
3.2 Примерные тестовые задания для текущего контроля знаний.....	87
3.3 Примерные ситуационные задачи для текущего контроля знаний..	91
3.3 Вопросы к экзамену.....	98
4 ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ.....	102
4.1 Список рекомендуемой литературы.....	102
4.2 Учебная программа дисциплины.....	103

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Педиатрия — раздел медицины, изучающий причины, диагностику, лечение и профилактику болезней у детей. Вопросы, рассматриваемые в процессе изучения учебной дисциплины «Основы педиатрии», позволят студентам овладеть знаниями и практическими умениями в области педиатрии, закономерностями протекания адаптации детей к окружающей среде и влияния условий жизни на течение патологических процессов.

Достаточный уровень здоровья является одним из важнейших условий успешного воспитания и обучения ребенка. Дошкольный возраст является периодом глубоких изменений физиологических процессов в организме, на этом этапе развития ребенок адаптируется к новым социальным условиям, что создает дальнейшие предпосылки к успешному обучению в школе. Специалист в области дошкольного образования должен владеть определенными компетенциями в области здоровьесбережения – проводить работу по предупреждению заболеваний у детей, уметь оказать первую помощь в случае травматизации и внезапных состояний.

В дошкольном возрасте 10-15% детей имеют хронические заболевания. Отмечается увеличение числа детей с отклонениями в физическом развитии, при этом растет удельный вес детей, как с дефицитом массы тела, так и с ее избытком, что сопровождается нарушением полового созревания, появлением сопряженных болезней органов пищеварения, костно-мышечной системы, невротических расстройств. Особенности детей, обусловленные той или иной патологией, должны учитываться при организации обучения и воспитания детей.

Данный учебно-методический комплекс (УМК) разработан для научно-методического обеспечения дисциплины «Основы педиатрии», с целью повышения эффективности преподавания.

УМК по учебной дисциплине «Основы педиатрии», включает следующие рекомендованные положением об УМК разделы: теоретический, практический, раздел контроля знаний и вспомогательный. Теоретический раздел включает материалы лекций. Их содержание позволяет иметь материалы для теоретического изучения дисциплины «Основы медицинских знаний» в полном объеме, установленном учебным планом по указанной специальности. Практический раздел УМК содержит материалы для проведения практических занятий. Раздел контроля знаний УМК содержит информацию о формах и критериях контроля знаний, примерные тестовые задания и ситуационные задачи для текущего контроля знаний, вопросы к зачету. Вспомогательный раздел УМК содержит все необходимые элементы учебно-программной документации и список рекомендуемой литературы.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

1.1 Структура и краткое содержание лекционных занятий

Раздел I. Первая помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей дошкольного возраста.

Тема 1. Заболевания органов дыхательной системы у детей.

Профилактика туберкулеза у детей

План:

- 1) Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания).
- 2) Распространённость болезней органов дыхания среди детей.
- 3) Понятие об остром ларинготрахеите, остром бронхите, острой пневмонии, бронхиальной астме – причины, признаки, осложнения, первая помощь.
- 4) Ринит, ангина. Определение заболевания, причины и признаки, осложнения, профилактика.
- 5) Туберкулез и его профилактика

Терморегуляция — это поддержание оптимальной температуры тела у теплокровных животных и человека. Постоянство температуры тела обеспечивается регуляцией теплообразования за счет изменения интенсивности обменных процессов во всех тканях организма, особенно в мышцах и печени.

Нормальной температурой в кожных складках у человека считается температура от 36°C до 37°C. Утром температура тела у человека несколько понижена (на 0,2 – 0,5°C), а вечером (с 17.00 до 21.00) повышена. Температура тела измеряется при помощи *медицинского термометра (ртутного или электронного)*. Обычно измеряется температура в кожной складке (подмышечная впадина, пахово-бедренная складка, локтевой сгиб). Термометр при этом должен соприкасаться с кожей со всех сторон. В некоторых случаях измеряется температура слизистых оболочек (полости рта, влагалища, прямой кишки). Если необходимо измерить температуру в полости рта, термометр помещают между нижней поверхностью языка и дном рта, удерживая его сомкнутыми губами или за щекой. У истощенных и слабых больных можно измерять температуру в прямой кишке. Температура, измеренная в полостях, обычно превышает температуру подмышечной области на 0,5—0,8°C. Перед измерением необходимо убедиться в отсутствии покраснения кожи в области измерения, исключить наличие вблизи больного грелки, пузыря со льдом или нагревательных приборов. Нельзя измерять температуру после приема пищи, алкогольных напитков и горячего питья, после интенсивной мышечной нагрузки, сильного эмоционального напряжения. При ректальном измерении термометр смазывают вазелином, вводят в задний проход за внутренний сфинктер, после чего сближают ягодичы, фиксируя положение термометра. Противопоказанием к такому методу является задержка стула, понос, заболевания толстой кишки. После ректальной термометрии термометр моют

теплой водой с мылом и дезинфицируют (дезраствором, спиртом). Держать термометр в кожной складке и полости рта следует 6- 10 мин, а в прямой кишке — не менее 5 мин. После употребления термометр опускают в дезинфицирующий раствор (спирт, водка) и насухо вытирают. После этого термометр может быть использован для другого человека.

Детям можно измерять температуру в пахово-бедренной складке. Для этого ногу ребенка несколько сгибают в тазобедренном суставе так, чтобы термометр находился в образовавшейся складке кожи.

По степени повышения температуры тела различают субфебрильную температуру (37-38 °С), и лихорадку – выше 38°С.

Дыхание — является непроизвольным актом, контролируемым мозгом и реализуемым дыхательными мышцами. Нормальное дыхание происходит без напряжения и сопровождается едва слышным в непосредственной близости от человека звуком. Частота дыхания (ЧД) у взрослых в норме составляет **16-20** дыхательных движений (1 вдох и 1 выдох) в минуту. Изменения ЧД у здорового человека зависят от возраста, пола (у женщин на 2-4 дыхания в минуту больше, чем у мужчин), положения тела (в горизонтальном положении число дыханий меньше, чем в вертикальном), температуры, физического и эмоционального напряжения и др. Регулярные занятия физкультурой и спортом приводят к уменьшению ЧД до 10-12 в минуту.

ЧД у детей выше, чем у взрослых: у новорожденного ребенка 30—44 вдохам в мин, к 5 годам снижается до 26, у младших школьников – 20-22, у подростков — 18. Учащенное дыхание (*тахипноэ*) возникает при уменьшении дыхательной поверхности легких (пневмония, туберкулез, опухоли и др.) при нарушении кровообращения, малокровии, повышении температуры тела и т.п.

Техника измерения ЧД. Подсчет дыхательных движений необходимо проводить так, чтобы больной не замечал этого. Лучше всего это сделать, одновременно подсчитывая или имитируя подсчет ударов пульса. Подсчитывать ЧД можно визуально, т. е. наблюдая за движениями грудной клетки, или положив руку на грудную клетку либо на верхнюю часть живота больного.

Различные патологические процессы в организме могут привести к расстройствам дыхания: одышке, удушью, асфиксии. *Одышка* - нарушение частоты, глубины, ритма дыхания. Различают инспираторную одышку (затруднение вдоха), экспираторную (затруднение выдоха) и смешанную. *Удушье* - резко выраженная одышка. *Асфиксия* - полное прекращение дыхания.

Почти 70 % заболеваний у детей составляют болезни органов дыхания. Это определяется рядом возрастных особенностей органов дыхания. Дыхательная система достигает своей зрелости лишь к 14-15 годам. Первые два года жизни ребенка идет активное формирование и развитие альвеол и бронхиол. Затем процесс приостанавливается и вновь усиливается в момент

полового созревания. Все это время легочная ткань обладает способностью к регенерации. В детском возрасте важно своевременно выявить и вылечить заболевание, так как не долеченные и повторные инфекции являются причинами проблем с органами дыхания в более зрелом возрасте. Учитель начальных классов регулирует воздушно-тепловой режим учебного помещения, проводит дыхательную гимнастику с детьми, обращает внимание на одежду детей, контролирует смену обуви, способствует закаливанию детей.

Ларингит (ларинготрахеит) — это воспаление гортани (гортани и трахеи), частый спутник вирусных инфекций. Редко бывает самостоятельным заболеванием. Возникновению болезни способствуют переохлаждение организма, холодная пища или питье, загазованность и запыленность воздуха, снижение сопротивляемости организма, заболевания почек и крови. Риск развития ларингита повышается при занятиях пением, речевых нагрузках.

Типичными признаками ларингита являются сухой лающий кашель, першение, боль, дискомфорт или ощущение инородного тела в горле, изменения голоса (при воспалении голосовых связок он становится хриплым или вовсе пропадает), затрудненное дыхание. Повышение температуры при ларингите у детей может и не быть: это зависит от вида и причины ларингита в каждом конкретном случае.

В качестве оказания первой помощи можно порекомендовать соблюдение голосового режима — разговаривать как можно меньше, не говорить шепотом (шепот вызывает напряжение голосовых связок). При отсутствии лихорадки - проведение отвлекающих процедур (горчичники, горячие ванны для ног), щелочные растворы в ингаляциях и питье. Не стоит самостоятельно применять антибиотики и противокашлевые средства. До визита к врачу можно давать растительные препараты (подорожник, мать — и — мачеха).

Бронхит — воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов различной природы. В зависимости от длительности заболевания выделяют острый и хронический бронхит. **Острый бронхит** характеризуется острым течением и, как правило, продолжается до 1 месяца. Это наиболее частая форма поражения нижних дыхательных путей.

Ведущим фактором возникновения бронхита является вирусная (вирусы парагриппа, аденовирусы и т.д) и бактериальная инфекция. Могут развиваться бронхиты неинфекционной природы, например, в результате воздействия газообразных или парообразных химических веществ, термических факторов, в результате попадания в бронхи инородных тел. В некоторых случаях к вирусной инфекции присоединяется вторичная бактериальная инфекция как результат активизации условно-патогенной микрофлоры верхних дыхательных путей.

Способствуют развитию болезни: переохлаждение организма, нарушение носового дыхания, очаги хронической инфекции в придаточных пазухах

носа (синусит) и миндалинах (тонзиллит), снижение реактивности организма после перенесенных тяжелых заболеваний, операций, гиповитаминозах, нерациональном питании и иммунодефицитных состояниях.

Болезнь начинается остро. Обычно незначительно повышается температура тела, но часто она бывает и нормальной. Наиболее характерный симптом заболевания — кашель, сначала сухой, грубый, болезненный, может быть приступообразным, а у детей раннего возраста может вызывать рвоту. Затем кашель становится мягче, сопровождается выделением небольшого количества слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Появляется боль в грудной клетке и за грудиной, может возникнуть одышка. Постепенно количество мокроты увеличивается, она становится менее вязкой, легче откашливается. Появление мокроты сопровождается улучшением общего состояния больного.

При остром бронхите больным с повышением температуры необходим вначале постельный режим. На протяжении всего лечения рекомендуется обильное щелочное теплое питье (молоко с содой, «Боржоми»), которое облегчает отделение мокроты и смягчает кашель. Рекомендуются чай с малиной, липовым цветом. Для разжижения вязкой мокроты применяют фитотерапию: ингаляции отваров трав (зверобоя, цветов ромашки, листьев эвкалипта) и эфирных масел (анисового, ментолового и др.), грудные сборы (мать-и-мачеха, алтей, корень солодки). Применение противокашлевых препаратов и антибиотиков должно быть только по рекомендации врача.

Пневмония – группа различных по своей природе острых инфекционно-воспалительных заболеваний, характеризующихся поражением легких с обязательным вовлечением альвеол.

По объему поражения легких пневмония делится на очаговую (сегментарную), долевую (плевропневмонию) и интерстициальную. По тяжести течения различают легкую, средней тяжести и тяжелую формы.

Причиной пневмонии могут явиться разнообразные микроорганизмы: бактерии, вирусы, грибы. Нередко обнаруживается смешанная флора.

Способствующими развитию болезни факторами являются переохлаждение организма, врожденные дефекты органов дыхания и аномалии конституции, нарушение носового дыхания, очаги хронической инфекции в носоглотке, снижение реактивности организма после перенесенных заболеваний (ОРВИ, грипп), операций, физическом и психическом перенапряжении, при гиповитаминозе, нерациональном питании и иммунодефицитном состоянии.

Проявления пневмонии включают следующие синдромы: 1) бронхо-легочные - кашель, отделение мокроты, одышка, боли в грудной клетке, кровохарканье; 2) внелегочные (симптомы общей интоксикации) – лихорадка, слабость, вялость, адинамия, снижение аппетита.

Болезнь начинается, как правило, остро с резкого повышения температуры до 39-40°C, озноба, головной боли. Если пневмония развивается

на фоне гриппа или респираторной вирусной инфекции, то обычно на 5-7 день заболевания самочувствие вновь ухудшается и отмечается повторный подъем температуры до высоких цифр. В редких случаях возможно и бессимптомное течение пневмонии. С первых дней заболевания больного беспокоит сухой, болезненный кашель, который затем становится влажным, с отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты, иногда с примесью крови («ржавая» мокрота). Нередко развивается так называемая «охающая» одышка, изменяется частота и глубина дыхания, для облегчения дыхания вовлекается вспомогательная мускулатура. Беспокоят боли в грудной клетке на стороне поражения. Если пневмония развивается в нижних долях легких, особенно справа, могут наблюдаться симптомы поражения желудочно-кишечного тракта – рвота, боли в околопупковой области живота. На 5-7 день обычно температура резко падает, наблюдается обильное потоотделение, больной начинает выздоравливать. Для верификации диагноза проводят рентгенографию органов грудной клетки, которая выявляет воспалительный инфильтрат в легких.

Больным пневмонией обычно назначают вначале постельный, затем полупостельный режим. Диета больному показана с достаточным количеством витаминов, белков, углеводов и других необходимых веществ, но с ограничением поваренной соли. Больному рекомендуется обильное питье: клюквенный морс, фруктовые соки, чай с лимоном, минеральные воды, витаминные настои. Главным и обязательным компонентом лечения при пневмонии является применение антибиотиков, которое проводится только по назначению врача.

Успех в лечении пневмонии во многом определяется рациональным выбором антибиотика, который должен эффективно воздействовать на наиболее вероятных возбудителей при минимальном количестве нежелательных реакций.

Бронхиальная астма — это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, характеризующееся повторными эпизодами обратимой бронхиальной обструкции, вызванной хроническим аллергическим воспалением и гиперреактивностью бронхов. Бронхиальная астма проявляется приступообразным кашлем, затруднениями дыхания и приступами удушья.

По современным представлениям в основе бронхиальной астмы лежат хроническое аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов. Поэтому независимо от степени тяжести и даже в период стойкой ремиссии, когда нет никаких признаков заболевания, бронхиальная астма является хроническим воспалительным заболеванием дыхательных путей.

В результате воспалительного процесса развиваются 4 механизма бронхиальной обструкции (закупорки бронхов): острый бронхоспазм (сужение бронхов), отек стенки бронха, образование вязкой слизистой мокроты, склеротическая (рубцовая) перестройка бронхиального дерева.

Классификация бронхиальной астмы по этиологическому фактору:

- атопическая (экзогенная, аллергическая) – провоцируется аллергеном окружающей среды;
- неатопическая (эндогенная, неаллергическая) – возникает на фоне непереносимости противовоспалительных препаратов (аспирин, анальгин).

Атопия (аллергия) - это генетически обусловленное состояние, при котором в организме в ответ на воздействие аллергенов вырабатывается избыточное количество специфических веществ (прежде всего – иммуноглобулин IgE). Это важнейший предрасполагающий фактор развития бронхиальной астмы. У детей этот механизм развития болезни является основным. Атопия может наследоваться более чем в 30% случаев.

При неатопическом варианте основным механизмом является гиперреактивность бронхов, определяемая как повышенная чувствительность дыхательных путей (повышенная готовность бронхов к сужению) к стимулам, безразличным для здоровых лиц. При этой форме болезни пусковыми агентами могут выступать респираторные инфекции, холод, резкие запахи, эндокринные и нервно-психические расстройства, профессиональные факторы и аэрополлютанты неаллергенной природы.

Факторы риска развития бронхиальной астмы:

1. Внутренние факторы - генетическая предрасположенность, атопия, гиперреактивность.
2. Внешние факторы, способствующие развитию заболевания у предрасположенных к этому людей, - аллергены: бытовые, пылевые, эпидермальные, пищевые, лекарственные.

Наиболее типичное проявление бронхиальной астмы — приступ удушья, который возникает при воздействии на организм пускового фактора (триггера). Частыми триггерами – факторами, провоцирующими развитие приступа удушья, являются домашние и внешние аллергены, поллютанты, респираторные инфекции, физическая нагрузка и гипервентиляция, изменение погодных условий, холод, пища, пищевые добавки, лекарства, эмоциональные перегрузки, курение (активное и пассивное), домашние аэрозоли, запахи краски и др. Каждый больной должен знать свои триггеры астмы, в школе об этом должен знать также учитель больного ребенка.

У многих больных развитию приступа предшествуют продромальные явления — зуд в носу, чиханье, сухой приступообразный кашель, чувство «першения в горле» и др. Обычно приступ астмы начинается ночью или ранним утром, больной просыпается от чувства тяжести в груди и нехватки воздуха, на расстоянии слышатся свистящие хрипы. Во время приступа больной принимает вынужденное сидячее положение с наклоном вперед, опирается локтями на колени, при этом плечи немного подняты и сдвинуты вперед, голова втянута в плечи, грудная клетка как бы застывает в состоянии вдоха. Больной бледен, кожные покровы с синюшным оттенком, покрыты потом.

Затруднен преимущественно выдох. Вдох короткий, за которым наступает продолжительный, очень тяжелый выдох. В дыхании участвуют также мышцы верхнего плечевого пояса. В момент приступа удушья мокрота отсутствует и

только после его купирования начинает отходить в небольшом количестве в виде «слепков бронхов» вязкой консистенции.

Если приступ длительно не купируется - развивается астматический статус, который характеризуется стойкой и длительной бронхиальной обструкцией, нарушением дренажной функции бронхов и нарастанием дыхательной недостаточности.

Астма – болезнь, которую можно контролировать. При правильном постоянном лечении астма не ограничивает физическую активность и не приводит к снижению качества жизни. Больной астмой не должен считать, что его удел – инвалидность, среди больных астмой были известные политики и певцы (Джон Кеннеди, Че Гевара), артисты балета и спортсмены (Дэвид Бэкхем, Ирина Слуцкая).

В Беларуси на базе детских городских поликлиник организована работа Астма – школ, где дети и их родители учатся справляться с болезнью. Образовательная программа предусматривает обучение навыкам самопомощи при развитии приступа, дает необходимые знания о природе заболевания, методах профилактики обострений и способах уменьшения побочных эффектов проводимого лечения. Важное значение придается преодолению чувства неуверенности в себе, снятия тревожности.

В качестве наиболее доступного и удобного в амбулаторной практике метода мониторингирования астмы используется определение пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра и ведение специального дневника с записью показателей. Пикфлоуметр – это прибор для измерения максимальной скорости выдоха (МСВ). Во всем мире больные бронхиальной астмой утром и вечером измеряют этот показатель, контролируя состояние своего здоровья. Ежедневная пикфлоуметрия позволяет судить об амплитуде суточных колебаний пиковой скорости выдоха как критерия достаточности проводимой терапии, а также может свидетельствовать о наступлении обострения заболевания. Ухудшение показателей при пикфлоуметрии отмечается раньше, чем больной сам почувствует появление первых клинических признаков ухудшения состояния и развития обострения, что дает ему возможность своевременно принять необходимые меры или обратиться к врачу.

Основное в лечении больного - выявить значимые аллергены и устранить контакт с ними. Если это невозможно, нужно сделать все для того, чтобы уменьшить экспозицию данных агентов. Особую значимость имеют сенсibilизация аллергенами бытового окружения пациента, что заставляет применять мероприятия, направленные на снижение их концентрации в жилище пациента. Важнейшими аспектами санитарно-гигиенических мероприятий является соблюдение гипоаллергенной диеты, поддержание чистоты воздуха в жилище пациента.

Лучший способ введения лекарств при астме – ингаляционный. Поэтому основные противоастматические препараты выпускаются в виде дозированных аэрозолей (карманные ингаляторы). Все препараты делятся в основном на 2 вида:

- для длительного (базисного) противовоспалительного лечения;
- для быстрого расширения бронхов и снятия приступа удушья (бронходилататоры).

Базисную терапию больной, как правило, должен получать ежедневно для эффективного воздействия на хроническое воспаление бронхов, а бронходилататоры - ситуационно, при развитии приступа. В зависимости от тяжести течения астмы врач назначает негормональные противовоспалительные средства или глюкокортикостероиды (гормональные).

Оказание первой помощи в школе при приступе бронхиальной астмы:

1. Прекратить контакт с возможным аллергеном.
2. Максимально успокоить ребенка. Напомнить ему о наличии ингалятора и достать его. Вывести ребенка в отдельное помещение, усадить с опорой руками впереди. Дать приток свежего воздуха, однако в помещении должно быть тепло. Сообщить родителям.
3. Дать больному глоток теплой воды (некрепкого чая).
4. Ребенок делает ингаляцию бронхорасширяющего препарата быстрого действия, которым обычно пользуется (фенотерол (Беротек) 1 мг; сальбутамол 2,5 мг); через 10-15 минут - при отсутствии эффекта вызываем скорую помощь, затем следует повторная ингаляция, через 10-15 минут – 3-я ингаляция (не более).
5. Проводится дыхательная гимнастика (дыхание с сопротивлением на выдохе).
6. При улучшении состояния выпить теплой воды (некрепкий чай).

К профилактике бронхиальной астмы относится борьба с загрязнением окружающей среды, контроль за качеством пищи, обеспечение экологической безопасности предприятий. Большое значение имеет длительность грудного вскармливания, профилактика аллергических болезней, рациональное физическое воспитание. Профилактика бронхиальной астмы включает также своевременную санацию очагов инфекции, предупреждение острых респираторных заболеваний.

Профилактика обострений бронхиальной астмы включает в себя устранение этиологических факторов, гипоаллергенную диету, соблюдение рекомендуемых схем медикаментозной терапии, динамическое наблюдение за пациентом, устранении избыточной влажности и плесени в жилых помещениях, мероприятия по удалению клещей, регулярные проветривания и влажные уборки помещений. При аллергии на домашнюю пыль следует использовать только гипоаллергенные постельные принадлежности (синтепон или ватные), лучше отказаться от ковров, не убранных за стекло книг и других предметов, на которых скапливается пыль. Больным с пылевой аллергией следует ограничить пребывание на свежем воздухе во время цветения растений, вызывающих аллергию. В школе учитель должен оценивать аллергенность растений, предметов, находящихся в классе, следить за регулярностью и качеством проводимой уборки класса. Наличие пищевой аллергии учитывается

при организации питания ребенка в школе. Ремонт помещений школы должен проводиться только в отсутствии детей на каникулах.

Ринит (насморк) — воспаление слизистой оболочки носа. Различают острый и хронический насморк. Острый ринит может быть самостоятельным заболеванием или признаком острых инфекционных заболеваний (грипп, корь, дифтерия и др.). Непосредственной причиной является чаще всего вирусы и бактерии. Фактором, который провоцирует ринит, главным образом является переохлаждение, реже причиной могут быть механические или химические раздражения. Острый ринит всегда двусторонний.

Вначале отмечается легкое недомогание, ощущение сухости в носоглотке, зуд в носу. Носовое дыхание затруднено, появляются чихание, слезотечение, снижается обоняние, изменяется тембр голоса, наблюдаются обильные жидкие выделения из носа. В дальнейшем выделения становятся слизисто - гнойными, при нарушении целостности мелких кровеносных сосудов - кровянистыми. Воспаление слизистой оболочки носа может распространиться и на другие отделы дыхательных путей, а также на придаточные пазухи, носослезный канал, слуховую трубу, барабанную полость. Продолжительность заболевания 7-10 дней.

Для оказания первой помощи и лечения острого ринита используются сосудосуживающие средства (називин и др.), препараты лучше выбирать в форме аэрозоли с содержанием масел для уменьшения травмирования слизистой оболочки, применять не более 3-5 дней. Прогревание носа рекомендуется с 3-4 дня заболевания, в первые дни заболевания при отсутствии лихорадки – горячие ножные ванны. При появлении заложенности – пиносол, прогревание, промывание носа морской водой.

Ангина – острая инфекционная болезнь, протекающая с воспалением лимфоидной ткани ротоглотки (чаще небных миндалин) и регионарных лимфоузлов. Чаще всего возбудителем ангины является стрептококк, который относительно устойчив во внешней среде.

Источниками инфекции являются больные стрептококковой ангиной, скарлатиной и здоровые носители. Распространение инфекции происходит воздушно-капельным путем, возможна передача через предметы внешней среды, на которые попадает возбудитель – предметы столовой посуды, продукты питания.

Признаки. Инкубационный период составляет от 10-12 часов до 2 суток. Болезнь начинается остро – появляется озноб, резко повышается температура тела, сильны боли в мышцах, резкая слабость, отсутствие аппетита. Больные жалуются на сильные боли в горле – при осмотре зева видны увеличенные гиперемированные миндалины, в зависимости от формы ангины на миндалинах могут образовываться налеты или нагноившиеся фолликулы. Болезненны и увеличены подчелюстные лимфатические узлы. При неправильном или поздно начатом лечении возрастает риск развития тяжелых осложнений – поражения сердца, ревматизм, гломерулонефрит и др.

Оказание первой помощи и уход за больным. Больному необходим постельный режим на весь период лихорадки. Большое количество питья, дробное питание полужидкой пищей. Пища и питье должны быть теплыми – ни холодными, ни горячими. Для снижения температуры должны быть использованы жаропонижающие средства – ибупрофен, парацетамол, аспирин (кроме детей до 12 лет). Ни в коем случае нельзя ставить больному влажный спиртовой компресс – горло закрывают косынкой или мягким шерстным шарфом. Можно проводить полоскание горла теплыми растворами трав, соды и солью и др., обрабатывать горло специальными аэрозолями (типа йокс), обладающими антибактериальным действием. Однако следует отметить, что при данном заболевании как можно раньше должны быть назначены препараты антибиотиков, для чего следует обратиться без промедления за медицинской помощью.

Профилактика. Больного изолируют, выделяют отдельную посуду. Следует отметить относительно малую заразность заболевания для окружающих, обладающих достаточным уровнем иммунитета. Заболевание опасно в первую очередь для детей. Основным направлением профилактики является укрепление иммунитета.

Туберкулез – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией туберкулеза (МБТ), характеризующееся формированием специфических гранул в различных органах (чаще легких) и полиморфной клинической картиной

Заболеваемость туберкулезом тесно связана с социально-экономическим благополучием общества, поэтому эту инфекцию относят к социально-значимым заболеваниям. В Республике Беларусь в настоящее время имеется тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом.

Возбудитель: туберкулезная палочка (микобактерия туберкулеза - МБТ), 24 марта 1882 г. немецкий микробиолог Роберт Кох объявил об открытии возбудителя, в честь чего день 24 марта ВОЗ объявлен Всемирным днем борьбы с туберкулезом. Различают следующие типы бактерии – человеческий, бычий, птичий и мышиный. У человека заболевание может быть вызвано любым типом.

По виду туберкулезный возбудитель напоминает палочку - длинную (до 10 микрон в длину), тонкую (0,2-0,6 микрона), с закругленными концами. Таковую форму ей придает микрокапсула - специальная полисахаридная оболочка, "надетая" поверх обычной бактериальной клеточной стенки. В значительной мере ей туберкулезная палочка обязана своей невероятной выносливостью: на поверхности предметов и в частицах пыли она сохраняет жизнеспособность в течение многих дней, в воде - до 5 месяцев. Она не погибает в кислой среде (где большинство бактерий живет не больше нескольких минут), до 5 часов остается живой после обработки хлорными дезинфектантами, в высушенном виде выдерживает до 25 минут кипячения. Микобактерия туберкулеза чувствительная к кислороду и солнечному свету.

Источник инфекции: больные люди, животные (чаще крупный рогатый скот).

Пути передачи:

- аэрогенный: воздушно-капельный или воздушно-пылевой;
- алиментарный: вместе с пищей от больных животных (молоко);
- контактный: через инфицированные объекты окружающей среды;
- внутриутробный: от матери к плоду через плаценту.

Развитие заболевания происходит в два этапа:

- 1.инфицирование (проникновение инфекции в организм)
- 2.развитие болезни

При первичном инфицировании туберкулез развивается только в 7-9% случаев. В организме 90% инфицированных людей действует бессимптомная латентная инфекция - устанавливается динамическое равновесие между МБТ и иммунной защитой организма. Риск развития туберкулеза определяется: наличием эпизода (ов) инфицирования и снижением защитных сил организма.

Риск заражения повышают следующие факторы: тесный бытовой и производственный контакт с больным, злоупотребление алкоголем, наркотиками, нахождение в местах заключения, контакт с больными (медработники), отсутствие постоянного места жительства. Риск развития туберкулеза имеется: у недавно перенесших заражение (в течении 2-х лет), у лиц с подозрением на туберкулез в прошлом, страдающих ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом, беременных, злоупотребляющих наркотиками, алкоголем, табаком, при нерациональном питании.

Заболеемость туберкулезом имеет социальные черты: мужчины болеют в 4 раза чаще женщин, среди больных 25% безработных, 30% - злоупотребляющих алкоголем, чаще страдают лица с низким уровнем образования и доходов, работающие во вредных условиях труда, испытывающие психологические и физические перегрузки, имеющие неудовлетворительные жилищные условия.

Признаки. Туберкулез поражает любые органы и системы (редко сердце, скелетную мускулатуру и поджелудочную железу), но почти всегда первоначально легкие. В легких образуется первичный очаг инфекции, откуда она распространяется по всему организму. Первыми признаками туберкулеза могут быть: боль в груди, длительный (более 3-х недель) кашель, одышка, повышение температуры, быстрая утомляемость, ночная потливость, потеря аппетита и веса.

Лечение туберкулеза длительное и комплексное. Прежде всего, оно включает прием противотуберкулезных препаратов. Могут применяться также хирургические, физиотерапевтические методы лечения и иммунотерапия.

Профилактика:

- 1.Специфическая: вакцинация (вакцина БЦЖ) с 3-4 дня жизни.
- 2.Неспецифическая:

- выявление больных (флюорографическое исследование органов грудной клетки - ФОГК), кожные аллергические реакции - проба Манту, диаскинтест, квантифероновый тест;
- изоляция и лечение больного;
- социальные мероприятия: контроль за экологической средой, улучшение экономических и социально-бытовых условий жизни и труда;
- укрепление иммунитета: формирование здорового образа жизни, рациональное питание, борьба с вредными привычками.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия» , 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Основы медицинских знаний (туристический аспект): пособие /В.П.Сытый, А.Г.Фурманов; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск: БГУФК, 2012. – 228 с.
4. Усов И.Н. Здоровый ребенок.: справочник/ И.Н. Усов. - Минск: Беларусь, 1994. - 446 с.

Тема 2. Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей.

Заболевания органов мочевой системы у детей

План:

- 1) Распространённость болезней системы кровообращения среди детей.
- 2) Понятие о врожденных пороках сердца (ВПС): причины, признаки, основные лечебные мероприятия, осложнения, профилактика.
- 3) Первая помощь при обмороке и коллапсе.
- 4) Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит у детей: причины, признаки, осложнения, профилактика

Болезни системы кровообращения (БСК) являются основной причиной инвалидности и смертности взрослого населения, как во всем мире, так и в Республике Беларусь. Истоки многих БСК, обычно развивающихся постепенно, лежат в детстве, за последнее десятилетие распространённость БСК у детей возросла в 3 раза. Обращает на себя внимание также увеличение контингента детей с хроническими БСК, в том числе – детей - инвалидов. Изменилась и структура БСК детского возраста: уменьшилась частота ревматических поражений сердца и инфекционных эндокардитов, но увеличился удельный вес нарушений ритма, артериальной гипертензии, кардиомиопатий, синдрома вегетативной дистонии, функциональных расстройств. Ежегодно возрастает количество детей с врождёнными пороками развития и нарушениями метаболизма миокарда. Развитие этих болезней часто обусловлено дисплазией соединительной ткани

сердца, наследственной предрасположенностью или генетическими дефектами.

В детском возрасте субъективные проявления патологии органов кровообращения часто отсутствуют или выражены минимально, дети редко предъявляют жалобы, характерные для БСК, поэтому чаще всего патологию выявляют при проведении физикального и инструментального исследования. Если патология своевременно не выявлена, в процессе роста и развития ребёнка, воздействия на него множества разнообразных факторов (эмоциональные и физические перегрузки, вредные привычки, неблагоприятная экологическая обстановка и др.), патология проявляется в виде внезапного ухудшения здоровья, острого состояния, в отдельных случаях приводя к летальному исходу. К тому же, БСК в детстве всегда оказывают влияние на физическое и психическое развитие ребенка. Нарушение поступления крови к коре больших полушарий приводит к изменению высших психических функций, необходимых для обучения ребенка.

Взрослым следует обращать внимание на следующие признаки, свидетельствующие о БСК: слабость, одышку, жалобы, не свойственные детям (боли в сердце, сердцебиение и т.д.), окраску кожных покровов, деформации грудной клетки и пальцев, отставание в физическом развитии. Профилактику БСК и неблагоприятных исходов, связанных с патологией сердца и сосудов у взрослых, необходимо начинать в детстве. Диспансерное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы проводится у всех детей, начиная с периода новорожденности, с обязательным определением частоты сердечных сокращений, измерением артериального давления на руках и ногах, проведением электрокардиографии, при необходимости – сонографического исследования сердца и крупных сосудов.

Врождённые пороки сердца и магистральных сосудов (ВПС) - аномалии морфологического развития сердца и крупных сосудов. ВПС обычно формируются на 2-8-й неделе внутриутробного развития в результате нарушения процессов эмбриогенеза. ВПС наблюдают со средней частотой 5-8 на 1000 живорождённых. До 70% детей с этой патологией (при отсутствии должного, в том числе оперативного, лечения) погибают на первом году жизни. ВПС составляют 30- 35% от всех врожденных пороков (вся врожденная патология 2,6 – 4,2% от количества новорожденных).

При большом количестве разнообразных ВПС семь из них встречаются наиболее часто: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) - составляет около 20% всех случаев врождённых пороков сердца, а дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), открытый артериальный проток (ОАП), коарктация и стеноз аорты, стеноз легочной артерии и транспозиция крупных магистральных сосудов (ТКС) — по 10-15% каждый.

Конкретные причины возникновения ВПС неизвестны. По современным научным данным хромосомные нарушения являются причиной ВПС в 5% случаях. При этом ВПС является частью синдрома

полисистемного порока развития. Например, при синдроме Дауна очень часто наблюдаются ДМПП и ДМЖП. Синдром Дауна является тем вариантом хромосомной патологии, который часто встречается у совершенно здоровых родителей. Мутации отдельных генов играют роль в 2-3% случаев формирования ВПС. Как и в первом случае, ВПС при генных мутациях сочетаются с аномалиями развития других органов. Генные мутации передаются по наследству. Факторы внешней среды имеют значение для развития ВПС в 1-2% случаев. Из наиболее важных факторов данной группы можно выделить соматические болезни беременной (например, сахарный диабет), воздействие рентгеновского излучения на организм матери в первый триместр беременности, некоторых медикаментов, вирусов, алкоголя, и др. Подавляющее число ВПС связывают с полигенно-мультифакториальным наследованием – в 90%. По наследству передается предрасположенность к развитию ВПС, реализация которой провоцируется факторами среды, действующих на эмбрион (плод) или новорожденного.

ВПС с довольно большой точностью выявляются при плановых ультразвуковых исследованиях во время беременности. Данная процедура позволяет выявить до 90% ВПС. Чем раньше выявлен ВПС, тем больше надежды на своевременное его лечение.

Заподозрить ВПС у ребенка можно по следующим признакам:

- необычная окраска кожных покровов - голубой или синюшный цвет кожи, губ, ушных раковин (голубые пороки), при белых пороках сердца - побледнение кожи и похолодание конечностей;
- при прослушивании сердца выявляет шумы. Шум у ребенка не обязательный признак порока сердца, однако, он заставляет тщательнее обследовать сердце;
- признаки сердечной недостаточности – сердцебиение, аритмия, одышка;
- изменения на электрокардиограмме, рентгеновских снимках, при эхокардиографическом исследовании.

В ряде случаев даже имея ВПС, некоторое время после рождения ребёнок может выглядеть внешне вполне здоровым в течение первых десяти лет жизни. Однако в дальнейшем порок сердца начинает проявлять себя: ребенок отстает в физическом развитии, появляется одышка при физических нагрузках, бледность или даже синюшность кожи. Для установки истинного диагноза необходимо комплексное обследование сердца. ВПС может осложниться кровоизлияниями в головной мозг, инфарктом миокарда, а также присоединением инфекционного эндокардита.

Прогноз у большинства больных благоприятный для жизни при условии своевременного установления диагноза и квалифицированного оперативного вмешательства в оптимальные сроки. Летальность в таких случаях составляет 1-2%. При сложных комбинированных пороках (а их не более 5% от общего числа ВПС) летальность достигает 25%. ВПС занимают третье место среди причин детской инвалидности.

Обморок (syncope) – внезапная кратковременная потеря сознания, вызванная ишемией головного мозга за счет острого снижения сосудистого тонуса.

Причины обморочных состояний: внезапная резкая боль, страх, нахождение в душном помещении, вид крови, быстрый переход в вертикальное положение, при аритмиях сердца.

Часто перед потерей сознания человек чувствует слабость, поташнивание, затем он внезапно падает или медленно опускается. Лицо становится бледным, зрачки узкие, живо реагируют на свет. Пульс слабого наполнения, АД понижено. Частота и ритм сердечных сокращений неравномерны. После падения в горизонтальном положении обморок, как правило, быстро прекращается: возвращается сознание, больной делает глубокий вдох и открывает глаза. Обморок длится не более 5-10 минут.

Первая помощь:

1. Уложить ребенка на спину, приподняв ноги, расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить приток свежего воздуха.
2. Вызвать раздражение рецепторов кожи и слизистых оболочек: растирание ладоней, мочек ушей, похлопывание по лицу, опрыснуть лицо холодной водой. Нашатырный спирт детям лучше не применять.
3. При отсутствии эффекта в течение 10 минут – вызов Скорой помощи.

Коллапс (лат. collapses - ослабевший) – острое значительное снижение артериального давления за счет снижения тонуса сосудов, уменьшения венозного возврата крови к сердцу и уменьшения объема циркулирующей крови (гиповолемии).

Причины коллапса: острые инфекционные заболевания (грипп, пневмония и др.), передозировка антигипертензивных препаратов, аллергические реакции, острая кровопотеря, потеря жидкости при обильном диурезе или диарее, резкое снижение температуры (кризис), инфаркт миокарда, острая недостаточность функции надпочечников.

Внезапно появляется выраженная слабость, головокружение, шум в ушах. Больной становится безразличным к окружающим событиям, сознание затемненное. Кожные покровы приобретают бледный, а затем синюшный вид, покрыты потом. Пульс частый, слабого наполнения. АД низкое (< 90 мм.рт.ст.). однако признаки острой сердечной недостаточности отсутствуют: шейные вены спавшиеся, нет признаков застоя в легких (хрипов). Снижается температура тела (менее 35⁰С)

Первая помощь:

1. Уложить больного горизонтально с приподнятыми ногами. Измерить температуру тела, артериальное давление, подсчитать частоту пульса.
2. При подозрении на коллапс – вызов Скорой помощи.
3. Согреть тело: накрыть одеялом, к ногам – грелки.
4. Оказывать помощь в зависимости от причины коллапса.

Термин «**инфекция мочевой системы**» (ИМС, **мочевая инфекция**) в настоящее время объединяет инфекционно-воспалительные болезни мочевой системы и включает в себя пиелонефрит, цистит, уретрит и асимптоматическую бактериурию. Мочевая инфекция – микробно-воспалительный процесс в любом отрезке слизистой оболочки мочевого тракта на всем ее протяжении (в уретре, мочевом пузыре, лоханках, чашечках), захватывающий и непосредственно ткань почек.

Согласно современным представлениям, у детей, особенно младшего возраста, в силу недостаточной зрелости почечной ткани, а также сниженного, по сравнению со взрослыми, иммунитета, не бывает изолированного поражения отдельных участков мочевого тракта – уретрита, цистита, пиелита. Среди школьников 5% девочек и 0,5% мальчиков переносят ИМС.

Известны три пути попадания инфекции в мочевую систему:

- гематогенный (через кровь) – наиболее частый у новорожденных и детей первых месяцев жизни;
- уриногенный (из уретры по мочевым путям) – это основной путь, преимущественная заболеваемость девочек определяется легкостью заноса инфекции из анального отверстия и наружных половых органов в мочеиспускательный канал, а также тем, что сам мочеиспускательный канал у них шире и короче;
- лимфогенный - возбудитель заносится в почку через лимфатические сосуды.

Предрасполагают к развитию воспалительного процесса у детей нарушения деятельности мочевого пузыря (энурез, дневное недержание мочи, недержание мочи, нейрогенный мочевой пузырь), нарушения оттока мочи (наличие камней, фимоз у мальчиков, врожденные сужения мочевыводящих путей), воспалительные поражения наружных половых органов (вульвиты, вульвовагиниты), несоблюдение правил личной гигиены, запоры и болезни кишечника, глистные инвазии, переохлаждение, снижение иммунитета.

Чаще всего острая мочевая инфекция протекает в форме цистита и пиелонефрита.

Острый цистит - острое воспаление мочевого пузыря.

Болезнь развивается внезапно (за несколько часов), проявляясь в типичных случаях жжением и/или болезненностью при мочеиспускании (дизурией), частыми настоятельными позывами, болью над лобком, небольшим повышением температуры (максимальным до 37,5-38,0⁰С) и ноктурией (повышенным мочеиспусканием по ночам). Нередко возникают боли в пояснице.

Необходимо безотлагательно обратиться к врачу, собрать мочу на анализ. В моче обнаруживается большое количество лейкоцитов, моча нередко мутнеет. Для снятия болезненных явлений в качестве первой помощи можно принять обезболивающее средство, а также выполнить

сидячую теплую ванночку с фурацилином. Полезны клюквенный морс, отвары толокнянки и можжевельника.

Острый пиелонефрит - острое неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание слизистой оболочки мочевыводящих путей: лоханок, чашечек и интерстициальной ткани почек.

Для острого пиелонефрита характерно внезапное начало, быстро повышается температура (до 38-39⁰С), общая слабость, головная боль, снижение аппетита, боли в пояснице постоянного ноющего характера (односторонние или двусторонние). Болезненные учащенные мочеиспускания. Моча изменена даже на глаз –становится мутной. Помутнение мочи объясняется наличием в моче примеси гноя (лейкоциты), бактерий и слизи. У больного отмечаются бледность кожи, небольшая отечность лица, повышение артериального давления. У детей возможно протекание пиелонефрита под различными масками: в виде острого живота, диспепсических расстройств.

Осложнениями пиелонефрита являются острая почечная недостаточность, поддиафрагмальный абсцесс, перитонит. Острый пиелонефрит в 60% случаев заканчивается выздоровлением, в 40% приобретает хроническое течение.

В качестве оказания первой помощи следует создать больному постельный режим, давать обильное питье (клюквенный морс, отвар шиповника, фруктовые соки, компот из голубики), при высокой температуре - холодные примочки на лоб, жаропонижающие средства, при боли в области поясницы – но-шпа с анальгетиками. Из рациона исключают острые блюда, приправы, специи, консервированную пищу, жареные блюда, мясные и рыбные отвары, алкоголь, кофе, какао. Рекомендуют молочно-растительную пищу с уменьшенным содержанием соли.

Основными направлениями профилактики ИМС у детей являются:

1. Гигиена половых органов: правильное подмывание после дефекации, регулярная смена нательного белья.
2. Рациональное питание: снижение потребления сахара, острого, соленого, употребление клюквенного морса и смородины.
3. Закаливание ребенка, предупреждение переохлаждения, подбор сезонной одежды.
4. Регуляция деятельности мочевого пузыря – предотвращение и лечение энуреза, дневного недержания и др.

Острый гломерулонефрит - это острое иммуновоспалительное заболевание с преимущественным поражением клубочкового аппарата обеих почек. Большинство случаев гломерулонефрита регистрируется у детей дошкольного и младшего школьного возраст (от 3 до 9 лет), у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек.

По современным представлениям это инфекционно-аллергическое заболевание. В развитии заболевания изначальную роль играет стрептококковая инфекция (12-й штамм бета-гемолитического стрептококка

группы А), которая обуславливает такие заболевания как скарлатина, ангина, тонзиллит, фарингит, отит, гайморит. Реже играют роль другие виды бактериальной инфекции (пневмококк, стафилококк), а также вирусная инфекция (аденовирусы, вирус герпеса, краснухи, инфекционного мононуклеоза, гепатита В и др.). Предрасполагающими факторами к развитию гломерулонефрита у детей может быть наследственность, повышенная чувствительность к стрептококковой инфекции, носительство и наличие очагов хронической инфекции в носоглотке и на коже. Способствовать активации латентной стрептококковой инфекции и развитию гломерулонефрита у детей переохлаждение организма (особенно во влажной среде), излишняя инсоляция, ОРВИ.

Гломерулонефрит возникает через 1-2, а иногда и 3 недели после перенесенной инфекции. В типичных случаях болезнь начинается с классической триадой симптомов – почечного синдрома. При этом у больных наблюдаются отеки (преимущественно в области лица, век). Отеки появляются утром, в тяжелых случаях быстро распространяются на туловище, жидкость может скапливаться в брюшной полости. Вторым типичным признаком – повышение артериального давления в пределах 140-160/90-110, иногда выше 180/120 мм рт.ст. Наблюдаются изменения состава мочи: в моче появляется белок и эритроциты, повышается удельный вес, нередко моча приобретает цвет «мясных помоев».

Почечному синдрому сопутствуют другие признаки. Больные жалуются на слабость. Наблюдаются боли в поясничной области с обеих сторон, повышается температура тела, наблюдается одышка, боли в области сердца, головные боли. Может быть тошнота, рвота.

Осложнениями острого гломерулонефрита являются острая почечная недостаточность, острая недостаточность левого желудочка сердца (сердечная астма), острое нарушение зрения (преходящая слепота), кровоизлияние в головной мозг, эклампсия (повышение внутричерепного давления и отек тканей).

Лечение гломерулонефрита проводится в стационаре. Больному назначают постельный режим на срок не менее 4 недель. Важным компонентом лечения является диета. После выписки из стационара дети находятся на диспансерном учете у детского нефролога в течение 5 лет, при рецидивах – пожизненно. В 1-2% острый гломерулонефрит переходит в хронический. Хронический гломерулонефрит сопровождается сморщиванием почек и развитием хронической почечной недостаточности.

В профилактике гломерулонефрита ведущим является предупреждение и раннее лечение стрептококковых инфекций, санация очагов инфекции в носоглотке и полости носа. Необходимо укреплять иммунитет, проводить закаливание детей.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.
3. Основы медицинских знаний (туристический аспект): пособие /В.П.Сытый, А.Г.Фурманов. - Минск: Белорус. гос. ун-т физ. культуры , 2012. – 228 с.

Тема 3. Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста

План:

- 1) Распространенность заболеваний органов пищеварения.
- 2) Острый гастрит, причины, признаки, первая помощь.
- 3) Хронический гастродуоденит, язвенная болезнь 12-ти перстной кишки причины, признаки.
- 4) Сахарный диабет, причины, типы, основные признаки, осложнения. Диабетическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь.
- 5) Глистные заболевания у детей.

За 2013-2015 г.г. первичная заболеваемость органов пищеварения увеличилась с 3662,1 до 3855,3 на 100 000 детского населения. У детей чаще встречаются сочетанные поражения органов пищеварения. Повышение заболеваемости у детей отмечается в возрасте 5—6 и 9—12 лет, т.е. в периоды наиболее интенсивных морфофункциональных изменений в детском организме, когда вследствие неравномерного роста и созревания отдельных органов и систем возникают диспропорции роста и дисфункция органов. Увеличивается роль психосоматического фактора и экологии в развитии болезней.

Острый гастрит - острое воспаление слизистой оболочки желудка.

В зависимости от причин гастриты могут быть инфекционной и неинфекционной природы. Гастриты инфекционной природы сопровождают различные кишечные инфекции: дизентерия, сальмонеллез и др. Гастриты неинфекционной этиологии могут быть вызваны перееданием, употреблением большого количества незрелых ягод, яблок и других фруктов, копченостей, прием некоторых лекарственных препаратов (ацетилсалициловой кислоты, цитостатических средств и др.), поступлением в организм пищевых аллергенов, к которым имеется индивидуальная чувствительность.

Через несколько часов после приема пищи (обычно ночью после нарушения пищевого режима в течение дня) ребенок просыпается от чувства тяжести в подложечной области или боли в животе. Возникает обильная рвота. Рвотные массы обычно кислые с остатками непереваренной пищи. В случае повторной рвоты примешивается желчь, и дети жалуются на горький

вкус во рту. Общее состояние страдает незначительно или не нарушается совсем. После рвоты наступает, как правило, облегчение, все явления стихают, боль в животе затихает и ребенок засыпает. В последующие 1—3 дня отмечается вялость, недомогание, пониженный аппетит, отрыжка, обложенный язык, иногда неустойчивый стул. При правильно проведенном лечении заболевание через 1-3 дня заканчивается выздоровлением.

Оказание первой помощи заключается в промывании желудка. Рекомендуют прием адсорбентов (уголь, смекта, энтеросгель), солевых растворов (регидрон, нормогидрон). Водно-чайная диета на 2 дня, затем постепенное введение продуктов. Ферментные препараты. При повышении температуры тела, отсутствии облегчения после рвоты срочно обратиться за медицинской помощью.

Хронический гастродуоденит (ХГД) — это воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язва двенадцатиперстной кишки (ЯДК) — это хроническая болезнь с образованием дефекта на слизистой оболочке.

В настоящее время существуют единые подходы к рассмотрению причин, признаков и принципов лечения данной патологии

В 80 - 90% случаев у больных ХГД и ЯДК выделяется бактерия рода *Helicobacter pylori*. Эта бактерия, не погибает от желудочного сока. У 20% больных отмечаются иммунологические нарушения (20%) и у 5% болезнь связывают с токсическим поражением различными веществами.

Предрасполагают к развитию патологии: отягощенный анамнез, качество и количество пищи, сухоедение, употребление приправ, пряностей, нерегулярность питания (1—2 раза в день). Существует большой процент детей с аллергической предрасположенностью к пищевым продуктам.

ХГД и ЯДК у детей протекают циклически. Периоды обострения сменяются ремиссиями. Период обострения чаще отмечается весной и осенью, длится от нескольких дней до 2—3 недель, проявляется болями, тяжестью в области живота, часто в подложечной области и справа от пупка. Ребенок, как правило, жалуется на боли после еды (от 20 мин до 1,5 ч), возможно возникновение боли сразу после еды. Боли по интенсивности и характеру могут быть тупыми, острыми, колющими и неопределенными; ранние и поздние. В период обострения хронического гастродуоденита могут появляться изжога, отрыжка, горечь во рту, изменения стула. Это чаще всего связано с сочетанной дисфункцией желудочно-кишечного тракта.

Болезнь протекает волнообразно, с рецидивами, у некоторых детей течение непрерывное. В период ремиссии самостоятельных болей нет, но при пальпации живота определяется его болезненность. Имеются и умеренные диспептические явления. В период полной клинической ремиссии исчезают и боли при пальпации, и диспептические симптомы.

Диагноз ХГД и ЯДК ставят на основании результатов фиброгастродуоденоскопии(ФГДС) с проведением биопсии. На хеликобактериоз возможно проведение уреазного (дыхательного) теста..

В период обострения необходим физический и психический покой, диета с дробным питанием, уменьшением жареного, исключением острой, кислой пищи. При обнаружении *H. pylori* решается вопрос об эрадикации бактерии, для которой разрабатываются специальные схемы лечения с использованием двух антибиотиков, ингибиторов протонной помпы, препаратов висмута.

Наиболее частыми осложнениями ЯДК являются кровотечение и перфорация (прободение) язвы. Кровотечение из язвы сопровождается общей слабостью, бледностью кожных покровов, головокружением, учащением пульса, падением артериального давления. Прободение вызывает развитие признаков «острого живота». При подозрении на острые осложнения у ребенка с диагнозами ХГД или ЯДК следует немедленно вызвать скорую помощь. До приезда медиков обеспечить физический и психический покой, уложить ребенка, на живот – холод. Нельзя пить, есть, принимать лекарственные препараты.

Сахарный диабет (СД) – группа метаболических болезней, характеризующихся гипергликемией (повышение уровня глюкозы в крови), которая является результатом дефекта секреции или дефектом действия инсулина, либо обоих этих факторов.

У здорового человека в норме уровень глюкозы натощак колеблется от 3,3 до 5,5 ммоль/л (в капиллярной крови), до 6,1 (в венозной крови), а через 1—1½ ч после приема пищи не превышает 7,8 ммоль/л. При СД натощак уровень глюкозы в капиллярной крови > 6,1 ммоль/л, в венозной крови > 7,0 ммоль/л, через 2 часа после еды > 11,1 ммоль/л (см. таблицу 1).

Таблица 1 – Диагностические критерии нарушений углеводного обмена

Сахарный диабет		
Уровень гликемии	Капиллярная, цельная кровь	Венозная кровь, плазма
натощак	>6,1	>7,0
через 2 часа после еды	>11,1	>11,1
Нарушенная толерантность к глюкозе		
натощак	<6,1	<7,0
через 2 часа после еды	>7,8<11,1	>7,8<11,1
Нарушенная гликемия натощак		
натощак	>5,6 <6,1	>6,1<7,0
через 2 часа после еды	<7,8	<7,8

В 2011 году ВОЗ для диагностики СД рекомендовала использовать определение HbA1c (гликированного гемоглобина) - необратимого соединения гемоглобина с глюкозой. Это биохимический показатель крови, отражающий среднее содержание сахара в крови за длительный период (до трех месяцев). Норма: HbA1c - до 6,0 % , при СД: HbA1c > 6,5 % .

Наиболее распространенными являются два основных типа диабета.

Сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа, инсулинзависимый диабет): для этого типа диабета свойственно развитие заболевания в детском, юношеском и молодом возрасте, в данном случае инсулин не вырабатывается поджелудочной железой или вырабатывается в недостаточном количестве. Поэтому больной обязательно нуждается в инъекциях препаратов инсулина. Чаще болеют лица мужского пола.

Сахарный диабет 2 типа (СД 2 типа, инсулиннезависимый диабет): на этот тип СД приходится более 90% случаев во всем мире. Это диабет, который выявляется преимущественно у людей старше 45 лет, однако в настоящее время этот тип диабета «молодеет» - его все чаще обнаруживают у детей и подростков вследствие увеличения случаев ожирения, чаще болеют лица женского пола. При СД 2 типа организм не способен эффективно использовать вырабатывающийся в поджелудочной железе инсулин – наблюдается невосприимчивость тканей к действию инсулина наряду с его повышенной выработкой (гиперинсулинемией). Для лечения СД 2 типа препараты инсулина используются по показаниям.

В развитии СД 1 типа играет роль наличие генетической предрасположенности, реализации которой способствуют вирусные инфекции сезонного характера (ОРВИ, грипп), эпидемический паротит, коревая краснуха, инфекционный гепатит. Имеют значение аутоиммунные заболевания, особенно эндокринные (аутоиммунный тиреоидит, хроническая недостаточность коры надпочечников).

Для развития СД 2 типа генетический фактор играет меньшую роль. В первую очередь имеют значение внешнесредовые и биологические предрасполагающие факторы: избыточный вес и ожирение, низкая физическая активность, питание с высоким содержанием жиров и низким содержанием пищевых волокон, возраст (60% больных старше 50 лет), низкий вес при рождении. Факторами риска развития диабета являются также психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, наличие хронического гастрита и холецистита, ишемической болезни сердца.

Характерными ранними признаками СД 1 типа являются: выраженная жажда, постоянный голод, частое мочеиспускание, потеря веса за короткое время, прогрессирующая утомляемость, снижение успеваемости в школе, затуманивание зрения. У детей клиническая картина заболевания нередко развивается бурно, диабет может быть обнаружен у них в состоянии комы. Больные СД 2 типа редко испытывают эти симптомы. Во многих случаях при СД 2 типа признаки отсутствуют, и диагноз устанавливается только через

несколько лет после появления заболевания, когда уже имеются поздние осложнения. Почти 50% больных СД 2 типа не подозревают о своей болезни.

К острым осложнениям, которые развиваются в течение минут, часов или дней и грозят инвалидностью либо смертью, относят гипергликемические и гипогликемическое состояние. Следует отметить, что учитель, находящийся рядом с больным СД ребенком, обязан распознать и оказать в случае необходимости адекватную помощь при данных острых состояниях.

Диабетическая кома, либо кетоацидоз развивается при высоком содержании в крови глюкозы – более 13.2 - 15 ммоль/л. К прекоматозному и коматозному состоянию могут приводить нарушение режима инсулинотерапии (больной пропустил инъекцию или ввел недостаточное количество инсулина), нарушение диеты, режима питания (избыточное употребление углеводов), стресс или инфекционное заболевание. Для диабетической комы и кетоацидоза характерно постепенное развитие. Признаками, указывающими на повышение сахара в крови, являются: частое мочеиспускание, потеря аппетита, сильная постоянная жажда, сильная сухость во рту, особенно ночью, кожа сухая, резкая слабость, тошнота, рвота, частый стул, появляется запах ацетона изо рта (похож на запах прокисших фруктов). Учитель отметит у ребенка невнимательность на уроках, апатию, сонливость. В качестве оказания первой помощи больному необходимо дать стакан теплой воды без сахара, позвонить родителям и сообщить им свои подозрения, вызвать скорую медицинскую помощь. При потере сознания уложить ребенка в устойчивое боковое положение. Лечение этого осложнения проводится исключительно в стационаре.

Гипогликемическое состояние и гипогликемическая кома - состояние, вызванное резким снижением уровня сахара крови и недостаточным обеспечением глюкозой клеток центральной нервной системы. Гипогликемия развивается у больных СД при передозировке вводимого инсулина или таблетированных сахароснижающих препаратов, нарушении режима питания или несвоевременном приеме пищи после инъекции препаратов инсулина, голодании, алкогольной интоксикации, физических нагрузках. Следует отметить, что гипогликемическое состояние развивается достаточно быстро. Признаками гипогликемии являются: сильная потливость (кожа влажная) и бледность, чувство голода, возбуждение, раздражительность, частое сердцебиение, головная боль, вследствие повышения мышечного тонуса может быть дрожание тела, рук, нарушается речь – появляется запинание, меняется почерк, нарушается равновесие, нарушается мышление (память) – ребенку бывает трудно вспомнить, как пишется то или иное слово, простая задача не находит своего решения. Для оказания помощи, пока ребенок не потерял сознание, ему срочно нужно дать легкоусвояемые углеводы – сладкое питье, чай с медом, таблетки глюкозы, конфеты, кусочек сахара. Немного позже - кашу, хлебобулочные изделия. Не рекомендуется шоколад,

мороженое и др. При потере сознания - срочно вызвать скорую медицинскую помощь, придать устойчивое боковое положение, сообщить родителям

Лечение сахарного диабета должно быть комплексным. Для сахароснижающей терапии используют препараты инсулина, таблетированные сахароснижающие препараты. Для экспресс-контроля уровня сахара в крови больные диабетом пользуются индивидуальными приборами – глюкометрами, ведут дневник питания, который позволяет подсчитывать количество потребляемых углеводов и соотносить его с дозами сахароснижающих препаратов.

Больным диабетом рекомендуется лечебная физкультура, гигиеническая гимнастика, посильная физическая нагрузка.

Современные методы лечения позволяют больным диабетом вести полноценную жизнь, долгое время сохранять достаточно высокую работоспособность. В Республике Беларусь создана сеть Школ диабета, где больные учатся «жить с диабетом».

Энтеробиоз – это контактный гельминтоз, заболевание, вызываемое мелкими паразитическими червями – острицами. Это небольшие серо-белые глисты. Длина самца червя 2-5 мм, самки длиннее – 9-12 мм. Зрелые особи паразитируют в кишечнике – нижних отделах тонкой кишки, в толстом кишечнике - в слепой кишке, начальной части ободочной кишки. Продолжительность жизни острицы – 30 дней, однако из-за постоянного самозаражения длительность заболевания не ограничена.

Самки, которые достигли половой зрелости, перемещаются в прямую кишку, выходят из анального отверстия, и откладывают яйца в складках кожи вокруг ануса. Эти яйца становятся заразными уже через 4-6 часов после отложения.

Болеют преимущественно дети дошкольного и младшего школьного возраста.

Источником заражения является больной.

Передача происходит через продукты питания, предметы окружающей среды (игрушки, книжки, дверные ручки и др.), на которые попадают зрелые яйца гельминтов. Возможно самозаражение через руки, когда ребенок расчесывает зудящие места. Заражение может произойти в бассейне.

Признаки: зуд в области заднего прохода, воспаление половых органов (у девочек), возбудимость, нарушение сна, скрежетание зубами во сне, склонность к диарее, нарушение пищеварения. Диагностика проводится путем исследования мазка (соскоба) с анальных складок после сна.

Лечение: вермокс, пирантел и др. Сорбенты для очистки кишечника.

Профилактика: соблюдение личной гигиены, дезинфекция предметов внешней среды – тщательная уборка помещений, выявление и лечение больных

Аскаридоз – геогельминтоз, вызываемый аскаридами.

Возбудителем аскаридоза является аскарида человеческая – *Ascaris lumbricoides*. Тело аскариды бело-розового цвета длиной до 40 см (самец до

20 см). Ротовое отверстие окружено тремя кутикулярными губами. Половозрелая форма локализована в тонком кишечнике человека. Аскарида человеческая паразитирует только у человека. Оплодотворенная самка откладывает в сутки до 240 тыс. яиц, которые вместе с фекалиями попадают во внешнюю среду. Дальнейшее развитие яиц происходит в почве, где при оптимальной температуре (20-25°C), достаточной влажности и доступе кислорода через 21-24 дня развиваются инвазионные подвижные личинки. При температуре окружающей среды ниже 12°C и выше 38°C личинки в яйцах не развиваются. Яйца с инвазионными личинками посредством различных факторов передачи попадают в желудочно-кишечный тракт человека.

Затем происходит миграция аскариды: в тонком кишечнике из яиц выходят личинки, они прободают стенку кишечника, попадают в кровеносные сосуды и совершают цикл миграции по организму. Вместе с током крови они проходят через печень, правое предсердие и желудочек, заносятся в легочную артерию и капилляры легочных альвеол. Здесь личинки активно пробуравливают стенки капилляров, проникают в полость альвеол, поднимаются в бронхиолы, бронхи, трахею и попадают в глотку, откуда вторично заглатываются и снова проходят в тонкий кишечник, где через 2,5-3 месяца превращаются в половозрелые формы. Миграция личинок продолжается около 2-х недель. Продолжительность жизни взрослых аскарид около 9-10 месяцев. В теле человека могут мигрировать личинки других аскарид (свиньи, собаки и др.), которые вызывают синдром *Larva migrans*, но половозрелой стадии они не достигают.

Единственным источником яиц аскарид является инвазированный человек через 2,5-3,5 месяца после заражения. В среднем аскариды паразитируют в организме человека около 9-10 месяцев, иногда доживают до года, и только в исключительно редких случаях – до 15 месяцев.

Механизм передачи инвазионного начала (яйц аскарид) – фекально-оральный. В связи с тем, что в биологическом цикле развития паразита почва играет решающую роль в созревании яиц, она же является и основным фактором передачи. При температуре -30°C все яйца аскарид гибнут очень быстро. В естественных условиях яйца аскарид могут переносить низкие температуры зимы под снежным покровом на всей территории Беларуси. Температура выше оптимальной переносится яйцами аскарид в меньших пределах, чем температура ниже оптимальной. Так, уже при температуре 37°C начавшееся развитие не заканчивается и зародыши погибают. Критической температурой, вызывающей гибель яиц аскарид в течение нескольких секунд, является температура 50°C. Без доступа воздуха (в ямах с компостами) яйца аскарид не развиваются, но сохраняют жизнеспособность в течение 3 месяцев и более. Яйца аскарид могут развиваться и в водоемах, но при содержании растворенного кислорода в количестве 8-11 мг/л. В районах умеренного климата (территория Беларуси) яйца аскарид, находясь в почве,

могут сохранять жизнеспособность и инвазионность в течение нескольких лет.

Признаки: личиночная и половозрелые формы аскарид обладают неодинаковым патогенным действием.

Миграционный аскаридоз: мигрирующие личинки вызывают сенсibilизацию организма, механически повреждают ткани печени и легких. Инкубационный период составляет 4-8 недель. Тяжесть этих процессов зависит от интенсивности инвазии. Для миграционного аскаридоза характерны общая слабость, лихорадка, потливость, кашель, артралгии, миалгии и симптомы аллергии: зуд, иногда кожные сыпи, постозность век и лица, астматический бронхит, эозинофильные летучие инфильтраты в легких, пневмонии, эозинофилия крови. Миграционный аскаридоз практически не диагностируется.

При кишечной стадии аскаридоза на первый план выступает токсическое и сенсibilизирующее действие продуктов обмена паразита. Кроме того, аскариды отнимают значительное количество пищи хозяина, раздражают слизистую кишечника, могут заползать в общий желчный проток, аппендикс, закупоривать просвет тонкого кишечника. Описаны отдельные случаи обнаружения взрослых аскарид в лобных пазухах, полости черепа, среднем ухе и других атипичных местах.

Для кишечного аскаридоза характерно снижение аппетита, гиперсаливация, снижение массы тела, боли в животе, тошнота, рвота, слабость, раздражительность, ухудшение памяти, отхождение гельминтов во время дефекации. При кишечном аскаридозе возможны осложнения: заползание аскарид в общий желчный проток (механическая желтуха), протоки поджелудочной железы (гнойный панкреатит), аппендикс (аппендицит), прободение аскаридами измененной стенки кишки (перитонит), спастическая и обтурационная непроходимость кишечника, атипичная локализация.

Постановка диагноза проводится при исследовании кала на яйца гельминтов.

Лечение: пирантел, декарис, вермокс.

Профилактика аскаридоза направлена на обнаружение зараженных и их лечение, защиту почвы от загрязнения фекалиями, просветительскую работу среди населения:

- соблюдение гигиенических правил: регулярное мытье рук, употребление только тщательно вымытых овощей, фруктов и зелени;
- отказ от привычки грызть ногти и облизывать пальцы;
- предупреждение загрязнения дворов и детских площадок фекалиями животных и людей (регулярная чистка дворовых туалетов, отказ от использования испражнений в качестве удобрения);
- детские площадки необходимо размещать в солнечных местах, так как яйца аскарид погибают под воздействием прямых лучей солнца;
- отказ от употребления сырой воды.

Литература:

1. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.
3. Основы медицинских знаний (туристический аспект): пособие/В.П.Сытый, А.Г.Фурманов . - Минск: Белорус. гос. ун-т физ. культуры , 2012. – 228 с.

Тема 4. Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь

План:

- 1) Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравления ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь.
- 2) Общая характеристика ситуаций, при которых происходят укусы детей клещами, змеями, животными. Признаки, оказание первой помощи, профилактика заражения клещевым энцефалитом и бешенством.

В зависимости от скорости развития отравления после употребления в пищу различают следующие группы ядовитых грибов:

- грибы, обладающие быстрым отравляющим действием, признаки развиваются через 1,5-2 часа после отравления: навозник серый, мухомор красный, желтый, коричневый, поганковидный, ложный опенок;
- грибы, обладающие медленным действием, признаки развиваются в промежутке не ранее 5 часов и до 2 суток после употребления: бледная поганка, мухомор бледный и вонючий, строчок весенний.

Для исхода отравления решающее значение имеет латентный период того или иного яда, то есть период между приемом пищи и проявлением первых симптомов отравления. Если пострадавший почувствовал себя плохо вскоре после употребления в пищу грибов, то вместе со рвотой большая часть принятой пищи, содержащей яд, выходит из организма. Но если яд начал действовать через несколько часов или дней, это свидетельствует о его проникновении в кровь, распространении в организме и поражении внутренних органов - в данном случае врачебная помощь может прийти слишком поздно. Таким образом, отравление грибами оказывается тем опаснее, чем длиннее был временной промежуток между едой и проявлением первых симптомов отравления. Рассмотрим наиболее типичные случаи отравления ядовитыми грибами.

Отравление бледной поганкой возможно вследствие сходства данного гриба с отдельными съедобными грибами: сыроежкой, зеленкой, шампиньонами. Грибник может случайно срезать шляпку гриба, оставив характерную юбочку поганки ниже. Даже при применении современных

медицинских средств, от 30 до 50% отравлений бледной поганкой заканчиваются смертью. Возможны групповые случаи отравления при попадании в блюдо даже одного гриба, причем термическая обработка не оказывает инактивирующего действия на яды, в тоже время прием алкоголя облегчает проникновение ядов в организм. Признаки отравления бледной поганкой проявляются не сразу, а только через 6-20 часов после еды. Бледная поганка содержит 10 различных ядов, относящихся к двум группам - фаллотоксинам и аматоксинам. Первые действуют в начальной фазе отравления и приводят к тяжелому поражению желудка и кишечника, что выражается в рвоте, коликах, судорогах, водянистом поносе и вследствие этого нарушении кровообращения. Вторые, значительно более сильные яды начинают действовать позже, чаще всего после мнимого улучшения в состоянии пациента. Тогда начинается разрушение печени, почек, сердечной мышцы, что может закончиться мучительной смертью.

Красный мухомор содержит яд мускарин, воздействующий на нервную систему. Ошибка при сборе грибов может произойти по причине отсутствия на шляпке гриба характерных белых бородавок – после сильного ветра и дождя. Признаки отравления красными мухоморами проявляются быстро, через полчаса – до 6 часов после еды. У пострадавшего тошнота, рвота, понос. Эти признаки могут смениться наркоподобными признаками - помутнение сознания(как при приеме большого количества алкоголя), галлюцинации, затрудненность речи и движений. В зависимости от предрасположенности один человек начинает видеть красивые сны, а другой впадает в буйное помешательство с судорогами. Пострадавший может потерять сознание или впадает в глубокий сон. Отравления обычно длятся не больше суток. Смертельные исходы редки.

Строчки содержат гельвелловую кислоту, которая оказывает действие на кровь и печень. Признаки отравления появляются через 6-10 час., возникают ощущение слабости, тошнота, рвота, иногда понос.

Первая помощь при отравлении грибами должна быть направлена в первую очередь на удаление из организма остатков грибов. Для этого необходимо промыть желудок – водой или солевой жидкостью(1/2 чайной ложки поваренной соли на 1 стакан воды): человеку дают выпить 3-4 стакана и вызывают рвоту, процедуру повторяют до появления чистых промывных вод. После промывания желудка следует принять энтеросорбент (активированный уголь, полифепан, смекта, энтеросгель и др.). При отсутствии диареи можно поставить очистительную клизму и принять слабительное. В виду особой опасности при подозрении на отравление грибами следует в обязательном порядке обратиться за медицинской помощью.

Отравления ядовитыми растениями возникают преимущественно в теплое время года – весной, летом или осенью среди туристов, рискующих употреблять в пищу приправы из незнакомых растений, а также в детских коллективах, выезжающих в лагеря и на дачи. Детей может привлечь

красивый внешний вид многих несъедобных ягод и растений, которые они могут попробовать на вкус. Причинами острых отравлений растительными ядами может быть самолечение – прием внутрь отваров, настоек из трав без консультации с врачом.

Различают собственно ядовитые растения, содержащие токсичные для человека химические вещества и неядовитые культурные растения, отравления которыми возможны вследствие изменения их химического состава. Например, при заражении зерна спорыньей, при длительном хранении картофеля. Признаки отравления человека растительными ядами зависят от их воздействия на определенные органы и системы организма.

При отравлениях красавкой, полынью, дурманом, беленой – возникает возбуждение ЦНС, появляются судороги рук и ног, стремление бежать, зрительные галлюцинации, кожный зуд, расширение зрачков, нарушается глотание, учащаются пульс и дыхание, кожа становится сухой и горячей. Данные признаки вызваны действием алкалоида атропина на ЦНС.

Отравления маком, хвощом характеризуются признаками угнетения ЦНС - наблюдаются сонливость, апатия, угнетенное состояние, нарушение кожной чувствительности, адинамия, потеря сознания, урежение пульса и дыхания, кожа влажная и холодная.

Значительное количество ядовитых растений оказывает сильное действие на слизистую оболочку пищеварительного тракта и вызывает резкие боли в животе, тошноту, рвоту, понос. В результате из-за сильного обезвоживания может развиваться коллапс. К данной группе относятся растения, содержащие сапонин – молочай, проросший картофель, паслен.

Наперстянка, ландыш, горицвет содержат гликозиды, которые нарушают деятельность сердца. Небольшие лечебные дозы регулируют частоту сердечных сокращений. Отравления характеризуются сильным сердцебиением, чувством «замирания» в сердце, побледнением лица и обмороком, который связан с падением артериального давления и несогласованным сокращением камер сердца.

Ряд ядовитых растений – крестовник, гелиотроп, горчак розовый, - оказывают преимущественное действие на печень. Типичными признаками отравлений являются потеря аппетита, тошнота, диарея, желтуха, зуд кожи, боли в правом подреберье, нарушения психической деятельности (речевое возбуждение, сменяющееся состоянием сонливости).

Особое место среди ядовитых растений занимают борщевики. Их токсическое действие проявляется в основном при контакте с незащищенной кожей. Выделяемое ими эфирное масло, особенно в пасмурную погоду, сильно обжигает кожу и вызывает образование на ней многочисленных водянистых пузырьков.

После вызова скорой помощи до приезда врача очень важно принять необходимые меры само- и взаимопомощи. Независимо от яда, вызвавшего отравление, нужно срочно вызвать рвоту, предварительно дав больному выпить 1-2 стакана теплой воды (можно добавить ½ чайной ложки соли на

стакан воды). Повторяют эту процедуру 5-6 раз, после чего дают препараты энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, смекта, энтеросгель). При возбуждении больному кладут на голову холодный компресс и стараются удержать в постели, при обмороке в положении лежа опускают вниз голову и приподнимают ноги. При остановке дыхания и сердечной деятельности проводят реанимационные мероприятия. При ожогах, вызванных ядовитыми растениями, желательно промыть пораженное место водой, затем обработать пантенолом. Наложить чистую повязку и обратиться за медицинской помощью в ближайшем населенном пункте.

В летнее время на отдыхе, в особенности за городом, люди нередко подвергаются укусам комаров и moskitov. При этом на месте укуса появляются припухлость, покраснение, зуд, иногда достаточно сильный. Особенно чувствительны к укусам комаров и moskitov дети. Расчесывая кожу после укусов, дети могут занести инфекцию, в результате чего возникают гнойничковые заболевания. Для уменьшения зуда надо протереть укушенные места спиртом (одеколоном, водкой). Можно прикладывать к коже примочку с концентрированным раствором соды. При сильной отечности после укусов – принять внутрь противоаллергический препарат и обработать кожу противоаллергическим гелем (типа «Фенистил»). Чтобы предотвратить укусы, планируя поход в лес, можно обработать открытые участки кожи кремом, содержащим репеллент, в ночное время для спокойного сна можно использовать электрофумигатор типа «Райд».

Осы часто залетают в жилище человека и другие помещения, они легко раздражимы и мгновенно наносят укол, который сопровождается жгучей болью. Пчелы вдали от гнезда редко пускают в ход жало, но вблизи улья нападают в массе. Степень отравления зависит от количества одновременных укусов, места поражения и восприимчивости пострадавшего к яду. На месте укуса появляются жгучая боль, краснота, развивается отек. Иногда возможна общая интоксикация. Необходимо удалить застрявшее жало (в случае укуса пчелой), промыть ранку этиловым или нашатырным спиртом. Затем к месту укуса можно приложить холодный компресс, холодную примочку с солью или содой (1 ч.л. на 1 стакан воды) или обработать противоаллергическим гелем. Внутрь принимают противоаллергический препарат.

Тяжелые случаи отравления наблюдаются при попадании яда на слизистые оболочки рта. Развивающийся в таких случаях отек может распространиться на зев и гортань и вызвать удушье. Смертельно опасным является наличие у человека аллергии на яд данных насекомых. В этом случае повторные укусы могут привести к развитию у человека анафилактического шока с летальным исходом. Поэтому люди, которые ранее подверглись укусам этих насекомых, должны избегать контакта с ними.

Клещи - это весьма многочисленная группа членистоногих, объединяющая свыше 40 000 видов этих насекомых. Некоторые из них, в частности иксодовые клещи, питаются кровью животных и человека. Имеющие очень острое обоняние, клещи по запаху находят свою жертву и,

цепляясь за одежду человека или шерсть животных, добираются до кожи, прокалывают ее и сосут кровь. Укус клеща почти не чувствуется, так как клещ впрыскивает под кожу секрет слюнных желез, содержащий анестетик. Свои жертвы эти паразиты поджидают на травинках или листочках не слишком высоких растений. Помимо того, что ранка, образуемая клещом, может легко инфицироваться и нагнаиваться, клещи являются переносчиками серьезных заболеваний человека, таких как клещевой энцефалит и клещевой боррелиоз (болезнь Лайма).

Вирус энцефалита содержится в слюне клещей - специальном секрете, служащем для прочного приклеивания паразита к хозяину. Клещ является переносчиком вируса среди теплокровных животных. **Клещевой энцефалит** представляет собой инфекционное заболевание нервной системы (энцефалит – воспаление головного мозга). Тяжелые случаи заболевания могут сопровождаться параличами и даже смертью больных (в 20% случаях). Заболевание развивается чаще всего спустя 7-14 дней (до 30 дней) после укуса клеща и проявляется повышением температуры тела, резкой слабостью, онемением частей тела, мышечными болями, ломотой во всем теле, головной болью и рвотой. При тяжелых формах болезни возможно нарушение сознания, заторможенность. Больных с клещевым энцефалитом лечат в условиях инфекционной больницы.

Клещевой боррелиоз (болезнь Лайма) - другое инфекционное заболевание, передаваемое клещами, поражающее нервную систему, суставы и сердце. Развивается примерно через две недели после укуса клеща, начинается, в большинстве случаев, с образования на месте укуса красного пятна, постепенно увеличивающегося в размере и достигающего 10 и более сантиметров в диаметре. Поражения органов и тканей проявляются спустя месяц-полтора.

Для того чтобы защитить себя от укуса клеща, необходимо следовать определенным правилам. В первую очередь это касается выбора одежды и обуви для похода в лес. Обувь должна быть высокой, в голенища которой нужно заправить брюки, если надеты ботинки – брюки заправляются в носки. Манжеты на рукавах должны плотно обхватывать запястья, а воротник - шею. В лесу необходим головной убор, еще лучше - капюшон. Время от времени желательно осматривать одежду, особенно после отдыха на траве. Можно применять специальные репелленты, отпугивающие или убивающие паразитов.

После прихода из леса следует внимательно осмотреть тело, при обнаружении клеща его можно удалить пинцетом. Клеща захватывают как можно ближе к хоботку. Затем пинцет располагают вертикально и при этом вращают вокруг своей оси в удобную сторону. Через 1-3 оборота клещ извлекается целиком вместе с хоботком. Если же клеща пытаться выдернуть, то велика вероятность разрыва. В настоящее время в продаже имеются специальные приспособления для удаления клещей у животных и человека. После удаления ранку обрабатывают йодом, либо другим антисептиком.

Руки и инструмент после удаления клеща надо тщательно вымыть. Если в ранке осталась голова с хоботком, то его можно удалить, зажав пинцетом и выкрутив.

Удаленного живого клеща следует поместить в банку с небольшой ваткой или марлей, смоченной водой, и в течение ближайших 2-х суток отнести для исследования в центр охраны здоровья для проведения лабораторного анализа на инфицирование клеща. В живом клеще можно обнаружить вирус клещевого энцефалита и возбудителя боррелиоза. В обязательном порядке следует обратиться к врачу в территориальную поликлинику для решения вопроса о проведении профилактического лечения против боррелиоза. В течение 30-ти дней после укуса клеща надо следить за состоянием своего здоровья и в случае резкого ухудшения самочувствия и повышения температуры незамедлительно обратиться за медицинской помощью.

Если вы часто бываете в лесу и, тем самым, подвергаетесь серьезной опасности пострадать от укуса клеща, можно сделать прививку от клещевого энцефалита.

Единственной ядовитой змеей на территории Беларуси является гадюка обыкновенная - относительно небольшая змея длиной до 75 см. Тело относительно толстое. Самки обычно крупнее самцов. Голова округло-треугольная, четко ограничена от шеи, на верхней части имеются три крупных (лобный и два теменных) щитка. Зрачок вертикальный. Кончик морды закруглен, а носовое отверстие прорезано в середине носового щитка. На переднем крае верхней челюсти расположены крупные подвижные трубчатые ядовитые зубы.

Гадюка встречается в смешанных лесах, на полянах, болотах, заросших гарях, по берегам рек, озер и ручьев. При встрече с человеком змея, как правило, пытается скрыться. При угрозе занимает активную оборону: шипит, совершает угрожающие броски и наиболее опасные броски-укусы, которые легче всего провоцируются движущимся объектом. Поэтому резкие движения при непосредственной встрече с гадюкой лучше не совершать, не следует брать змею за хвост. Чаще всего встречи с гадюками происходят во время сбора лесных ягод, грибов, валежника, при работе в саду, огороде. Чтобы уберечься от укуса гадюки, необходимо быть внимательным и осторожным. Отправляясь в места, где возможна встреча с гадюками, необходимо иметь соответствующую одежду и обувь. Предохраняют от укусов змей: высокие сапоги, толстые шерстяные носки, плотные, не обтягивающие тело брюки, заправленные с напуском в обувь. При сборе грибов и ягод лучше пользоваться палкой достаточной длины, чтобы пользоваться ею в зарослях вблизи того места, где они растут. Если в этом месте находится змея, она или обнаружит себя или уползет. Не лишней будет выставленная вперед палка и при быстром движении по тропе. Гадюки, как и все змеи, лишены слуха, который им заменяет восприятие колебаний почвы всей поверхностью тела. По мягкой торфяной подстилке или вскопанной

почве колебания почти не распространяются, и гадюка просто не успевает заранее «услышать» приближение человека. Практически все случаи укусов можно рассматривать не как активное нападение гадюки, а как ее защитную реакцию на неожиданное беспокойство. Надо быть особенно внимательным, прежде чем вступать в заросшие ямы. Не следует устраивать ночлег возле прогнивших пней, деревьев с дуплами, у входов в норы или пещеры, рядом с кучами мусора или валежника. Дачникам следует следить за чистотой и порядком на своих участках, не обеспечивать змеям привлекательного пристанища.

На месте укуса гадюки видны две точечных ранки от ядовитых зубов змеи. Укус вызывает сильную нарастающую боль. Уже в первые минуты возникает гиперемия укушенной части тела (избыточное наполнение кровью сосудов). Вверх от места укуса распространяется отек. При попадании яда в кровь общая реакция может развиваться сразу или спустя полчаса или час после укуса. Чаше всего это происходит через 15-20 минут. Появляются головокружение, вялость, головная боль, тошнота, иногда рвота, одышка, частый пульс. Чем ближе место укуса к голове, тем он опаснее. Весной яд гадюки более токсичен, чем летом.

С целью оказания первой помощи следует обеспечить пострадавшему полный покой в горизонтальном положении. Рану обрабатывают йодом, спиртом или водкой, затем на место укуса накладывают тугую стерильную повязку. Поверх, если имеется возможность, холод. Очень важно, чтобы пораженная конечность оставалась неподвижной. Движение ускоряет поступление яда в общую циркуляцию крови. Чтобы зафиксировать пораженную конечность, на нее следует наложить шину из подручных материалов или фиксирующую (косыночную) повязку. Пострадавшему дают обильное питье. После оказания первой помощи пострадавшего как можно быстрее необходимо доставить в медицинское учреждение для введения поливалентной противозмеиной сыворотки.

Укус гадюки не смертелен, тем не менее, в случае несвоевременного или неправильного лечения могут развиваться тяжелые осложнения, вплоть до хронической почечной недостаточности. Серьезную опасность представляют укусы в голову или шею. Гораздо тяжелее переносят отравление ядом гадюки дети, люди пожилого возраста, страдающие хроническими заболеваниями и аллергией.

Укусы теплокровных животных для человека опасны инфицированием **бешенством**. Источником инфекции являются различные дикие и домашние животные - собаки, кошки, волки, лисицы, песцы, шакалы, енотовидные собаки, барсуки, травоядные животные, летучие мыши и др.. Бешенство является для человека смертельно опасным, неизлечимым заболеванием. Поэтому единственное средство спасти жизнь человека при укусе бешеного животного – введение вакцины. Территория Республики Беларусь, расположенная в лесной зоне, всегда считалось эндемичной по

бешенству. Заражение бешенством может произойти не только в результате укуса, но и в результате ослюнения кожных покровов бешеным животным.

Для оказания первой помощи следует промыть рану с использованием мыла (лучше хозяйственного), обработать края раны сильным дезинфицирующим средством (спирт, водка, йод), наложить асептическую, достаточно свободную повязку. После этого необходимо в обязательном порядке обратиться в лечебное учреждение для решения вопроса о проведении профилактических прививок. Если укус нанесен домашним животным, желательно установить место проживания животного. В качестве профилактики распространения бешенства рекомендуется обязательная вакцинация домашних животных.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Основы медицинских знаний (туристический аспект): пособие /В.П.Сытый, А.Г.Фурманов; Белорус. гос. ун-т физ. культуры. – Минск: БГУФК,2012. – 228 с.

Раздел II. Инфекционные болезни у детей дошкольного возраста

Тема 5. Кишечные инфекции

План:

- 1)Общая характеристика кишечных инфекций у детей.
- 2)Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), возбудители, источники инфекции, механизм и пути передачи, основные признаки, осложнения, оказание помощи
- 3)Дизентерия, сальмонеллез, возбудители, источники инфекции, механизм и пути передачи, основные признаки, осложнения, оказание помощи, уход.
- 4)Вирусные гепатиты (А,В,С,D и др.) – возбудители, источники инфекции, механизм и пути передачи, признаки заболеваний, противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Кишечные инфекции – это группа заразных болезней, объединенных фекально-оральным механизмом заражения с возможностью передачи инфекции с продуктами питания, контактно-бытовым путем или через питье.

По данным ВОЗ ежегодно 5 млн. человек умирает от острых кишечных инфекций (ОКИ). Для этой группы инфекционных болезней характерна связь уровня заболеваемости с общим санитарно-гигиеническим благополучием территории - водообеспечением, устройством канализации, формированием гигиенических навыков населения. Чаще страдают этими инфекциями дети за счет того, что у них не сформированы гигиенические навыки, они тесно контактируют друг с другом. У детей в силу возрастных особенностей более

проницаема слизистая оболочка кишечника, и меньше кислотность желудочного сока. Заболеваемость кишечными инфекциями возрастает в теплое время года за счет активизации механизма передачи и снижения барьерной роли кислотности желудочного сока из-за повышения потребления жидкости.

Структура заболеваемости кишечными инфекциями детей в Беларуси:

1. Вирусные диареи: ротавирусная инфекция 50% (277,9 на 100 000 детского населения – РБ, 2010 год)
2. Сальмонеллез (130,9 на 100 000 детского населения)
3. Прочее, в т.ч. нерасшифрованная патология и микст – инфекция

Вирусные диареи - это группа инфекционных болезней, вызываемых вирусами и клинически протекающие по типу энтерита или гастроэнтерита («кишечный грипп», в осенне-зимний период)

Возбудители: ротавирус, энтеровирус, норовирусы и др. Ведущее место по заболеваемости занимает ротавирусная инфекция. Особенности всех вирусов, вызывающих диарею, является то, что они довольно устойчивы во внешней среде, хорошо сохраняются при низких температурах воздуха (при температуре 40°C выживают до 2-3 недель). Они устойчивы в широких пределах pH и могут свободно проходить через кислую среду желудка. В воде водоемов, морской и водопроводной воде выживают дольше, чем бактерии кишечной группы. В фекалиях могут сохраняться до 2-3 недель. Многие широко распространенные дезинfectants (фенол, лизол, окислители) слабо действуют на эти вирусы.

Источником инфекции при всех вирусных диареях является человек (больной или вирусоноситель). При энтеровирусной и реовирусной инфекции источником заражения могут быть и домашние животные (кошки, собаки, крупный и мелкий рогатый скот).

Пути заражения: фекально – оральный. Ведущим путем инфицирования респираторно-кишечными вирусами является воздушно-капельный с развитием респираторного синдрома и поражения различных органов. До настоящего времени нет убедительных данных о возможности воздушно-капельного пути инфицирования при ротавирусной инфекции. Однако в последние годы появились сообщения о том, что ротавирус в высоких концентрациях обнаруживается в слюне больных и в слюне лиц, контактировавших с больным. Поэтому, допускается возможность инфицирования окружающей среды не только через фекалии, но и через слюну (капельным путем).

Признаки. Болезнь характеризуется острым началом с повышения температуры тела до фебрильной (38-39°C) и повторной рвоты. Одновременно или несколько часов спустя развивается диарея, Испражнения жидкие, обильные, сохраняют каловый характер, без патологических примесей, с непереваженными комочками пищи. Может быть примесь зелени и прозрачной слизи в небольших количествах. Частота дефекаций достигает 10-15 и более раз в сутки. Быстро присоединяются явления метеоризма,

отмечаются боли в животе, сопровождающиеся громким урчанием - стул становится пенистым или брызжущим. Лихорадка держится 2-3 дня, нормализация стула наступает на 5-7 день у большинства больных.

Для оказания первой помощи следует промыть желудок, принимать энтеросорбенты (рекомендуется смекта), водно-чайная диета либо разгрузка в питании, оральная регидратация (регидрон, нормогидрон, глюкосолан), при метеоризме - дисфлатил, эспумизан, при повышении температуры и ухудшении состояния – обратиться за мед. помощью

Профилактика:

1. соблюдение личной гигиены;
2. термическая обработка пищи;
3. употребление безопасной воды;
4. противоэпидемические мероприятия: медицинское наблюдение 7 дней за детьми в случае заболевания в детском коллективе (при ротавирусной инфекции).

Сальмонеллез – острое инфекционное заболевания человека и животных, характеризуется преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта и способностью принимать генерализованное течение.

Возбудитель: палочки из рода сальмонелл (около 2000 разновидностей), подвижны, долго сохраняют жизнеспособность в окружающей среде (сохраняется в воде до 120 дней, в мясе и яйце до 1 года), размножается в условиях бытового холодильника. При размножении выделяет сильный токсин. Сальмонеллез относится к токсикоинфекциям, т.к. развитие болезни связано с возбудителем и токсином.

Сальмонелла поражает тонкий кишечник, выделяет токсин, попадает в кровь и затем поражает различные внутренние органы – печень, почки, легкие, мозговые оболочки и т.д. (происходит генерализация инфекции).

Источником инфекции чаще всего являются животные, больные сальмонеллезом, реже люди, носители и больные

Основным путем передачи является алиментарный, т.е. через пищевые продукты – мясо животных, птиц, рыб, яйцо и яичные продукты, молоко и молочные продукты, овощи, фрукты, которые не подверглись достаточной термической обработке, или в процессе приготовления пищи были обсеменены микробами. От человека к человеку сальмонеллез может передаваться при помощи фекально-орального механизма передачи, через соски, посуду, игрушки и т.д.

Признаки. Инкубационный период составляет от 6 часов до 3 суток. Повышается температура, общая слабость, головная боль, тошнота, рвота, боли в подложечной области и в области пупка, диарея – стул водянистый, зловонный, с примесью слизи темного цвета. При тяжелом течении – стул до 10 раз в сутки в течение более 7 дней. Развитие обезвоживания. При септическом варианте: появляются воспалительные очаги во внутренних органах (поражение печени – увеличение объема, желтуха, поражение почек

– отеки, поражение мозговых оболочек – признаки менингита и т.д.), что может вести к летальному исходу.

Оказание первой помощи проводится по общим принципам при кишечных инфекциях (см. выше). Госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям.

Профилактика:

1. ветеринарный надзор;
2. санитарно-гигиенический контроль на мясокомбинатах, молочных заводах, за реализацией продуктов питания (сроки реализации, условия хранения продуктов);
3. соблюдение личной гигиены;
4. соблюдение гигиены при покупке, хранении приготовлении пищи: сроки реализации продуктов, сроки и условия хранения продуктов и готовой пищи, условия приготовления пищи;
5. достаточная термическая обработка продуктов питания.

Дизентерия – острое инфекционное заболевание, сопровождающееся поражением слизистой оболочки толстого кишечника, болями в животе схваткообразного характера, частым жидким стулом с примесью слизи и крови, общей интоксикацией.

Возбудитель: бактерия из рода шигелл (дизентерийная палочка), значительно устойчива во внешней среде, в почве сохраняется до 2-х месяцев, в воде до 90 дней, в продуктах питания до 12 лет, длительное время на предметах внешней среды.

Источник инфекции: больной острыми и хроническими формами, бактерионоситель.

Механизм передачи: фекально-оральный (пути передачи контактно-бытовой, пищевой, водный, через пассивных переносчиков – мух). «Болезнь грязных рук».

Признаки. Инкубационный период: 2-3 (до 7) дней. Может протекать в острой и хронической формах (хроническая, если продолжается более 3-х месяцев). Боли в животе схваткообразного характера больше в левой стороне, частый жидкий стул с примесью слизи и крови, ложные позывы на дефекацию (тенезмы).

Тяжесть болезни определяется частотой стула и выраженностью интоксикации;

- при легкой форме температура тела остается нормальной, стул 3-4 раза в сутки, не теряет каловый характер, относительно небольшие боли в животе;
- при формах средней тяжести температура повышается до 38-39, умеренная интоксикация, слабость, разбитость, стул 15-20 раз в сутки, стул становится скудным, теряет каловый характер, сильные боли в животе и позывы;
- при тяжелых формах наблюдается резкая интоксикация, падением АД, судороги, рвота, стул «без счета», мучительные позывы на

дефекацию, стул типа «ректального плевка», выпадение прямой кишки.

Оказание первой помощи проводится по общим принципам при кишечных инфекциях (см. выше). Госпитализация по клиническим и эпидемическим показаниям;

Профилактика:

1. выявление и лечение больных и носителей;
2. соблюдение санитарно-гигиенических мероприятий на пищевых предприятиях, в магазинах, в школах и дошкольных учреждениях;
3. соблюдение личной гигиены;
4. термическая обработка продуктов питания;
5. санитарно-просветительная работа.

Вирусные гепатиты (ВГ) – группа инфекционных болезней с различными механизмами передачи, проявляющихся общетоксическими и диспепсическими симптомами, поражением и увеличением печени, желтухой.

По механизму передачи ВГ подразделяют на энтеральные гепатиты (А, Е) и парентеральные гепатиты (В, С, D, G, Е.). Гепатит Е в Беларуси практически не встречается, могут быть завозные случаи.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика ВГ

Характеристики	Энтеральные гепатиты	Парентеральные гепатиты
возбудитель	РНК – вирус, (100^0 - 5 минут)	ДНК – вирус, весьма устойчив (160^0 - 1 час)
Основной источник	больной	носитель
Основной механизм	фекально-оральный, редко кровно-контактный	кровно- контактный (парентеральный, половой) - 0,0004 мл крови; вертикальный
Инкубационный период	15-45 дней	1-6 месяцев
Форма протекания заболевания	только острая (40% с желтухой)	острая и хроническая
исходы	80% полное выздоровление, стойкий пожизненный иммунитет	протекает тяжелее, чаще осложняется циррозом печени, иммунитет нестойкий

Вспышки гепатита А и Е возникают там, где плохо работает канализация, и вода оттуда попадает в источники водоснабжения. Для уничтожения возбудителя воду достаточно прокипятить, Ни в коем случае нельзя пить воду из открытых водоемов. Возможно заражение через лед, применяемый для изготовления напитков, через продукты питания, для мытья которых использовалась некипяченая вода.

Наиболее восприимчивы к энтеральным гепатитам дети. У них еще слабо развиты санитарно-гигиенические навыки, они недостаточно тщательно и регулярно моют руки и пьют сырую воду. Кроме того, они чаще контактируют между собой. По тем же причинам к группе риска относятся и новобранцы.

Признаки ВГ. После инкубационного периода наступает период первых признаков - продромальный период. У больного отмечается гриппоподобное состояние с повышением температуры до 38 – 39⁰С на 1-2-дня, плохое самочувствие, сильная слабость(прилечь), но признаков простуды нет. Затем возникает тошнота, а иногда и однократная рвота. Печень увеличивается в размерах (может быть картина «острого живота» в связи с болью). Однако никогда нет диареи. Через 2-4 дня от начала заболевания темнеет моча, обесцвечивается кал. И хотя температура к этому моменту спадает, нарастает слабость и пропадает аппетит. При развитии желтухи вначале окрашивается склера глаз, слизистых оболочек ротоглотки, затем кожа.

Для энтеральных ВГ характерно наличие субклинических (маловыраженных) форм заболевания, когда не отмечается явных признаков ВГ. В таких случаях человек может не подозревать, что переболел гепатитом. При появлении подозрительных признаков следует выполнить биохимический анализ крови с определением печеных ферментов – АСТ, АЛТ, уровень которых при гепатитах значительно повышается.

Как правило, гепатиты А и Е заканчиваются полным выздоровлением, но само заболевание длится долго – от полутора до трех месяцев. Возможное осложнение: дискинезия желчевыводящих путей. В редких случаях наблюдается злокачественная форма болезни, начинается тотальный некроз печеночной ткани (летальность 70-80%), на печени остаются рубцы из отмершей соединительной ткани. К счастью, у детей злокачественной формы гепатита А не бывает. У переболевших вирусными гепатитами А и Е формируется стойкий пожизненный иммунитет.

При парентеральных ВГ полное выздоровление наблюдается намного реже, остается пожизненное носительство, нередко происходит переход в хроническую форму, что ведет к развитию цирроза печени, В 10% случаев развивается острая печеночная недостаточность.

Особенности хронической формы гепатитов: В отдельных случаях болезнь сразу начинается в хронической форме, которую распознать непросто. После инкубационного периода симптомы сглажены, больной жалуется на сильную утомляемость, слабость, увеличивается печень, иногда происходит потеря веса, при физической нагрузке болит правый бок, человек может не понимать, что происходит с ним и поэтому не обращается к врачу, часто наличие вируса обнаруживают случайно, например, при обследований в стационаре. Поэтому при упорных болях в правом боку обратиться к врачу просто необходимо. Вероятность полного выздоровления от хронического гепатита очень невелика – около 10%. Но состояние ремиссии

(относительного здоровья) может быть достигнуто в 80%. Гепатит С отличается упорством, течет длительно, приводя к циррозу. В настоящее время созданы препараты, позволяющие полностью вылечить ВГВ и ВГС, однако из-за их высокой стоимости они широко не распространены.

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больного ВГ заключаются в изоляции больного, проведении заключительной дезинфекции, установлении карантина (при ВГА на 45 дней), контактировавшим детям вводится гамма-глобулин. В случае эпидемической вспышки проводится вакцинопрофилактика.

Профилактика ВГ:

1. энтеральных ВГ:

- соблюдение личной гигиены;
- употребление безопасной воды и продуктов питания;
- при поездках в Египет, Турцию, Крым, Болгарию, Израиль или Алжир – прививка по эпидемическим показаниям за 1-2 недели до путешествия.

2. парентеральных ВГ:

- плановая вакцинация населения (ВГВ);
- соблюдение гигиены при проведении косметических процедур (маникюра, педикюра, пирсинга, нанесения татуировок);
- использование одноразовых медицинских инструментов;
- личные предметы пользования (расчески, ножницы, бритвы, щетки и т.д.);
- отбор доноров;
- выявление носителей.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.

Тема 6. Инфекции дыхательных путей у детей.

План:

- 1) Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, риновирус) (ОРВИ) - возбудители, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, оказание первой помощи.
- 2) Грипп – возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, оказание первой помощи. Роль УДО в профилактике ОРВИ и гриппа.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа вирусных инфекций, в которую входят грипп, парагрипп, аденовирусная и др. Они характеризуются коротким инкубационным периодом, непродолжительной лихорадкой и интоксикацией, поражением дыхательных путей. Помимо общих черт имеются отличия в протекании гриппа и других представителей группы ОРВИ (см. таблицу 3).

Таблица 3 – Сравнительная характеристика гриппа и ОРВИ.

Признаки	ОРВИ	грипп
начало	постепенное	острое
температура тела	температура чаще всего субфебрильная	лихорадка, до 5-ти дней болезни
признаки интоксикации	выражены слабо, общее состояние страдает мало	ярко выражены
насморк, заложенность носа	частый признак, иногда преобладающий	как правило не бывает, на 3-4 день
боль в горле, покраснение	почти всегда	в 1-е дни болезни редко, только покраснение задней стенки глотки
кашель	не всегда, умеренно выражен	невыносимый кашель, боль за грудиной
чихание	часто	редко
конъюнктивит	редко	всегда
астения	редко	всегда

Грипп – вирусное заболевание с острым началом, поражением верхних дыхательных путей, склонное к развитию осложнений. Существует три типа вирусов гриппа: А, В и С. Вирусы типов В и С циркулируют только среди людей, вирус типа А среди всего животного мира. Вирус типа А характеризуется высокой изменчивостью и имеет ряд подтипов. Существование подтипов (штаммов) связано с разновидностями антигенов вируса А - гемагглютинаина (Н) и нейраминидазы (N) и разнообразными их сочетаниями. С вирусами типа А связывают эпидемии и пандемии гриппа. Вирусы гриппа типа В не вызывают пандемий, но локальные волны могут захватить одну или несколько стран. Вирусы гриппа типа С вызывают спорадические случаи заболеваний. Вирусы гриппа устойчивы к низким температурам и замораживанию, быстро погибают при нагревании и воздействии солнечных лучей.

Источником инфекции является больной человек. Особенно опасны больные легкими, стертыми формами заболевания, которые не обращаются за медицинской помощью и продолжают вести обычный образ жизни. Заражение происходит аэрозольным путем. Возможна передача через руки, платки, посуду, игрушки и др.

Признаки. Инкубационный период составляет 12-48 часов. Для заболевания характерно острое начало – больной может буквально указать точное время начала заболевания. Появляется озноб, повышение температуры до 38-40⁰ С. На первый план выходят признаки интоксикации – головная боль, боль в глазных яблоках, пояснице, мышцах. В этот начальный период отсутствуют признаки воспаления верхних дыхательных путей. Кожа и слизистые оболочки сухие, наблюдается одутловатость лица, больных беспокоит саднение и боль за грудиной, сухой кашель. На 2-3 день болезни появляется кашель с мокротой, насморк, слезотечение, сопровождающиеся резкой слабостью и потливостью. При отсутствии осложнений основные признаки и лихорадка держатся не более 5 дней. Если лихорадка продолжается свыше 5-ти дней или наблюдается повторный (после снижения) подъем температуры, то следует предположить развитие осложнений – чаще всего пневмонии.

После перенесенного заболевания в результате снижения иммунитета возможно обострение и ухудшение течения различных хронических заболеваний, особенно у людей пожилого возраста.

Оказание первой помощи и уход за больным. Больному гриппом необходимо обеспечить постельный режим. Помещение, где находится больной, должно периодически проветриваться. Для предотвращения заражения при общении с больным следует использовать маску. С начала заболевания эффективны противовирусные и иммуномодулирующие препараты: интерферон, анаферон, гроприносин, ремантадин, арпетол и др. При высокой температуре принимают жаропонижающие препараты: ибупрофен, парацетамол. Больному рекомендуется дробное питание полужидкой протертой пищей и обильное питье.

Профилактика гриппа. Для предотвращения заражения окружающих больного гриппом следует изолировать, выделить отдельную посуду. В качестве индивидуальной профилактики используют маску, применяют оксолиновую мазь, которой смазывают 2 раза в день носовые ходы, интерферон – закапывают в нос, противовирусные препараты, промывают нос. Противовирусным действием обладают фитонциды, которые содержатся в луке и чесноке. К мерам общественной профилактики относят активную иммунизацию населения, разобщение детей в период пика эпидемии, запрещение массовых мероприятий в эпидемический период.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.

3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т, 2013. - 187 с.

Тема 7. Детские инфекции

План:

- 1) Распространенность детских инфекций в Республике Беларусь.
- 2) Коклюш, корь, ветряная оспа, скарлатина, краснуха, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, дифтерия - определение заболеваний, источники инфекции, механизм передачи, основные признаки, осложнения, оказание помощи, профилактика.

Детские инфекции - инфекции, которые преимущественно встречаются у детей. К детским инфекциям чаще всего относят коклюш, полиомиелит, скарлатину, корь, дифтерию, ветряную оспу, паротит, краснуху, менингококковую инфекцию.

Коклюш - острое инфекционное заболевание, для которого характерны приступы спазматического кашля.

В настоящее время отмечается подъем заболеваемости коклюшем в РБ. 93,6% больных - дети, 41,4% больных - в возрасте от 7 до 14 лет (2015 год).

Возбудитель: коклюшная палочка, неустойчивая в окружающей среде.

Источник инфекции: больной до 3-й недели заболевания (особенно опасны больные со стертыми формами).

Механизм передачи: аэрозольный (передается при тесном контакте - до 2-х метров).

Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с атипичными формами болезни - стертыми, легкими, поскольку коклюш у них не диагностируется. Такие формы болезни чаще возникают у детей старшего возраста и у взрослых. Легкие формы болезни, без типичных приступов кашля возникают у привитых детей. У взрослых заболевание может проявляться длительным, продолжительным кашлем.

Признаки: инкубационный период от 2 до 21 дня (в среднем - 2-14). Заболевание характеризуется четкой цикличностью. В начальном периоде немного повышается температура 37,0—37,5°C, отмечается легкое недомогание, заложенность носа, редкий сухой кашель. Кашель постепенно усиливается. В этом периоде ребенок наиболее заразен. Длится период 1-2 недели. Период спазматического кашля: кашель с 12—14-го дня болезни приобретает характер типичных спазматических приступов. Во время приступа следует серия кашлевых толчков, из-за которых ребенок не может дышать, затем - глубокий свистящий вдох, потом идет повторение (может быть неоднократное) кашлевых толчков и вдоха. В конце приступа следует отхождение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты или рвота ранее съеденной пищей. Приступы повторяются от 5 до 50 в сутки, в том числе и ночью. Температура тела нормальная или субфебрильная, ребенок теряет в весе. Длится период до 1,5-2 месяцев. Период разрешения:

количество приступов уменьшается, кашель теряет характер приступов, но сохраняется долгое время. Длится период 2-3 недели. Наиболее опасное осложнение коклюша – пневмония. Опасно заболевание коклюшем для детей 1-го года жизни, особенно до 6-мес.

Профилактика:

1. Плановая вакцинация: АКДС - вакцина с трехмесячного возраста (97,9% к 1,5 годам повторно привиты).
2. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: для детей до 7 лет медицинское наблюдение на 14 дней.
3. Выявление больных коклюшем.
4. Изоляция ребенка от взрослых и детей с кашлем.
5. Проветривание помещений.

Корь - острая вирусная инфекция, характеризуется повышением температуры, интоксикацией, воспалением верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также появлением на коже пятнисто-папулезной сыпи.

Человек чрезвычайно восприимчив к этой болезни, у переболевших возникает стойкий пожизненный иммунитет. Корью чаще болеют дети от 1 до 4 лет, до 6-месячного возраста корь встречается редко, а дети до 3-х месяцев корью не болеют вообще. В Республике Беларусь заболеваемость находится на крайне низком уровне. В 2015 году зарегистрировано только 2 завозных случая.

Возбудитель: вирус кори, очень нестоек во внешней среде, быстро гибнет под действием УФО и света.

Источник инфекции: только больной человек до 4 дня с момента появления сыпи.

Механизм передачи: аэрозольный. Скученность в холодное время года увеличивает риск заражения.

Признаки: В течении заболевания выделяют четыре периода. Инкубационный период в среднем составляет 8-10 дней (максимум до 17 дней), у детей, получивших с профилактической целью гамма-глобулин, инкубационный период увеличивается до 21 дня.

Катаральный период: продолжается 3-4 дня (до 5-7 дней). Повышается температура, нарушается общее самочувствие, снижается аппетит, насморк, кашель, покраснение глаз. В этой стадии, схожей по проявлениям с большинством респираторных заболеваний, диагноз помогает поставить наличие на внутренней поверхности щек напротив малых коренных зубов очень нежных белых точек, напоминающих крупу (симптом Бельского-Коплика). Этот симптом – абсолютный признак, т.к. не встречается ни при одном заболевании, помогает диагностировать корь за 2-3 дня до появления сыпи. Кроме того, на твердом и мягком небе появляется энантема – красные пятнышки.

Период высыпания: состояние детей обычно ухудшается, температура повышается по сравнению с начальным периодом, достигая 40⁰С и выше,

аппетит отсутствует. Воспалительные явления в области носоглотки и глаз усиливаются. Кашель часто сухой, иногда лающий. Характерной особенностью является последовательное появление коревой сыпи на различных участках тела: вначале появляется на лице, и за ушами в виде отдельных розовых пятнышек, потом эти пятнышки сливаются, становятся ярче, приподнимаются над поверхностью кожи. Между элементами сыпи кожа остается бледной и неизменной. В первые сутки с момента появления сыпь распространяется на лицо, шею и частично верхнюю часть груди. На вторые - спускается на живот и спину, верхние конечности. На третьи сутки - все тело ребенка покрыто сыпью, включая ноги. Элементы сыпи «цветут» 3-4 дня.

Период пигментации (выздоровления). Угасание сыпи происходит в том же порядке, в каком происходило ее появление. Вначале она бледнеет на лице, приобретает бурый оттенок и переходит в стадию пигментации. Элементы сыпи становятся плоскими, приобретают синюшный оттенок, превращаясь затем в светло-коричневые пятна. Период пигментации может длиться 1-2 недели. С окончанием высыпаний температура снижается до нормальной. Однако у ребенка может вновь повыситься температура и наступить осложнение. Еще долгое время сохраняется повышенная утомляемость, вялость, раздражительность. В течение нескольких недель и даже месяцев отмечается снижение иммунитета и общей сопротивляемость организма.

Осложнения кори: ларингит, трахеобронхит, пневмония, стоматиты, отиты, менингиты.

Профилактика:

1. Плановая вакцинация: в 1 год и повторно в 6 лет.
2. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: разобщение на 17/21 день (не распространяется на привитых и переболевших детей), медицинское наблюдение за контактами, непривитым детям – до 3-х дней с момента контакта выполняется срочная прививка, если более 3-х дней с момента контакта или имеются противопоказания к прививке вводится иммуноглобулин.
3. Изоляция больного до 5 дня с момента высыпания

Ветряная оспа – острое вирусное заболевание, с повышением температуры тела папулезно-везикулярной сыпью на коже и слизистых оболочках. Это самая распространенная детская инфекция в мире. 80% больных - в возрасте до 10 лет, дети составляют 93,8% больных.

В Республике Беларусь в настоящее время отмечается повышение заболеваемости ветряной оспой - в 2015 г. 731,87 на 100 тыс. населения (2014 - 670,57 на 100 тыс. населения).

Возбудитель: вирус (семейство герпесвирусов) малоустойчивый во внешней среде.

Источник инфекции: больной с последних дней инкубационного периода и до 9 дня с момента высыпания, больной опоясывающим лишаем.

Механизм передачи: аэрозольный и вертикальный (от матери плода во время беременности).

Признаки. Инкубационный период составляет в среднем 2 недели, колеблется от 11 до 21 дня. У детей внезапно на фоне нормальной или незначительного повышения температуры на различных участках кожи появляются пятна, которые в течение нескольких часов превращаются в папулы, а затем в везикулы – пузырьки. Везикулы заполнены серозным содержимым, окружены венчиком гиперемии. Элементы сыпи могут появиться на любом месте. Везикулы лопаются или подсыхают, на их месте образуются корочки, отпадающие на 2-3 неделе заболевания. На месте отпадающих корочек рубцов не остается, исключение могут составить загрязненные глубокие расчесы с нагноением, на месте которых может остаться рубец. Образование корочек сопровождается зудом, сильно беспокоящим ребенка.

Одновременно на коже при осмотре ребенка можно обнаружить пятна, папулы, везикулы, т.к. подсыпания могут происходить в несколько приемов. Появление сыпи сопровождается повышением температуры и ухудшением самочувствия. У детей ветряная оспа протекает благоприятно, лихорадочный период продолжается 2-5 дней. У подростков и взрослых инфекция протекает тяжелее, с более длительной лихорадкой, интоксикацией и обильными высыпаниями. У ослабленных детей ветряная оспа может протекать особенно тяжело – наблюдается массивный пузырь, после вскрытия которого вместо корочки образуется болезненная язва. При тяжелой форме заболевания поражаются слизистые оболочки и возможно поражение внутренних органов. При легкой форме заболевания возможно abortивное течение, когда образования пузырьков на коже не происходит. После болезни – стойкий иммунитет.

Осложнения: кератит, ларингит, пневмония, отит, стоматит, пиодермии, флегмона, абсцесс.

Принципы лечения и ухода. Постельный режим. Важен тщательный уход за кожей, частая смена постельного и нательного белья, которое необходимо проглаживать. Ежедневно ребенка умывают, причем для водных процедур лучше использовать кипяченую воду. После прекращения новых высыпаний ребенка можно искупать – теплые ванночки с марганцовкой. Элементы сыпи обрабатывают темно-красным раствором марганцево-кислого калия, цинковой мазью, фукорцином или другими антисептическими препаратами. Для предупреждения заноса инфекции в места расчесов ногти коротко подстригают. Нос чистят от корочек, глаза промывают.

Профилактика:

1. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: разобщение и медицинское наблюдение на 21 день для детей до 7 лет, ранее не болевших.
2. Изоляция больного до момента отпадения корочек (но не ранее 2-х недель болезни), госпитализация по клиническим показателям

3. Вакцинация по эпидемическим показаниям (для лиц с иммунодефицитами).

Эпидемический паротит - вирусное инфекционное заболевание, протекающее с преимущественным поражением слюнных желез (околоушных). Заболеваемость в Беларуси находится на низком уровне – в 2015 году – 3 случая (взрослые).

Возбудитель: вирус, нестойкий во внешней среде.

Источник инфекции: больной с последних дней инкубационного периода до 10 дня болезни.

Механизм передачи: аэрозольный, возможна передача через предметы обихода, на которые попала слюна больного.

Признаки. Инкубационный период от 11 до 26 (в среднем 15-21) дней. Заболевание начинается остро, появляются слабость, недомогание, боли при жевании, сильные боли в области уха, повышение температуры до 39-40 °С, нередко ребенок не может открыть рот. Увеличиваются околоушные железы (с одной или двух сторон). Может поражаться поджелудочная железа. При панкреатите - сильные боли в животе. Опасные осложнения: орхит (мужчины), оофорит (женщины). Поражение яичек у мальчиков приводит к бесплодию. После болезни - стойкий иммунитет.

Профилактика:

1. Плановая вакцинация в 1 год и в 6 лет перед школой.
2. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: на 21 день медицинское наблюдение и режимно-ограничительные мероприятия: максимальная изоляция контактировавших детей, вакцинирование контактных непривитых (до 3-х суток с момента контакта).

Краснуха - легкое инфекционное заболевание, сопровождается пятнистой сыпью. Заболеваемость в Беларуси на крайне низком уровне – в 2015 году 1 завозной случай.

Возбудитель: вирус, нестойкий во внешней среде.

Источник инфекции: больной (особенно опасны больные со стертыми формами)

Механизм передачи: аэрозольный, вертикальный

Признаки. Инкубационный период от 16 до 21 дня. Появляются насморк, покраснение глаз, температура тела нормальная или субфебрильная. Сыпь яркая, розовая, появляется одномоментно на шее, лице, туловище, наружной поверхности рук, особенно обильна на бедрах, ягодицах и спине (держится сыпь 1-5 дней). На затылке (шее или около уха) увеличиваются лимфатические узлы. Могут быть боли в суставах. После заболевания - стойкий иммунитет. Инфекция представляет опасность для беременных женщин, особенно в первые 12 недель беременности. При инфицировании плода на ранних сроках беременности, когда происходит закладка различных органов и тканей, повреждаются органы слуха, зрения, головной мозг. На

поздних сроках – увеличены печень, селезенка, имеются признаки гепатита, пневмонии.

Профилактика:

1. Плановая вакцинация в 12 мес. и 6 лет
2. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: на 21 день медицинское наблюдение, разобщение (если дети не привиты и не болели).
3. Изоляция больного на 21 день.
4. Беременные: необходимо избегать контактов с больными, в случае подозрения на краснуху - лабораторное обследование для решения вопроса о прерывании беременности.

Менингококковая инфекция (МИ)– инфекция, которая вызывается менингококком, характеризуется поражением верхних дыхательных путей и мозговых оболочек. Заболеваемость в Беларуси снижается, однако в 2015 году зарегистрировано 69 случаев, в т.ч. 59 у детей (85,5%), 5 летальных исходов (все дети). В мире болеют преимущественно дети до 14 лет, на долю которых приходится 70–80% генерализованных форм менингококковой инфекции; в периоды подъемов в эпидемический процесс вовлекаются также старшие дети, молодежь и взрослые.

МИ может проявляться в виде: бессимптомного носительства, назофарингита и генерализованных форм – менингита, менингоэнцефалита, менингококкцемии и смешанных форм.

Возбудитель: менингококк, устойчив к антибиотикам, малоустойчив во внешней среде. Скученность, длительное общение, особенно в спальных помещениях, нарушения температурного и влажностного режима, реформирование организованных коллективов являются факторами риска распространения инфекции.

Источник инфекции: больные назофарингитом или генерализованными формами, носители.

Механизм передачи – аэрозольный.

Признаки. Инкубационный период – 2-3 дня (от 1 до 10 дней). При остром назофарингите: кашель, заложенность носа, головная боль; иногда субфебрильная температура. Общее состояние нарушается мало. При осмотре зева выявляются гиперемия. Через 3 - 7 дней наступает выздоровление

При генерализованных формах (менингит и менингококкцемия): характерно внезапное начало, мучительные головные боли, чувствительность к свету, ригидность мышц затылка, высокая температура, тошнота, рвота, нарушения зрения и слуха, работы внутренних органов, судороги, геморрагическая сыпь.

Профилактика:

1. Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: контактировавшим делают мазки из зева, при обнаружении носителей – их лечат на дому, в организованном коллективе

карантин 10 дней с медицинским наблюдением, контактировавшим детям до 7 лет вводят- иммуноглобулин.

2. Изоляция больных.
3. Лечение заболеваний носоглотки.
4. Укрепление иммунитета.

Скарлатина - острое инфекционное заболевание, основными проявлениями которого являются общая интоксикация, лихорадка, ангина, мелкоточечная ярко-красная сыпь.

Возбудитель: стрептококк, причем существует множество типов стрептококка. Переболевший скарлатиной приобретает стойкий иммунитет, но только к определенному типу стрептококка. Возбудителя отличает значительная устойчивость во внешней среде. Он хорошо выдерживает замораживание, продолжительно жизнеспособен в пыли. В мокроте, гнойном содержимом микроб может выживать несколько месяцев, долго сохраняется на предметах в окружении больного.

Источник инфекции: больной стрептококковой ангиной или скарлатиной, носитель стрептококка.

Механизм передачи: аэрозольный. В связи с устойчивостью возбудителя во внешней среде нельзя исключить и контактно-бытовой путь передачи – вещи, белье, столовая посуда (ложка, тарелка чашка), предметы гигиены (зубная щетка, игрушка, платок, соска).

Признаки: Инкубационный период составляет 2-7 дней (от 1 до 12 дней). Для скарлатины характерно острое начало с ознобом, повышением температуры тела в первые сутки болезни, нарастающей интоксикацией. Больные жалуются на головную боль, резкую слабость, у некоторых возникают тошнота и рвота. При осмотре зева – ангина: увеличены ярко-красного цвета миндалины, зев ярко-красный, язык обложен белым налетом. Становятся увеличенными регионарные лимфатические узлы. Язык начинает очищаться от налета со второго дня болезни, далее становится красным и зернистым, из-за сходства называясь малиновым. Кожа лица и туловища в первые часы болезни ярко-красная и уже к концу 1-х на 2-е сутки возникает мелко точечная сыпь со сгущением в подмышечных впадинах, паховых складках и в области естественных складок кожи. Характерен вид больного скарлатиной – на фоне ярко розовой окраски кожи лица отчетливо выделяется бледный носогубной треугольник. Скарлатинозная сыпь сопровождается зудом, особенно у детей, имевших аллергические проявления. Сыпь держится 3-5 дней, затем медленно угасает, на 2-й недели болезни можно обнаружить пластинчатое шелушение, особенно заметное на ладонях и ступнях.

Осложнения: отит, синусит, лимфаденит, ревматизм, нефрит, миокардит.

Принципы лечения: Больные лечатся на дому. Постельный режим во время острого периода. Из комнаты лучше убрать мягкую мебель, ковры. Влажная уборка ежедневно. Посуда отдельная для больного, должна

обрабатываться кипятком после мытья. Молочно-растительная пища. Свежие соки, витамины. Антибиотики.

Профилактика:

1. Противоэпидемические мероприятия: в течение 7-ми дней медицинское наблюдение (осмотр зева, кожи, термометрия, опрос), текущая дезинфекция в течение 7 дней;
2. Повышение общей сопротивляемости к инфекции, закаливание организма.

Дифтерия – острое инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризуется преимущественным поражением ротоглотки с образованием пленчатых налетов и выраженными признаками интоксикации. Diphtherion – греч., кожа, пленка. В 2011-2016 г.г. в Республике Беларусь не регистрировалась.

Возбудитель: дифтерийная палочка, причем заболевание могут вызвать три типа палочки – гравис, митис и интермедиус. Считают, что наиболее тяжелые случаи дифтерии связаны с типом гравис. Заболевание вызывают только те палочки, которые вырабатывают токсин – их называют токсигенными. Возбудитель дифтерии устойчив во внешней среде, даже под действие прямых солнечных лучей дифтерийные палочки гибнут только через несколько часов, а в рассеянном свете они сохраняются несколько суток. Микроб не боится замораживания, но при кипячении разрушается быстро. В пыли жизнеспособность микробов сохраняется до 5 недель. Продолжительное время они живут в дифтерийной пленке, в капельках слюны, высохших на стенке стакана, на ручках дверей. Через 1 минуту возбудитель разрушается 50-60⁰ спиртом. Следует помнить о значительной устойчивости возбудителя, попавшего, например, на поверхность сухих предметов: карандашей, бумаги, игрушек, которыми пользовался больной ребенок.

Источник инфекции: больной, носитель (переболевший, здоровый).

Механизм передачи – аэрозольный. Однако возможно заражение через инфицированные предметы внешней среды – пользование общей посудой, полотенцем, носовым платком и т.д.

Признаки. Инкубационный период – 2-10 дней (часто 7 дней). Наиболее часто при дифтерии поражается зев, затем по частоте идет поражение гортани, трахеи, бронхов. Реже встречается поражение носа, наружных половых органов, кожи. В тяжелых случаях возможна комбинация очагов поражения. Местные и общие проявления заболевания вызваны действием токсина. На месте воспаления возникают характерные для инфекции особые серовато-белые налеты – пленки. Действие токсина не ограничивается поражением слизистых оболочек, токсин проникает в кровь, разносится по организму, вызывая общее отравление. Дети жалуются на головную боль, повышение температуры, становятся вялыми, сонливыми.

Дифтерия зева (85-90%) – в начале болезни температура повышается, на отечных миндалинах видны островки налета, в дальнейшем сливающиеся и покрывающие их сплошной плотной пленкой, плохо снимающейся шпателем. У привитых детей дифтерия протекает в облегченной форме, часто проявляется как катаральная ангина. Особенно опасны т.н. токсические формы дифтерии, как правило возникающие у непривитых детей. Температура высокая – 39-40 °С, резкая головная боль, общая разбитость, вялость. Шея распухает, увеличиваются миндалины, смыкаясь по средней линии и не оставляя просвета, голос становится осипшим. Дифтерийный процесс может охватить носоглотку, небо.

У детей первых трех лет жизни, реже в другой возрастной период, возникает воспаление гортани и дыхательных путей – *дифтерийный круп*. Обычно в начале болезни температура невысокая. Развитие болезни не предвещает опасности, но голос уже изменен, появляется кашель. Очень важно своевременно обратиться к врачу. По мере развития болезни голос становится грубым, осипшим, кашель лающим. Позднее появляется беспокойство, ребенок мечется в кровати, возникают приступы удушья, в один из которых может наступить смерть. Удушье при дифтерии развивается постепенно, что может дезориентировать родителей ребенка, не спешащих за медицинской помощью, и нужные сроки для лечения могут быть упущены.

Дифтерия носа, как единственный очаг дифтерии встречается редко. Дифтерия глаз встречается еще реже. Возникает отек верхнего и нижнего век, можно видеть пленки. В запущенных случаях возможна слепота. Дифтерия наружных половых органов совсем редкое заболевание. Обычно возникает у девочек и комбинируется с дифтерией другой локализации. Дифтерия кожи также, как правило, заболевание вторичное, возникающее на месте повреждения кожи (ссадины, царапины). У новорожденного может развиваться дифтерия пупочной ранки. Наиболее опасны комбинированные формы дифтерии. Опасность заболевания обусловлена не только выраженным токсикозом во время заболевания, но и развивающимися осложнениями: со стороны сердца – миокардит, нервной системы – параличи и невриты, поражение почек, пневмония. Иммунитет после заболевания – слабый.

Принципы лечения: Обязательная госпитализация. Постельный режим. Антитоксическая сыворотка. Антибиотики. Больные при необходимости питаются через зонд. В экстренных случаях производят отсасывание пленок, интубацию трахеи, трахеостомию.

Профилактика:

1.Плановая вакцинация (АКДС, АДС, АДС-М, АД-М вакцины) - в организм вводится слабый обезвреженный токсин, чтобы вырабатывался антитоксин. Прививка не защищает от носительства палочки.

2.Противоэпидемические мероприятия в детском коллективе: контактировавшие обследуются на носительство (мазок из зева), им

устанавливается вакцинальный статус и при необходимости делается прививка, по показаниям проводится антибиотикопрофилактика. в школе в течение 7 дней проводится заключительная и текущая дезинфекция, медицинское наблюдение с ежедневным осмотром зева и измерением температуры, вновь прибывшие в класс не допускаются, дети отдельно питаются.

3. Изоляция в стационаре больных и носителей (токсигенных штаммов).

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия» , 2013. – 240 с.

2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.

3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.

Раздел III. Первая помощь при травмах у детей дошкольного возраста

Тема 8. Детский травматизм и его профилактика.

План:

- 1) Распространение травм среди детей. Понятие о травмах, их видах. Детский травматизм, определение, классификация. Профилактика травматизма у детей.
- 2) Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации.
- 3) Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей.

Ежегодно в Республике Беларусь более 750 тысяч человек получают различные травмы, из них около 150 тысяч или 20% – это дети в возрасте до 18 лет.

Травма – это повреждение органов или тканей организма человека под воздействием различных факторов внешней среды (механического, термического, химического, электрического и др.). Соответственно различают следующие виды травм – механическая, термическая, химическая, электротравма, комбинированная травма и др.

Выделяют также травмы производственные (промышленные и сельскохозяйственные) и непроизводственные (транспортные, бытовые, спортивные и др.), открытые и закрытые. При открытых травмах (ранах) нарушается целостность кожи или слизистых оболочек, при закрытых – целостность кожных покровов сохраняется.

Основными осложнениями травм являются травматический шок, острая кровопотеря с развитием анемии, местное нагноение, развитие общей гнойной инфекции (сепсиса) и столбняка, различные искривления, укорочение конечностей, тугоподвижность суставов.

Травматизм – совокупность травм, полученных определенной группой людей при определенных условиях. Выделяют следующие виды травматизма: производственный, бытовой, уличный, дорожно-транспортный, спортивный, школьный и др.

Особенности детского травматизма:

- сезонность - количество травм увеличивается в конце апреля-мае-июне, второй подъем отмечается в августе-сентябре;
- в летний период растёт количество утоплений;
- чаще в возрасте 10-12 лет;
- у мальчиков травмы встречаются в три раза чаще.

Основные направления профилактики детского травматизма:

1. Воспитание навыков безопасного поведения дома, в детском саду, школе, на улице.
2. Создание безопасной среды обитания ребенка.

Критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением артериального давления (АД), глубоким нарушением газообмена и метаболизма обобщенно именуется терминальным состоянием, к **терминальным состояниям** относят предагонию, агонию и клиническую смерть.

Преагональное состояние: общая заторможенность, сознание спутанное, АД не определяется, пульс на периферических сосудах отсутствует, но пальпируется на сонных и бедренных артериях; дыхательные нарушения проявляются выраженной одышкой, цианозом или бледностью кожных покровов. Может быть «терминальная пауза» — кратковременная остановка сердца и дыхания, затем происходит восстановление сердечного ритма.

Агональное состояние: отсутствие сознания и глазных рефлексов, неопределяемое АД, резкое ослабление пульса на крупных артериях, неравномерное, неритмичное дыхание, нередко с участием мышц шеи и лица – «гримаса смерти».

Клиническая смерть — это состояние, при котором происходит полная остановка кровообращения и дыхания. Причины остановки кровообращения принято объединять в две группы: кардиогенной и некардиогенной природы. К первой относятся инфаркт миокарда и тяжелое нарушение сердечного ритма, эмболия коронарных сосудов и истинный разрыв сердца. Ко второй группе относят первичную катастрофу во внесердечных системах: дыхания, обмен, нейроэндокринная сфера. Клиническая смерть является главным показанием к реанимации. После клинической смерти через 4-5 минут наступает смерть биологическая – необратимый процесс, так как отмирают нейроны коры головного мозга. Продолжительность обратимого состояния значительно возрастает (до 12–15 минут) после остановки сердца при утоплении в ледяной воде. а оживление организма как единого целого уже невозможно.

Для определения отсутствия сознания (один из главных симптомов, отражающих нарастающую гипоксию мозга, развивается в течение первых 10 с от момента остановки кровообращения) рекомендуется спросить у пострадавшего, все ли с ним в порядке, аккуратно (подразумевая возможное повреждение шейного отдела позвоночника) попытаться встряхнуть за плечи, нанести легкое болевое раздражение в области лица (сжать мочку уха).

Оценка дыхания проводится по принципу «вижу – слышу – ощущаю». «Вижу» дыхательные движения грудной клетки и/или передней брюшной стенки; «слышу» дыхательные шумы (ухом прослушивают дыхание у рта пострадавшего); «ощущаю» движения выдыхаемого воздуха своим кожным покровом.

Оценка кровообращения начинается с определения пульса на крупных артериях (сонная или бедренная). При наличии пульса на крупных артериях определяют пульс на периферических.

Расширение зрачков считается дополнительным признаком остановки кровообращения. Не надо ждать этого симптома, так как он может возникнуть более чем через 40–60 с после прекращения кровообращения.

Объективными признаками *биологической смерти* являются гипостатические пятна (появляются через 20–30 мин после наступления смерти), трупное окоченение (появляется через 2–4 часа после смерти), помутнение роговицы и ее высыхание, «кошачий глаз» (овальный зрачок) при надавливании на глазное яблоко — положительный симптом Белоглазова.

Противопоказания к проведению реанимации:

- наличие внешних признаков биологической смерти (симптом Белоглазова, гипостатические пятна, трупное окоченение);
- травма, несовместимая с жизнью;
- терминальные стадии длительно протекающих неизлечимых заболеваний;
- угроза жизни реаниматору.

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) — это система неотложных мероприятий, выполняемых с целью выведения из терминального состояния и последующего поддержания жизни. Последние рекомендации по СЛР опубликованы Европейским советом по реанимации (ERC) в 2010 г. Оживление организма складывается из ряда последовательных мероприятий, в которых выделяют 3 стадии. Первичная реанимация (basic life support) — основные мероприятия по поддержанию жизнедеятельности организма, которые по своей логической последовательности сформулированы в правиле «АВС». Начав реанимационные мероприятия, следует позвать на помощь коллег или других лиц, находящихся рядом.

Первичная или элементарная реанимация включает три этапа:

- «А» (air way open) — восстановление и контроль проходимости дыхательных путей;
- «В» (breath for victim) — искусственная вентиляция легких (ИВЛ) пострадавшего;

- «С» (circulation his blood) — искусственное поддержание кровообращения путем непрямого массажа сердца (НМС).

1-й этап. Нужно убедиться, что нет опасности для оказывающего помощь, позвать на помощь. Определяем наличие сознания. При отсутствии сознания определяем наличие дыхания: «вижу – слышу – ощущаю». При отсутствии дыхания вызываем скорую помощь, придаем пациенту соответствующее положение: уложить на спину на твердую поверхность; голова, шея и грудная клетка должны находиться в одной плоскости, а ноги приподнять (30°). Аккуратно запрокидываем голову, если нет подозрения на травму шейного отдела позвоночника, если такое есть, то лифтообразным движением нужно вывести нижнюю челюсть. Запрокидывание головы, выдвигание вперед нижней челюсти и открывание рта составляют **«тройной прием на дыхательных путях»** (Safar).

Неправильное положение головы или нижней челюсти — самая частая причина неэффективной ИВЛ. Также следует очистить рот и ротоглотку от слизи и инородных тел, если в этом есть необходимость. Проверка рта на наличие инородных тел проводится, если при ИВЛ нет подъема грудной клетки. Нужно выполнить 2 медленных вдоха методом «рот в рот» или «рот в рот и нос».

2-й этап. ИВЛ методом активного вдувания воздуха (кислорода) в легкие пострадавшего. ИВЛ проводят методом «рот в рот» или «рот в рот и нос»: изо рта в рот — спасатель перекрывает нос спасаемого, рот герметично охватывает губами, изо рта в нос — спасатель перекрывает рот спасаемому и герметично обхватывает нос спасаемому. Для защиты спасателя от выделений изо рта и носа можно использовать ткань или платок.

Последовательность действий:

1. Укладываем пациента, запрокидываем голову.
2. Наблюдаем 5 с (но не более 10 с) «вижу – слышу – ощущаю», если пациент не дышит, делаем 2 глубоких вдоха с промежутком, чтобы реанимируемый имел возможность полностью выдохнуть воздух. Обязательно следим за грудной клеткой: при вдувании воздуха она должна подниматься; время каждого вдоха 1,5–2 с.
3. Если грудная клетка поднимается, раздувание прекращают и дают возможность осуществиться пассивному выдоху.
4. Когда выдох закончен, делают второе глубокое раздувание. **После второго вдоха определяют наличие пульса.** Пульс прощупывают в течение 10 с на сонной артерии.

3-й этап. НМС делают с целью поддержания и восстановления кровообращения. Сущность закрытого массажа заключается в сдавлении сердца между грудиной и позвоночником, опорожнении камер сердца в магистральные (аорта и легочная артерия) сосуды и последующим заполнением камер сердца из венозного русла большого и малого круга кровообращения. НМС проводят путем компрессии на нижнюю треть грудины нижней частью ладони левой руки. Правая ладонь помогает

массажу, располагаясь сверху. Пальцы не должны касаться грудной клетки спасаемого. Руки выпрямлены во всех суставах, компрессия должна осуществляться весом тела.

Соотношение числа компрессий к частоте дыхания как **для одного, так и для двух реаниматоров должно составлять 30 : 2 и осуществляться с паузой на проведение ИВЛ (риск развития аспирации!)**

Если все приемы выполняются правильно, но признаков улучшения нет: зрачки остаются широкими, цианоз не исчезает, самостоятельное дыхание и сердечная деятельность не восстанавливаются, то с этого момента все мероприятия продолжают еще 30 минут, не добившись за это время эффекта, реанимацию прекращают. СЛР более 30 минут проводят в случаях гипотермии, утопления в ледяной воде и передозировке лекарственных препаратов. Время прекращения реанимационных мероприятий фиксируется как время смерти пациента.

После восстановления кровообращения и дыхания при отсутствии сознания уложить пострадавшего в устойчивое боковое положение.

Переломами называется частичное или полное нарушение целостности кости в результате ее удара, сжатия, сдавления, перегиба (во время падения). Различают открытые и закрытые переломы, а также переломы без смещения и со смещением костных отломков. Переломы бывают самой разнообразной формы: поперечные, косые, спиральные, продольные. Наблюдаются оскольчатые переломы, когда кость разбита на отдельные осколки. Этот вид чаще встречается при огнестрельных ранениях. Перелом, возникающий от сжатия или сплющивания, называется компрессионным.

В зависимости от места перелома различают эпифизарные, диафизарные и метафизарные переломы.

При переломах могут возникнуть следующие осложнения: травматический шок, повреждение отломками костей нервов, сосудов и жизненно-важных органов (сердце, мозг, печень и т.д.), жировая эмболия – проникновение жира костного мозга в сосуды, что вызывает их закупорку, инфицирование места перелома, ведущее к воспалению кости (остеомиелит). При неправильном оказании первой помощи возможно несращение перелома, деформация, укорочение конечности, тугоподвижность или отсутствие движений в суставе.

Признаки переломов: боль в области перелома, усиливающаяся при ощупывании и движениях, частичное или полное нарушение функции, припухлость места перелома за счет образования кровоподтека. Возможны деформация места перелома, ненормальная подвижность на месте перелома с наличием костного хруста (крепитации), укорочение конечности. При открытом переломе присоединяются признаки нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек (раны). Общая реакция организма при переломе выражается в нарушении общего самочувствия, слабости, нарушении сна, аппетита, повышении температуры тела.

Оказание помощи. При закрытых переломах необходимо обеспечить обезболивание, обездвижить поврежденную часть тела - обеспечить транспортную иммобилизацию, доставить пострадавшего в медицинское учреждение. При открытых переломах следует остановить кровотечение, дать обезболивающее средство, наложить асептическую повязку на рану, провести транспортную иммобилизацию и доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

Особенности переломов у детей обусловлены особенностями строения костей у детей. В костях у детей хорошо развита надкостница – поэтому часто могут быть переломы без смещения: по типу «зеленой веточки», поднадкостничный неполный перелом. При таком переломе не происходит смещения отломков, признаки перелома могут быть мало выражены. Ребенок даже может ходить при переломе костей голени.

Наличие хрящевой ткани в области эпифиза (в области крепления мышц) определяет возможность перелома в этом месте по типу *эпифизолиза* (отрыв хряща при резком сокращении мышц) – чаще это наблюдается в голеностопном суставе. У взрослых в такой ситуации – растяжение или разрыв связок, у детей может быть оскольчатый перелом.

Кроме того, при повреждении зон роста костей последствиями переломов у детей может быть замедление или чрезмерный рост костей. За счет высоких регенераторных способностей переломы у детей заживают быстрее.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 197 с.
2. Сытый, В. П. Основы медицинских знаний (туристический аспект) : пособие / В. П. Сытый, А. Г. Фурманов. – Минск : Белорус. гос. ун-т физ. культуры, 2012. – 228 с.

Тема 9. Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей

План:

- 1) Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь.
- 2) Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь.
- 3) Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь.
- 4) Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь

Ушибы – повреждения тканей и органов, при которых не нарушена целостность кожи и костей. Степень повреждения зависит от силы удара, площади поврежденной поверхности и от значения для организма ушибленной части тела.

Признаки: боль, припухлость, кровоподтеки в месте ушиба.

Оказание помощи: ушибленной части тела создается полный покой, придается возвышенное положение. Накладывается тугая давящая повязка. На область повреждения прерывисто применяется холод: 15-20 минут пузырь со льдом, затем перерыв 10-15 минут. Внутрь принимаются обезболивающие средства.

Растяжения и разрывы связок суставов возникают в результате резких и быстрых движений, превышающих физиологическую подвижность сустава. Эти повреждения чаще отмечаются в голеностопном, коленном суставах.

Признаки: появляются резкая болезненность в суставе при движении, его припухлость, при разрыве связок – кровоподтек. *Оказание помощи:* тугое бинтование сустава, показано прерывистое применение холода, при разрыве связок – проведение иммобилизации. Внутрь обезболивающие средства.

Вывихи – стойкое смещение концов костей в суставах за пределы их нормальной подвижности, сопровождающееся повреждением суставной сумки связочного аппарата. Чаще всего наблюдаются в плечевом суставе, реже – в тазобедренном, локтевом и голеностопном суставах.

Признаки: боль в области сустава, усиливающаяся при попытке движения в нем, вынужденное положение конечности, деформация сустава, кровоизлияние в сустав и окружающие ткани, отечность, нарушение функции, изменение длины конечности.

Оказание помощи: Обездвиживание поврежденного сустава. При вывихе плечевого сустава рука подвешивается на косынку (см. рисунок 4). При вывихе в тазобедренном суставе накладывается шина. Прерывистое применение холода. Внутрь дают обезболивающие средства. Затем пострадавшего следует доставить в медицинское учреждение для вправления вывиха. Самостоятельно вправлять вывихи не следует.

Раны - повреждения целостности кожных покровов тела, слизистых оболочек в результате механического воздействия на них. Раны бывают резаные, рубленые, колотые, ушибленные, рваные, укушенные, огнестрельные и отравленные. Чем больше повреждено тканей, сосудов, нервов, внутренних органов и чем сильнее загрязнены раны, тем тяжелее они протекают. Раны различают проникающие (в полости живота, груди, черепа, суставов), сквозные, слепые, касательные.

Основными признаками ран являются: боль, зияние раны, возникающее вследствие расхождения ее краев, кровотечение, полное или частичное нарушение функции поврежденной части тела, припухлость мягких тканей вокруг раны.

Первая помощь при ранениях включает временную остановку кровотечений, обработку краев раны сильным антисептическим средством (спиртовым раствором йода, спиртом, водкой), наложение асептической повязки, обезболивание. При обширных ранениях поврежденную часть тела следует обездвижить (выполнить иммобилизацию).

Чтобы эффективно остановить кровотечение, применить эффективный способ его остановки, важно определить вид кровотечения.

Кровотечение – истечение крови из кровеносного русла.

В зависимости от вида поврежденного сосуда кровотечение может быть артериальным, венозным, капиллярным, паренхиматозным. В зависимости от места истечения крови – наружным, внутритканевым, внутренним (закрытым и открытым). Кровотечение при ранениях опасно развитием острого малокровия (анемии), для которого характерны следующие признаки: нарастающая общая слабость, головокружение, потемнение в глазах, звон в ушах, одышка, жажда, тошнота, рвота, бледность лица, кожные покровы холодные, черты лица заострены. Определяется частый пульс, слабого наполнения (нитевидный), дыхание учащенное, артериальное давление низкое. Возможны судороги, потеря сознания и летальный исход от гипоксии головного мозга.

Первая помощь:

1. установить факт кровотечения и его вид;
2. в зависимости от вида выбрать способ временной остановки кровотечения;
3. уложить пострадавшего с приподнятыми ногами;
4. обильное питье (можно солевые растворы – регидрон, новогидрон) при отсутствии внутреннего кровотечения;
5. доставка в лечебное учреждение или вызов скорой помощи.

Травматический шок - тяжелое нарушение деятельности ЦНС, кровообращения, дыхания и обмена веществ в результате воздействия на организм сверхсильных раздражителей (сильная боль, потеря крови или плазмы).

Факторы, способствующие развитию шока: кровопотеря, переохлаждение, голодание, переутомление, запоздалая и неполноценная помощь.

Фазы травматического шока:

Эректильная фаза (возбуждения), длится от неск. сек. до неск. минут: общее возбуждение: крики, стоны, плачь, усиленная мимика, жестикуляция, агрессивность, АД повышено, пульс учащен и ритмичен, учащенное дыхание, бледность кожи, холодный липкий пот, дрожание мышц, зрачки расширены

Торпидная (торможения): заторможенность, вялость, апатия, потеря сознания, АД снижено, пульс частый, слабый аритмичный, дыхание частое поверхностное, снижена болевая чувствительность, могут быть судороги, непроизвольное выделение мочи и кала, кожа холодная сухая.

Противошоковые мероприятия при оказании первой помощи: покой, остановка кровотечения, дача обезболивающих средств (при отсутствии повреждений органов брюшной полости), наложение повязки, иммобилизация, холод, предупреждение переохлаждения организма путем укутывания теплыми вещами, горячий сладкий чай, кофе или алкоголь (при

отсутствии повреждений органов брюшной полости), вызов скорой медицинской помощи.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.

Тема 10. Повреждения головы, позвоночника, грудной клетки и живота

План:

- 1)Понятия о повреждениях черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление). Признаки, осложнения, первая помощь.
- 2)Повреждения позвоночника: неосложненные и осложненные. Признаки, первая помощь, особенности иммобилизации и транспортировки.
- 3)Закрытые повреждения грудной клетки: перелом ребер, ушиб и сдавление грудной клетки – признаки, оказание первой помощи. Ранения грудной клетки, понятие о пневмотораксе и гемотораксе – признаки, оказание первой помощи.
- 4)Закрытые и открытые повреждения живота. Признаки, первая помощь, транспортировка. «Острый» живот.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – это повреждение черепа и головного мозга в результате механического воздействия. Виды ЧМТ: сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. ЧМТ может быть закрытой и открытой.

Сотрясение головного мозга - временное нарушение работы головного мозга в результате внешнего воздействия. Основными признаками являются: неполная или кратковременная потеря сознания, амнезия, тошнота, рвота, различная величина зрачков, отсутствие реакции на свет, нистагм (непроизвольные быстрые ритмичные движения глазами)

Ушиб головного мозга – нарушение целостности мозгового вещества на определенном участке. У пострадавшего: длительная потеря сознания (более 30 минут) вплоть до комы, нарушения дыхания, судороги, повышение АД, очаговые симптомы: парезы, параличи, нарушения чувствительности, зрения, слуха и т.д.

Сдавление головного мозга в результате травмы может быть гематомой, вдавленным переломом, инородным телом, отеком. Может отмечаться так называемый «светлый промежуток», после чего следует резкое ухудшение

состояния, потеря сознания, судороги, развитие комы, нарушение дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, летальный исход.

Первая помощь:

1. при любой ЧМТ должна быть оказана медицинская помощь: срочная или отсроченная;
2. отметить время (особенно при потере сознания);
3. уложить пострадавшего, под голову одежду, при отсутствии сознания – поворот головы на бок, устойчивое боковое положение;
4. при перевозке – обездвижить голову;
5. приложить холод к голове;
6. на раны – повязку;
7. постоянно контролировать состояние пострадавшего.

Повреждения позвоночника могут быть при падениях с высоты, нырянии, резком сгибании туловища (кувырок), ударе по спине тяжелым предметом. Переломы позвоночника опасны возможностью повреждения спинного мозга. Поэтому, если есть возможность вызвать «скорую помощь», следует не перемещать пострадавшего, а дожидаться помощи. Если медицинская помощь недоступна, следует обеспечить правильную иммобилизацию и транспортировку пострадавшего.

При переломах в шейном отделе позвоночника пострадавший предъявляет жалобы на боль в затылке, теменной области, верхней части шеи

Первая помощь:

1. пострадавшего укладывают на спину на носилки;
2. шею фиксируют специальным воротником или валиками по бокам;
3. голову пострадавшего нельзя тянуть или поворачивать.

При переломах грудного и/или поясничного отделов позвоночника пострадавший предъявляет жалобы на боль в спине, усиливающаяся при движениях, глубоком дыхании или кашле, отмечаются нарушения движений, чувствительности или функции тазовых органов.

Первая помощь:

1. по возможности не трогать и не перекладывать пострадавшего
2. при необходимости транспортировки переложить пострадавшего на твердую поверхность на спину (валик по поясничный прогиб) или на живот (на носилках).

Переломы костей таза сопровождаются сильными болями в тазовой области, внизу живота, быстрым развитием признаков кровопотери и шока, нарушениями дефекации, непроизвольным выделением мочи

Первая помощь:

1. укладывают на твердую поверхность с валиком под коленями, ноги слегка разводят в стороны («поза лягушки»).
2. холод на низ живота.

Травмы грудной клетки могут быть: закрытые (ушиб, сотрясение грудной клетки, переломы ребер, ключицы) и открытые (непроникающие и

проникающие), без повреждения и с повреждением органов грудной клетки

Переломы ребер могут быть при сдавлении грудной клетки между двумя твердыми поверхностями, либо при сильном резком ударе по грудной клетке. При переломе ребер отмечаются резкие боли в грудной клетке, усиливающиеся при вдохе и выдохе, дыхание поверхностное, учащенное, поврежденная часть грудной клетки отстаёт в дыхании, при переломах задних отделов ребер дыхательные расстройства мало выражены.

Первая помощь:

1. транспортная иммобилизация: при помощи спиральной повязки (на выдохе), лейкопластырной повязки;
2. обезболивание, холод на место перелома;
3. полусидячее положение;
4. вызов скорой помощи (доставка в лечебное учреждение).

Переломы ключицы чаще происходят при падении на вытянутую руку, наружную поверхность плеча, то есть по механизму не прямой травмы, или при непосредственном ударе по ключице. Пострадавший здоровой рукой поддерживает локоть и предплечье, прижимая их к телу, голова наклонена в поврежденную сторону, движения в плечевом суставе резко ограничены, надплечье опущено, а плечо ротировано кнутри. Перелом опасен повреждением подключичной артерии.

Первая помощь:

1. подвешивают руку на косынке (валик подмышку), либо накладывают повязку Дезо или косыночную повязку;
2. придают сидячее положение;
3. вызов скорой помощи (доставка в лечебное учреждение).

Ранения органов грудной клетки могут быть непроникающие и проникающие в плевральную полость (сопровождаются пневмотораксом и гемотораксом), с повреждением и без повреждения органов грудной клетки.

При непроникающих ранениях отмечаются общие признаки раны

Первая помощь:

1. обработка раны и наложение асептической повязки;
2. пузырь со льдом к ране;
3. обезболивающее средство;
4. вызов скорой помощи (доставка в лечебное учреждение).

При проникающих ранениях отмечается кровотечение из раны на грудной клетке с образованием пузырей, подсасывание воздуха через рану, сильная одышка, цианоз, учащение пульса, кожа влажная.

Первая помощь:

1. при отсутствии в ране инородного предмета прижать ладонь к ране и закрыть в нее доступ воздуха;
2. закрыть рану воздухо непроницаемым материалом (целлофан, клеенка), зафиксировать этот материал повязкой или пластырем;
3. положение «полусидя», холод к ране;

4. при наличии в ране инородного предмета - зафиксировать его валиками из бинта, пластырем или повязкой, извлекать из раны инородные предметы запрещается;

5. вызов скорой помощи (доставка в лечебное учреждение).

Травмы живота могут быть закрытые и открытые, с повреждением и без повреждения органов брюшной полости.

Закрытая (тупая) травма – это ушибы брюшной стенки с/без повреждения внутренних органов.

Ушиб брюшной стенки сопровождается припухлостью и болезненностью, ссадинами, кровоизлияниями. При повреждениях внутренних органов отмечаются резкие боли, напряжение мышц брюшной стенки, симптом «ваньки-встаньки», ограничение дыхательных движений брюшной стенки, рвота, учащение пульса, падение АД, жажда, развитие шока. В 30% случаев при травмах живота отмечается разрыв селезенки. Могут быть так называемые первичные разрывы - даже при легкой травме или без видимой причины, и вторичные (поздние) разрывы - через несколько дней или месяцев после травмы, наблюдаются чаще у детей. При разрыве селезенки появляются резкие боли в левом подреберье, уменьшаются лежа на левом боку с приведенными к животу ногами, признаки острого кровотечения

Первая помощь:

1. придать удобное положение, положить под колени валик;
2. холод на живот;
3. не давать обезболивающих средств, воды;
4. вызов скорой помощи (доставить в лечебное учреждение).

Ранения живота могут быть непроникающие и проникающие (повреждена брюшина) в брюшную полость, без повреждения и с повреждением внутренних органов. Осложнением проникающих ранений может быть перитонит – воспаление брюшины.

При непроникающих ранениях отмечаются признаки обычных ран. *При проникающих ранениях* развивается картина *острого живота*.

Первая помощь:

1. любая рана в области живота должна рассматриваться как проникающая;
2. обеспечить удобное положение, валик под колени;
3. наложить повязку: не вправлять и не извлекать выпавшие органы и посторонней предметы, прикрыть салфеткой и закрепить лейкопластырем;
4. холод на живот;
5. не давать обезболивающих средств и воды;
6. вызов скорой помощи (доставить в лечебное учреждение).

«Острый» живот - это комплекс признаков, характеризующих болезни и травмы органов брюшной полости. Чаще всего у детей синдром проявляется при кишечной непроходимости и аппендиците.

Острый живот может быть при следующих заболеваниях и травмах:

- острый аппендицит, панкреатит, холецистит;
- травмирование органов брюшной полости с последующим внутренним кровотечением;
- кишечная непроходимость (ущемление грыжи, глистные инвазии и др.);
- прободная язва;
- инфекционные заболевания;
- пневмония и плеврит.

Синдром может проявляться разными признаками в зависимости от основного заболевания. При этом существует триада основных симптомов острого живота: расстройство кишечной перистальтики (запор, диарея, метеоризм), повышен тонус мышц живота (доскообразный живот), различные типы болей в животе. Может повышаться температура тела, язык сухой.

У детей может отсутствовать типичная симптоматика заболевания. Однако даже при отсутствии явных признаков острого живота, следует обратиться к врачу в следующих случаях:

- ребёнок всегда лежит, подогнув колени к животу,
- не позволяет дотрагиваться до живота,
- сам постоянно держится за живот,
- изменилось детское поведение (появилась вялость, капризы, быстрая утомляемость).

Взрослые должны внимательно относиться к любым изменениям в поведении ребёнка, обращать внимание даже на обычные жалобы “болит животик”. Дети не умеют описывать характер боли, а часто и не ощущают её. Если ноющая боль у ребёнка сохраняется целый час или болезненность нарастает, следует немедленно вызвать скорую помощь.

До прибытия медицинской бригады обеспечиваем покой ребёнку, укладываем, не даем пить и есть, лекарственных препаратов. Нельзя ставить клизмы. На живот можно положить холод. Все пациенты с жалобами на острый живот немедленно госпитализируются.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.

Тема 11. Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление

План:

- 1) Понятие об ожогах и их видах. Степени термических ожогов. Первая помощь при термических ожогах.
- 2) Обморожения, их степени, первая помощь.
- 3) Электротравма: причины, признаки (местные и общие), первая помощь.
- 4) Первая помощь при утоплении.

Ожоги – повреждение кожи, слизистых оболочек и глублежащих тканей, вызванное чрезвычайным воздействием: высокой температурой, химическими веществами, электричеством или лучевой энергией. Термические ожоги человек получает при воздействии пламени, пара, горячих жидкостей, расплавленного металла, нагретых предметов

Тяжесть ожога определяется глубиной и площадью поражения. Наиболее простым методом определения площади ожоговой поверхности считается метод «ладони» (поверхность ладони составляет приблизительно 1% поверхности тела) и метод «девяток» - вся поверхность тела делится на участки, площадью кратные 9: грудная клетка. Передняя поверхность – 9%; живот, передняя поверхность – 9%; грудная клетка, задняя поверхность – 9%; поясничный отдел и ягодицы – 9%; одна нога – 18%; одна рука – 9%; голова и шея – 9%; промежность – 1%.

Все ожоги по глубине поражения разделяют на поверхностные (I, II, IIIa степени) и глубокие (IIIб, IV степени), что обусловлено возможностью восстановления при поверхностных ожогах покрова путем самостоятельной эпителизации:

- I степень - повреждается верхний слой эпидермиса, отмечаются краснота, отек, боль, жжение, заживление: до 7 дней;
- II степень: отслойка эпидермиса с образованием пузырей, отмечаются краснота, отек, боль, жжение, появление пузырей, наполненных прозрачным содержимым, заживление: до 2-х недель;
- III степень: быстро образуются и лопаются пузыри, дно раны багрово-красное с белесоватыми участками некроза, краснота и отек вокруг обожженного участка.

IIIa степень: омертвление поверхностных слоев кожи с сохранением волосяных луковиц; потовых и сальных желез; заживление до 1 месяца, полное восстановление 2-3 мес.

IIIб степень: гибель всей дермы; заживление - рубцевание (при небольших ожогах), незаживающие язвы (при обширных ожогах)

- IV – степень: некроз кожи и расположенных под ней тканей. повреждение кожи, подкожной клетчатки, мышц и сухожилий, обугливание, заживление самостоятельное невозможно.

Следует отметить, что в первые часы и дни после ожога очень трудно определить глубину поражения. Ориентировочно, в первые двое суток при поверхностных ожогах, болевая чувствительность сохранена или незначительно снижена, при глубоких – отсутствует, причем отмечается

отек непораженных нижележащих отделов, однако точно определить глубину поражения можно на 7-14-ый день после травмы.

Прогнозирование тяжести ожога основывается на индексе Франка, где учитывается площадь и глубина поражения. Индекс Франка предполагает, что глубокий ожог втрое утяжеляет состояние больного по сравнению с поверхностным. В частности если 1% поверхностного ожога приравнивается к единице, то глубокий ожог – к трем. Сумма показателей поверхностного и глубокого ожогов составляет индекс Франка. Если индекс составляет 30 единиц – прогноз благоприятный, 30-60 – относительно благоприятный, 61-90 – сомнительный и свыше 90 – неблагоприятный.

Ожоговая болезнь развивается при поверхностных ожогах (II, III степени), площадью более 15% (5-10% у детей) поверхности тела и при глубоких ожогах. Ожоговая болезнь – общая реакция организма на ожоговую травму.

В течении ожоговой болезни выделяют 4 стадии: ожоговый шок, ожоговая интоксикация (токсемия); интоксикация с присоединением инфекции, выздоровление.

Первая помощь:

1. быстро удалить пропитанную кипятком, горящую одежду и т.д.
2. охладить обожженную поверхность под струей холодной воды (10-15 минут), вода температурой 12-14 °С (нельзя прикладывать лед);
3. нанести на обожженную поверхность пенку Пантенол (до 3-х раз);
4. наложить легкую асептическую повязку (накрыть обожженную поверхность чистым материалом, нельзя бинтовать);
5. дать обезболивающее средство;
6. давать щелочное питье (регидрон);
7. при ознобе – укутывать;
8. вызов скорой помощи (доставка в лечебное учреждение).

Отморожение (обморожение) – травма в результате местного воздействия низких температур.

Чаще всего подвергаются отморожению стопы, кисти, лицо, мочки ушей. Способствуют развитию - сильный ветер, высокая влажность, тесная и влажная обувь, мокрая одежда и варежки, голодание, нарушения кровообращения, сопутствующие заболевания.

В развитии отморожения выделяют два периода:

1. Скрытый период: появляются бледность, потеря чувствительности;
2. Реактивный период: после отогревания проявляется глубина поражения тканей (степень отморожения):

- I степень: отмечаются жгучая болезненность, кожа пострадавшего багрово – красного цвета, поверхностный слой её шелушится, конечности холодные, пульсация периферических сосудов значительно ослаблена, пораженные ткани отечны, общее состояние удовлетворительное;

- II степень: на поверхности кожи имеются пузыри с прозрачным или кровянистым содержимым, пострадавший испытывает значительную боль.
- III степень: омертвление всех слоев кожи, пузыри содержат темно – красную жидкость, дно пузыря безболезненно, периферические сосуды не пульсируют, пострадавший жалуется на сильную боль, его состояние может быть тяжелым, особенно при обширных отморожениях.
- IV степень: омертвление кожи и подлежащих тканей и костей (влажная или сухая гангрена), отсутствие пульсации на периферических сосудах, общее состояние больного тяжелое.

Первая помощь:

1. поместить пострадавшего в теплое место, освободить от одежды и обуви (при необходимости разрезать и снять), снять металлические предметы (кулоны, часы, кольца и др.), внутрь теплое питье;
2. отогреть пораженное место:
 - а. либо в теплой воде (температура 20-30 °С) в течении 20-30 минут;
 - б. либо растереть пораженное место мягкой шерстяной материей;
3. нанести на пораженный участок пенку Пантенол;
4. наложить термоизолирующую повязку: вначале свободно бинтуем пораженный участок или накладываем на него марлевую салфетку, поверх укладываем слой ваты, затем закрываем клеенкой (целлофаном), обертываем все в шерстяную ткань. Оставляем на 5-6 часов;
5. дать обезболивающее средство;
6. при образовании пузырей – обратиться за медицинской помощью.

Электротравмы возникают в результате воздействия на человека технического или атмосферного электрического тока. Тяжесть поражения зависит от силы, напряжения, длительности действия электрического тока и его физических свойств – наиболее опасен переменный ток высокого напряжения.

Электрический ток оказывает на организм общее и местное действие. Местно в зоне действия тока появляется своеобразный ожог без покраснения, воспалительной реакции и болевых ощущений – «метки» или «знаки» токи. Ожоги всегда глубокие IIIб - IV степени, причем ткани, расположенные под кожей гибнут на более широком протяжении, чем кожа. Поэтому тяжесть состояния больного определяется не распространением некроза кожи (обычно диаметр 2-3 см.), а повреждением подлежащих тканей по ходу тока. При поражении крупных сосудов развивается некроз тканей, гангрена органа. Общая реакция в легких случаях выражается в испуге, возбуждении или заторможенности, сердцебиении, аритмии. При тяжелой электротравме наблюдаются тетанические судороги, которые не позволяют человеку оторваться от источника электрического тока, потеря сознания, нарушение дыхания и работы сердца. Возможен смертельный исход от остановки дыхания и фибрилляции желудочков сердца.

Первая помощь:

1. освободить пострадавшего от токонесущего проводника, выключить рубильник, предохранительные пробки или перерубить электрический провод топором или лопатой с деревянной ручкой. Затем, отбросив провод палкой, доской, и другим изолирующим предметом нужно оттащить пострадавшего за край одежды.
2. определить наличие жизненных функций. При потере сознания – уложить с приподнятыми ногами, при отсутствии сознания и дыхания – ИВЛ, при отсутствии сердечных сокращений и дыхания – СЛР.
3. на «метки тока» - повязки.
4. контроль состояния пострадавшего (может быть повторная остановка сердца) и доставка в лечебное учреждение.

Утопление – травма, связанная с отсутствием поступления кислорода в легкие, в связи с попаданием человека в жидкую среду.

Первая помощь при утоплении:

- 1) убедиться в собственной безопасности, позвать на помощь;
- 2) при уверенности в силах - извлечение утонувшего из воды;
- 3) определяем наличие сознания, дыхания, полость рта очищается от песка, водорослей, ила;
- 3) приступаем к СЛР.

Литература:

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.

2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

2.1 Структура и краткое содержание практических занятий

Раздел I. Первая помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей дошкольного возраста.

Занятие № 1. Тема 1. Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь.

Цель занятия: овладеть техникой определения параметров пульса, артериального давления, изучить причины, признаки, порядок оказания первой помощи при обмороке и коллапсе.

Оснащение: тонометры, фонендоскопы, секундомеры.

Задачи:

1. Освоить технику измерения артериального давления у взрослых и детей, порядок оценки артериального давления.
2. Освоить технику определения пульса и частоты сердечных сокращений, порядок оценки характеристик пульса.
3. Изучить причины, признаки и порядок оказания первой помощи при обмороке и коллапсе.

Контрольные вопросы:

1. Что называют артериальным давлением? В чем состоит методика измерения? Каковы нормы артериального давления, измеренного на плечевой артерии, у взрослых и детей. Что такое гипертензия и гипотензия?
2. Что такое пульс и частота сердечных сокращений. Как правильно определить характеристики пульса измерить? Каковы нормы частоты пульса у взрослых и детей. Что такое тахикардия, брадикардия, аритмия.
3. Почему может развиваться обморок и коллапс, каковы их признаки?
4. В чем состоит первая помощь при обмороке и коллапсе?

Материалы для подготовки:

Артериальное давление (АД) – это давление, которое оказывает кровь на стенки артерий при работе сердца. Давление, которое создается при сокращении желудочков сердца (систоле желудочков), называется *систолическим*, верхним, максимальным. Давление, которое создается при расслаблении желудочков сердца (диастоле желудочков), называется *диастолическим*, нижним, минимальным. Уровень АД определяется силой сердечных сокращений, диаметром артерий, объемом циркулирующей крови и вязкостью крови.

АД обязательно измеряется ребенку при жалобах на головные боли, головокружение, подозрении на внутреннее кровотечение и др. Для определения АД может использоваться электронный (автоматический/полуавтоматический) или пружинный (механический) тонометр. Тонометр состоит из манометра, манжеты, резинового баллона. В

норме у взрослого человека систолическое давление находится в пределах 110-139 мм рт.ст., диастолическое – 60-89 мм рт.ст.

АД у детей, как правило, ниже, чем у взрослых. До 10 лет нормы систолического АД определяется по формуле: $80 + 2n$, где n – возраст ребенка; диастолическое АД должно находиться в пределах $1/2 - 2/3$ от систолического АД.

Гипертензией (гипертонией) называют повышение АД: систолического 140 мм рт.ст. и выше, диастолического - 90мм рт.ст. и выше.

Гипотензией (гипотонией) называют снижение АД ниже нормы: систолического ниже 110 мм рт. ст., диастолического – 60 мм рт.ст.

Артериальная гипертензия у детей определяется при повышении АД более 125/75 мм рт.ст. (в возрасте 7-9 лет), более 130/80 мм рт.ст. (10-13 лет), более 135/85 мм рт.ст. (14-15 лет). *Гипотонией* у детей является снижение АД ниже 80/40 мм рт.ст. (7-9 лет), 85/45 мм рт.ст. (10-13 лет), 90/50 мм рт.ст. (14-15 лет).

Техника измерения АД. Перед определением АД человеку необходимо находиться в покое 5-10 минут. Измерение проводится в положении сидя или лежа, ноги нельзя скрещивать. Нельзя измерять АД после курения, после приема кофе (через 2 часа). В помещении должна быть оптимальная температура.

Измеряют давление крови в плечевой артерии. При первом измерении следует определить давление на обеих руках, а в последующем измерять на руке, где зафиксировано более высокое давление.

Плечо оборачивают манжетой, оставляя свободной локтевую ямку, куда прикладывают при использовании механического тонометра стето- или фонендоскоп. С помощью резинового баллона, который соединен с манометром, в манжету нагнетают воздух и создают давление большее, чем в плечевой артерии. Для этого закрывают при необходимости (если нет автоматического клапана) до конца вправо кольцо сверху резинового баллона, нагнетают воздух до цифр на табло манометра – 220 мм рт. ст. для взрослых, 160 мм рт. ст. для детей. Открывают плавно влево кольцо или надавливают на клапанное устройство, спускают воздух и, таким образом, медленно понижают давление. При использовании механического тонометра фиксируют аускультативно при помощи фонендоскопа сердечные тоны на артерии. Первое появление тонов (ударов) соответствует систолическому (максимальному) АД, а момент их исчезновения – диастолическому (минимальному) АД.

При использовании автоматического/полуавтоматического тонометра тоны регистрируются автоматически, результат фиксируется на электронном табло.

Для верификации уровня АД через 5 минут повторяют измерение, если наблюдается совпадение показателей – делают вывод о достоверном

результате, если нет, то измерение повторяют третий раз и затем вычисляют средние величины.

Следует учитывать, что для измерения АД у детей до 13 лет должна использоваться специальная детская манжетка. Если используется стандартная манжетка для взрослых, необходимо вводить поправки с учетом физического развития детей (см. таблицу 4):

Таблица 4 - Величины поправок к показателям систолического АД, полученным при использовании стандартной манжеты*, (мм рт. ст.)

Оценка физического развития			
Возраст, годы	Нормальное физическое развитие	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
7	+10	+15	+5
8	+10	+15	+5
9	+10	+15	+5
10	+10	+15	0
11	+5	+10	0
12	0	+5	0

*Показатели диастолического АД корректировке не подлежат

Пульс - колебание стенок артерий под действием крови, выбрасываемой сердцем. Определяется на лучевой, сонной или височной артерии. Основными характеристиками пульса являются частота и ритмичность. Частота пульса в норме – от 60 до 80 ударов в минуту у взрослых, у детей 5 – 6 лет 100 – 110 ударов в мин, с 7 – 10 лет 80 -90 ударов в мин, 12 -13 лет 70 – 75. Пульс является *ритмичным*, если пульсовые удары следуют друг за другом через равные промежутки времени, в противном случае пульс является *аритмичным*. При заболеваниях сердца, сопровождающихся нарушениями сердечного ритма (аритмиями), частота сердечных сокращений может не совпадать с частотой пульса.

В норме под влиянием различных физиологических факторов частота пульса колеблется в широких пределах и зависит от возраста, пола, физической нагрузки, эмоционального состояния. При физической и психической нагрузке у человека всегда повышается частота сердечных сокращений и соответственно пульса.

Учащение в покое пульса и сердечных сокращений выше 80 (у женщин выше 90) уд/мин называется *тахикардией*, а урежение ниже 60 уд/мин — *брадикардией*. Тахикардия отмечается при лихорадке (повышение температуры на 1°C сопровождается учащением пульса на 8—10 уд/мин), ослаблении сердечной деятельности, падении артериального давления, повышении функции щитовидной железы и др. Брадикардия наблюдается при острых гепатитах, пониженной функции щитовидной железы, опухолях и травмах головного мозга, хроническом недоедании и голодании. Брадикардия у человека отмечается во время сна

Техника определения характеристик пульса. Прикладываем подушечки указательного, среднего и безымянного пальцев к нижней трети лучевой артерии (к сонной или височной артериям). Их нетрудно обнаружить по биению, ощущаемому под пальцами. При измерении пульса на лучевой артерии большой палец необходимо прижать к тыльной стороне запястья. Определяем количество ударов за 1 минуту и ритмичность ударов. Для экономии времени можно подсчитать количество пульсовых волн за 30 секунд и умножить на два или за 20 секунд и умножить на 3.

Занятие № 2 Тема 3. Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста

Цель занятия: изучение наиболее распространенных болезней органов пищеварения и эндокринных желез у детей, мероприятий по профилактике глистных инвазий

Задачи:

1. Изучить распространение болезней органов пищеварения у детей.
2. Изучить причины, основные признаки болезней органов пищеварения у детей.
3. Изучить порядок оказания первой помощи при остром гастрите.
4. Изучить порядок оказания первой помощи детям при гипергликемическом и гипогликемическом состоянии.
5. Определить основные направления профилактики глистных инвазий.

Контрольные вопросы:

1. Каковы причины широкого распространения болезней органов пищеварения у детей?
2. Что называют острым гастритом, каковы его причины, признаки?
3. Каков порядок оказания первой помощи при остром гастрите?
4. Каковы основные направления профилактики глистных инвазий у детей? В чем состоит роль педагога УДО?
5. Каковы отличительные признаки гипогликемического и гипергликемического состояния?
6. Как правильно оказать первую помощь при подозрении на гипогликемического и гипергликемического состояния?

Занятие 3. Тема 4. Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь

Цель занятия: изучение причин, признаков отравления ядовитыми грибами, растениями, методик оказания первой помощи при отравлениях и укусах

Задачи:

1. Изучить причины и признаки отравления ядовитыми грибами.
2. Составить алгоритмы оказания первой помощи в случае отравления ядовитыми грибами и растениями.

3. Изучить признаки укусов клещей, змей, животных, определить возможные последствия укусов.

4. Составить алгоритмы оказания первой помощи при укусах клещей, змей, животных.

5. Определить направления профилактики бешенства и клещевого энцефалита.

Контрольные вопросы:

1. Каковы причины, признаки отравления ядовитыми растениями и грибами?
2. Как оказать первую помощь при отравлениях ядовитыми грибами и растениями?
3. Каковы признаки укусов клещей, змей, животных?
4. В чем состоит оказание первой помощи при укусах клещей, змей, животных?
5. В чем состоит профилактика бешенства и клещевого энцефалита?

Раздел II. Инфекционные болезни у детей дошкольного возраста
Занятие 4. Тема 6. Инфекции дыхательных путей.

Цель занятия: изучить эпидемиологические и клинические особенности инфекций дыхательных путей у детей, порядок проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Задачи:

1. Изучить эпидемические особенности ОРВИ, гриппа.
2. Изучить основные клинические проявления ОРВИ, гриппа.
3. Изучить основные профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ОРВИ, гриппа.
4. Изучить порядок оказания первой помощи при ОРВИ, гриппе.

Контрольные вопросы:

1. Что такое ОРВИ и грипп? В чем состоят клинические отличия ОРВИ и гриппа?
2. В чем состоит оказание первой помощи при ОРВИ и гриппе?
3. Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводят при гриппе в УДО?
4. Что включает в себя общественная и индивидуальная профилактика ОРВИ и гриппа?

Раздел III. Первая помощь при травмах у детей дошкольного возраста
Занятие 5. Тема 8. Первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.

Цель занятия: изучить порядок оказания первой помощи при переломах костей, способы транспортной иммобилизации при повреждениях различных частей тела с помощью подручных средств.

Оснащение: подручные средства иммобилизации (дощечки), резиновые жгуты, бинты, косынки.

Задачи:

1. Изучить признаки переломов, особенности переломов у детей.
2. Изучить порядок оказания первой помощи при переломах конечностей.
3. Изучить способы иммобилизации подручными средствами при повреждениях различных частей тела.

Контрольные вопросы:

1. Что такое переломы, какие могут быть переломы?
2. В чем состоят особенности переломов у детей?
3. Что такое транспортная иммобилизация? Перечислите правила иммобилизации. Что может использоваться для иммобилизации при оказании первой помощи?

Задания:

1. Выполните иммобилизацию предплечья, плеча, голени, бедра, кисти, стопы при помощи подручных средств.
2. Составьте алгоритмы оказания первой помощи при открытых и закрытых переломах конечностей.

Материалы для подготовки:

Транспортной иммобилизацией называют создание неподвижности поврежденной части тела с помощью шин или подручных средств на период транспортировки пострадавшего с места происшествия до лечебного учреждения. Для обеспечения транспортной иммобилизации могут использоваться специальные шины, при их отсутствии – подручные средства, в качестве которых могут использоваться палки, рейки, картон и др.

При выполнении транспортной иммобилизации следует придерживаться основных правил:

- предварительно примеривать шины или подручные средства по здоровой конечности пострадавшего или по конечности оказывающего помощь;
- шины или подручные средства накладываются поверх одежды (обуви) пострадавшего;
- обездвиживаются два смежных по отношению к перелому сустава (выше и ниже места перелома), а при переломах плеча и бедра – три сустава;
- иммобилизация проводится в положении, функционально выгодном для пострадавшего (его конечностей, туловища и т.д.);
- в местах костных выступов для профилактики пролежней подкладываются мягкие ватно-марлевые валики.

Перелом костей предплечья. Шина или подручное средство накладывается на руку, согнутую в локтевом суставе, снизу от кончиков пальцев до локтевого сустава (см. рисунок 8), подвешивается на бинт или косынку. При отсутствии подручных средств и шин можно повесить руку на косынку.

Переломы плечевой кости. Можно привязать поврежденную руку к туловищу и подвесить ее, либо дощечку привязать к плечу и подвесить руку на косынку.

Переломы костей кисти и пальцев. В поврежденные полусогнутые пальцы (придают «хватательное» положение кисти) вкладывают ватный валик и прибинтовывают предплечье и кисть к шине (доске, книге и т.д.), затем можно подвесить руку на косынку.

Перелом костей голени. Подручные средства (доски, палки) прибинтовывают по боковым поверхностям голени.

Перелом бедренной кости. Для создания покоя поврежденной ноге снаружи, от стопы до подмышечной области и по внутренней поверхности – от подошвы до промежности прибинтовывают шины или подручные средства (рис.6). Если медицинское учреждение находится далеко от места происшествия, нужно сзади поместить еще одну шину или доску, прибинтовав ее от стопы до лопатки. Если нет шин, можно прибинтовать поврежденную ногу к вытянутой здоровой ноге.

Переломы костей стопы. К подошве стопы прибинтовывается дощечка, по бокам фиксируется прилежащая часть голени.

Перелом ключицы опасен повреждением смещаемыми отломками кости крупной подключичной артерии. Для создания покоя можно подвесить руку на стороне повреждения на косынку (подложив в подмышечную область валик). Для разведения отломков ключицы можно использовать ватно-марлевые кольца или две косынки, которые связываются сзади.

Переломы позвоночника опасны возможностью повреждения спинного мозга. Поэтому, если есть возможность вызвать «скорую помощь», следует не перемещать пострадавшего, а дожидаться помощи. Если медицинская помощь недоступна, следует обеспечить правильную иммобилизацию и транспортировку пострадавшего.

Укладывать пострадавшего можно «на щит» (фанеру, снятую с петель дверь, сбитые доски), покрытый одеялом или пальто. Под поясницу, чтобы не было провисания, подкладывают небольшой валик.

Поднимают пострадавшего очень осторожно, в один прием, чтобы не вызвать смещения отломков и повреждения спинного мозга. Несколько человек могут поднимать пострадавшего, взявшись за его одежду и действуя согласованно, по команде. При любом способе иммобилизации пострадавшего необходимо фиксировать на поверхности при помощи материи, бинтов, косынок. При переноске пострадавшего на носилках без щита его укладывают на живот.

Человека с переломом шейного отдела позвоночника следует оставить на спине с валиком под лопатками, закрепить голову и шею, обложив их по бокам мягкими предметами.

Перелом костей таза. Пострадавший укладывается «на щит» в положении на спине, ноги несколько разводят в стороны («положение лягушки»), под колени подкладывают валик из одеяла или скатанной одежды.

Переломы ребер. Необходимо туго перебинтовать грудную клетку спиральной повязкой. Повязка накладывается на выдохе. Транспортировка осуществляется в положении полусидя - с опорой сзади.

Занятие 6. Тема 9. Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Способы временной остановки кровотечений

Цель занятия: овладеть методиками оказания первой помощи при ранениях, способами временной остановки кровотечений.

Оснащение: бинты, жгуты, косынки, пузырь для льда.

Задачи:

1. Изучить признаки и последствия открытых повреждений мягких тканей.
2. Изучить методики оказания первой помощи при открытых повреждениях мягких тканей.
3. Овладеть способами временной остановки кровотечений.

Контрольные вопросы:

1. Какие могут быть повреждения мягких тканей?
2. Каковы основные признаки ранений? В чем опасность ранения? Что такое анемия?
3. Какие могут быть кровотечения? В чем состоят признаки кровотечения?
4. Какие могут быть способы остановки артериального, венозного, внутреннего кровотечения?

Задания:

1. Составьте алгоритм действий при следующих ситуациях:
 - 1) В области запястья у пострадавшего отмечается рана, из которой кровь вытекает равномерной струей, кровь темного цвета.
 - 2) На голове у ребенка после падения рана на голове, с поверхности которой равномерно истекает кровь.
 - 3) В области бедра у взрослого человека глубокая рана, из которой интенсивно в виде пульсирующей струи истекает кровь алого цвета.
 - 4) У ребенка 3-х лет имеется резаная рана кисти, из которой вытекает алая кровь небольшой пульсирующей струей.
 - 5) После падения пострадавший предъявляет жалобы на боли с левой стороны живота, головокружение, лицо бледное, пульс учащен.
 - 6) В результате ранения острым предметом у пострадавшего рана в области шеи, кровь темного цвета, истекает равномерной струей.
2. Наложить жгут, жгут-закрутку на плечо
3. Наложить давящую повязку на область запястья

Материалы для подготовки.

Артериальное кровотечение возникает при повреждении крупных артерий (кровь алая, бьет фонтанчиком). Для остановки артериального кровотечения можно применить следующие способы временной остановки: пальцевое прижатие артерии, наложение жгута или закрутки, максимальное сгибание конечности, наложение давящей повязки.

Пальцевое прижатие артерий производят для остановки кровотечения из артериального сосуда на короткое время (при подготовке к

наложению жгута или при смене места его наложения, при кратковременной транспортировке раненого в стационар).

Перед **наложением жгута** конечность следует приподнять. Жгут накладывают выше раны поверх тканевой прокладки (одежда, косынка, полотенце). После первого, основного тура с большим натяжением жгута, второй накладывают с меньшим, а последующие туры с минимальным натяжением. Туры жгута располагают «черепицеобразно», закрепляют с помощью цепочек, пуговиц или просто завязывают жгут. Под жгут подкладывают записку с указанием времени наложения жгута. Жгут накладывают на 1 час. При необходимости переналожить жгут его отпускают в течение нескольких минут, в это время прижимают артерию пальцем, затем накладывают жгут несколько выше прежнего места. При отсутствии стандартного кровоостанавливающего жгута можно использовать жгут закрутку, ремень, галстук и др. Для наложения жгута-закрутки косынку, свернутую валиком, кладут на переднюю поверхность конечности, обвивают ее вокруг и завязывают на передней поверхности узлом так, чтобы образовалась петля. В петлю вводят палку и с ее помощью закручивают косынку, пока не исчезнет пульс. Конец палки фиксируют дополнительной петлей, образованной из бинта, несколько выше закрутки. Наложение жгута может привести к тяжелым последствиям, поэтому этот способ используется по жизненным показаниям, его не используют для остановки кровотечений у детей до 14-15 лет. Пережимать чем-либо конечности детям до 6-7 лет не следует – с целью остановки артериального кровотечения используют давящую повязку.

При артериальном кровотечении из области предплечья, голени можно использовать способ **максимального сгибания конечности** (см. рисунок 6). В область сустава подкладывают ватно - марлевый валик, затем конечность сгибают и в таком положении привязывают.

При повреждении подключичной артерии руки максимально отводят назад и туго связывают на уровне плеч. Подключичная артерия в этом положении зажимается между ключицей и первым ребром.

При *венозном кровотечении* кровь темная, истекает по каплям или небольшой струей. Такое кровотечение останавливают при помощи давящей повязки, максимальным сгибанием конечности. Остановке кровотечения способствует приподнятое положение конечности. Для наложения давящей повязки рану покрывают стерильной салфеткой, поверх нее кладут ватно-марлевый валик и туго фиксируют круговыми ходами бинта. В качестве давящего валика может быть использован скатанный бинт.

Капиллярное кровотечение характеризуется тем, что кровь просачивается из поврежденных тканей мелкими каплями. Оно хорошо останавливается обычной повязкой.

Приподнятое положение конечности используется как вспомогательный прием при других способах остановки кровотечений.

Тампонада раны применяется для остановки кровотечений в местах, где невозможно применить другие методы остановки кровотечений – это область шеи, паховая и ягодичная области. При этом в рану вводится перевязочный материал – марлевый валик, а сверху накладывается давящая повязка.

При подозрении на внутреннее кровотечение способом остановки является применение холода на поврежденное место в виде **пузыря со льдом**.

Занятие 7. Тема 10. Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей

Цель занятия: изучение наиболее распространенных травм головы, позвоночника, грудной клетки и живота, порядка оказания первой помощи при данных повреждениях.

Оснащение: бинты, косынки, дощечки.

Задачи:

1. Изучить причины, признаки травм головы, позвоночника, грудной клетки и живота.
2. Изучить порядок оказания первой помощи при травмах головы, позвоночника, грудной клетки и живота.
3. Повторить практические навыки наложения повязок и обеспечения транспортной иммобилизации головы, позвоночника, грудной клетки и живота.

Контрольные вопросы:

1. Что такое черепно-мозговая травма, сотрясение, ушиб и сдавление головного мозга? Каковы признаки этих повреждений?
2. Как правильно оказать первую помощь при черепно-мозговой травме?
3. Какие могут быть причины и виды повреждений позвоночника? Как правильно оказать первую помощь при подозрении на повреждение позвоночника?
4. Какие наиболее часто встречающиеся травмы грудной клетки, каковы их признаки?
5. Как правильно оказать первую помощь при травмах грудной клетки?
6. Какие могут быть травмы живота, их признаки?
7. Как правильно оказать первую помощь при повреждениях живота?

Задания:

1. Наложите повязки на затылочную, теменную, лобную область головы.
2. Наложите спиральную повязку на грудную клетку.
3. Составьте алгоритмы оказания первой помощи при получении школьником ЧМТ, травме, живота, грудной клетки.

Занятие 8. Тема 11. Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление

Цель занятия: изучение причин и признаков ожогов, обморожений, электротравмы и утопления у детей, а также порядка оказания первой помощи при данных травмах.

Оснащение: таблицы, тренажер «Максим».

Задачи:

1. Изучить причины, признаки ожогов, обморожений, электротравмы и утопления у детей
2. Составить алгоритмы действий по оказанию помощи при ожогах, обморожениях, электротравмах и утоплении у детей.
3. Отработать навыки проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР).

Контрольные вопросы:

1. Какие могут быть ожоги? Чем определяется степень ожога?
2. Как определить площадь ожоговой поверхности?
3. Как оказать первую помощь при термических ожогах?
4. Что такое ожоговая болезнь и чем она опасна?
5. Чем определяется степень обморожения?
6. Как оказать помощь при обморожении?
7. Как оказать помощь при утоплении?
8. Как провести СЛР?

Задания:

1. Наложите согревающую повязку на кисть руки.
2. Отработать навыки проведения СЛР на тренажере «Максим».

3. РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

3.1 Формы и критерии контроля знаний

Десятибалльная шкала в зависимости от величины балла и отметки включает следующие критерии:

10 (десять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине, а также по основным вопросам, выходящим за ее пределы;

точное использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

безупречное владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

выраженная способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации;

полное и глубокое усвоение основной и дополнительной литературы, по изучаемой учебной дисциплине;

умение свободно ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку, использовать научные достижения других дисциплин;

творческая самостоятельная работа на семинарских занятиях, активное творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

9 (девять) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

точное использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его эффективно использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач.

способность самостоятельно и творчески решать сложные проблемы в нестандартной ситуации в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

полное усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

систематическая, активная самостоятельная работа на семинарских занятиях,

творческое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

8 (восемь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины (методами комплексного анализа, техникой информационных технологий), умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

способность самостоятельно решать сложные проблемы в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

активная самостоятельная работа на семинарских занятиях, систематическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

7 (семь) баллов, зачтено:

систематизированные, глубокие и полные знания по всем разделам учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обоснованные выводы и обобщения;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в постановке и решении научных и профессиональных задач;

свободное владение типовыми решениями в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине усвоение основной и дополнительной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им аналитическую оценку;

самостоятельная работа на семинарских занятиях, участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

6 (шесть) баллов, зачтено:

достаточно полные и систематизированные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование необходимой научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать обобщения и обоснованные выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой дисциплине и давать им сравнительную оценку;

активная самостоятельная работа на семинарских занятиях, периодическое участие в групповых обсуждениях, высокий уровень культуры исполнения заданий.

5 (пять) баллов, зачтено:

достаточные знания в объеме учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, грамотное, логически правильное изложение ответа на вопросы, умение делать выводы;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении учебных и профессиональных задач;

способность самостоятельно применять типовые решения в рамках учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

умение ориентироваться в базовых теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им сравнительную оценку;

самостоятельная работа на семинарских занятиях, фрагментарное участие в групповых обсуждениях, достаточный уровень культуры исполнения заданий.

4 (четыре) балла, зачтено:

достаточный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

усвоение основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, логическое изложение ответа на вопросы,

умение делать выводы без существенных ошибок;

владение инструментарием учебной дисциплины, умение его использовать в решении стандартных (типовых) задач;

умение под руководством преподавателя решать стандартные (типовые) задачи;

умение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях по изучаемой учебной дисциплине и давать им оценку;

работа под руководством преподавателя на семинарских занятиях, допустимый уровень культуры исполнения заданий.

3 (три) балла, не зачтено:

недостаточно полный объем знаний в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знание части основной литературы, рекомендованной учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

использование научной терминологии, изложение ответа на вопросы с существенными, логическими ошибками;

слабое владение инструментарием учебной дисциплины, некомпетентность в решении стандартных (типовых) задач;

неумение ориентироваться в основных теориях, концепциях и направлениях изучаемой учебной дисциплины;

пассивность на семинарских занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

2 (два) балла, не зачтено:

фрагментарные знания в рамках образовательного стандарта высшего образования;

знания отдельных литературных источников, рекомендованных учебной программой учреждения высшего образования по учебной дисциплине;

неумение использовать научную терминологию учебной дисциплины, наличие в ответе грубых, логических ошибок;

пассивность на семинарских занятиях, низкий уровень культуры исполнения заданий.

1 (один) балл, не зачтено:

отсутствие знаний и (компетенций) в рамках образовательного стандарта высшего образования, отказ от ответа, неявка на аттестацию без уважительной причины.

3.2 Примерные тестовые задания для текущего контроля знаний

3.2.1 Тест по разделу I. Первая помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей дошкольного возраста

1. Укажите препараты, которые применяют для оказания первой помощи:
1) при остром гастрите; 2) при обмороке; 3) при повышении температуры выше 38° ; 4) нервно- психическом возбуждении; 5) укусе пчелы;
6) дискинезии ЖВП:
а) регидрон б) настойка пустырника; в) нашатырный спирт; г) ибупрофен;
е) аспирин; ж) настойка валерианы; з) активированный уголь; и) парацетамол; к) супрастин; л) но-шпа.
2. Признаки приступа бронхиальной астмы:
а) экспираторная одышка;
б) инспираторная одышка;
в) сухой кашель;
г) загрудинная боль;
д) потеря сознания;
е) боль в грудной клетке;
ж) повышение температуры тела.
3. При измерении АД придерживаются следующих правил:
а) всегда измеряют на левой руке;
б) измерение проводят всегда 2 раза;
в) измеряют не ранее, чем через 2 часа после курения;
г) не измеряют после еды
4. Как правильно пользоваться ингаляторами для снятия приступа бронхиальной астмы:
а) применять строго по дозировке, если эффекта нет, дозу не превышать, вызвать скорую помощь;
б) применять повторные дозы до улучшения состояния;
в) без врача не применять;
г) лучше пользоваться сразу несколькими препаратами.
5. Признаками гипогликемии являются:
а) общее возбуждение;
б) сухие язык и кожа;
в) нарушение зрения;
г) изо рта запах ацетона;
д) заторможенность;
е) обильное потоотделение;
ж) судороги;
з) шумное и глубокое дыхание.

6. Признаками гипергликемического состояния являются:
- а) общее возбуждение;
 - б) сухие язык и кожа;
 - в) нарушение зрения;
 - г) изо рта запах ацетона;
 - д) заторможенность;
 - е) обильное потоотделение;
 - ж) судороги;
 - з) шумное и глубокое дыхание.
7. Для сахарного диабета 1 типа (инсулинзависимого) характерно:
- а) начало заболевания в молодом возрасте;
 - б) начало заболевания в пожилом возрасте;
 - в) долгое скрытое течение;
 - г) бурное начало;
 - д) чаще страдают лица мужского пола;
 - ж) чаще страдают лица женского пола.
8. Для оказания первой помощи при гипергликемическом состоянии вне лечебного учреждения необходимо:
- а) ввести обычную дозу инсулина;
 - б) ввести двойную дозу инсулина;
 - в) вызвать скорую помощь;
 - г) обеспечить проходимость дыхательных путей при потере сознания;
 - д) дать выпить стакан воды.
9. Для оказания первой помощи при гипогликемическом состоянии:
- а) при сохранении сознания дать сладкое питьё;
 - б) без предварительного анализа крови на содержание глюкозы сладкое питьё не давать;
 - в) вызвать скорую помощь;
 - г) одновременно со сладким питьём ввести расчётную дозу инсулина;
 - д) обеспечить проходимость дыхательных путей при потере сознания.
10. Нормальное содержание глюкозы в капиллярной крови:
- а) 2,5 - 3,5 ммоль/л;
 - б) менее 9,5 ммоль/л;
 - в) 3,3 - 5,5 ммоль/л;
 - г) 4,1 - 6,1 ммоль/л.
11. _____ - прибор для проведения самоконтроля уровня глюкозы в крови больными сахарным диабетом.

12. Для коллапса характерно:

- а) потеря сознания;
- б) затемнение сознания;
- в) повышение артериального давления;
- г) понижение артериального давления;
- д) частый слабый пульс;
- е) частый напряженный пульс;
- ж) возможность остановки сердца.

13. Для оказания первой помощи при острых болях в животе:

- а) кладут горячую грелку на живот;
- б) кладут холод на живот;
- в) дают обильное питье;
- г) запрещают пить и есть;
- д) используют спазмалгон (но-шпу);
- е) используют настойку пустырника;
- ж) используют настойку валерианы;
- з) используют парацетамол;
- и) вызывают скорую помощь.

14. Составьте порядок оказания первой помощи при остром гастрите:

- а) водно-чайная диета; б) прием активированного угля; в) прием жидкости; г) вызвать рвотный рефлекс.

3.2.2 Тест по разделу III. Первая помощь при травмах у детей дошкольного возраста

1. Пик детского травматизма приходится на возраст:

- а) 1-6 лет; б) 7-9 лет; в) 10-12 лет; г) 13-14 лет

2. Что такое травматический шок?

- а) омертвление тканей органов человека;
- б) изменения в органах и тканях при недостаточном поступлении к ним кислорода;
- в) повреждения крупных артерий и вен;
- г) ответная реакция организма на сверхсильный болевой раздражитель.

3. Укажите характерные симптомы первой стадии травматического шока:

- а) отсутствие сознания;
- б) заторможенность;
- в) нитевидный пульс;
- г) бледность кожных покровов;
- д) возбуждение, двигательное беспокойство.

4. Как оказать первую помощь при внутреннем кровотечении?
- а) растереть тело место повреждения спиртом - согревающий компресс;
 - б) холод на место повреждения, покой;
 - в) дать понюхать нашатырный спирт;
 - г) грелка на область повреждения, покой.
5. Как накладывается жгут при артериальном кровотечении?
- а) жгут накладывается на 10-15 см. выше раны на кожу
 - б) жгут накладывается на рану
 - в) жгут накладывается на 10-15 см. ниже раны
 - г) жгут накладывается на 10-15 см. выше раны на подкладочный материал
6. Какая повязка накладывается при ранении теменной области?
- а) уздечка;
 - б) крестообразная;
 - в) спиральная;
 - г) чепец.
7. Какая повязка накладывается при ранении затылочной области?
- а) уздечка;
 - б) крестообразная;
 - в) спиральная;
 - г) чепец.
8. Какая повязка накладывается при челюстно-лицевом ранении?
- а) уздечка;
 - б) крестообразная;
 - в) спиральная;
 - г) чепец.
9. Какая повязка накладывается при повреждении локтевого сустава?
- а) колосовидная;
 - б) черепашья;
 - в) Дезо;
 - г) окклюзионная (герметическая).
10. Какая повязка накладывается при проникающем ранении грудной клетки?
- а) колосовидная;
 - б) черепашья;
 - в) Дезо;
 - г) окклюзионная (герметическая).
11. Какая повязка накладывается при повреждении плечевого сустава?
- а) колосовидная;
 - б) черепашья;
 - в) Дезо;
 - г) окклюзионная (герметическая).

12. Какой порядок оказания помощи при открытых переломах?
- а) остановить кровотечение, обезболить, наложить транспортную иммобилизацию, доставить в медицинское учреждение;
 - б) остановить кровотечение, наложить асептическую повязку, обезболить, доставить в медицинское учреждение;
 - в) остановить кровотечение, обезболить, наложить асептическую повязку и транспортную иммобилизацию, доставить в медицинское учреждение;
 - г) положить асептическую повязку и транспортную иммобилизацию, обезболить и доставить в медицинское учреждение.
13. В каком положении транспортируют пострадавших с переломом костей таза?
- а) в положении «лягушка»;
 - б) на боку;
 - в) на спине;
 - г) на животе.
14. В каком положении должен находиться пострадавший с носовым кровотечением?
- а) сидя, запрокинув голову назад;
 - б) сидя, наклонив голову вниз;
 - в) лёжа на спине;
 - г) в полусидячем положении с запрокинутой головой
15. Как оказать помощь при повреждении связок голеностопного сустава?
- а) крестообразная повязка эластичным бинтом, холод
 - б) крестообразная повязка, грелка
 - в) спиральная повязка, согревающий компресс
 - г) колосовидная повязка, холод
16. Какой из нижеперечисленных способов рекомендуется применять для временной остановки венозного кровотечения:
- а) максимальное сгибание конечности;
 - б) наложение кровоостанавливающего жгута;
 - в) наложение закрутки подручными средствами;
 - г) наложение давящей повязки.

3.3 Примерные ситуационные задания для текущего контроля знаний

3.3.1 Ситуационные задачи к разделу I. Первая помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей дошкольного возраста

1. Во время прогулки по городу неизвестная собака укусила мальчика в область правого колена, после чего собака убежала. Каков порядок оказания первой помощи? Чем может быть опасен укус неизвестной собаки?

2. После прогулки по лесу на теле у ребенка обнаружен клещ. Каков порядок оказания первой помощи? Чем может быть опасен укус клеща?
3. Во время пребывания в летнем оздоровительном лагере трое детей пожаловались на боли в животе, тошноту, рвоту, отмечается повышенная возбудимость, покраснение кожных покровов, расширение зрачков. При опросе дети признались в употреблении неизвестного растения привлекательного вида. Что можно заподозрить и как оказать первую помощь?
4. Члены семьи практически одновременно заболели, предъявляют жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, накануне употребляли в пищу жареные грибы. Что можно заподозрить и как оказать первую помощь?
5. При нахождении в душном помещении девочка потеряла сознание. Ваши действия по оказанию первой помощи?
6. У лихорадящего больного при резком снижении температуры отмечается заторможенность, затемнение сознания, покровы тела холодные, пульс слабый и редкий. Что можно заподозрить? Как правильно оказать помощь?
7. У младшего школьника на уроке появилось шумное учащенное дыхание с затрудненным выдохом. Лицо бледное. Что можно заподозрить и какие действия необходимо предпринять?
8. Больной сахарным диабетом ребенок пожаловался на сильную жажду, учащенное мочеиспускание, изо рта – запах «моченых яблок», сознание заторможено, кожа сухая и горячая. Что можно заподозрить и какие действия необходимо предпринять?
9. Больной сахарным диабетом ребенок пожаловался на острое чувство голода, ухудшение зрения, дрожание рук, кожа холодная и влажная. Что можно заподозрить и какие действия необходимо предпринять?
10. Во время пребывания за городом ребенка укусило насекомое – на месте укуса выраженный отек и краснота, ребенок жалуется на сильную боль. Как оказать первую помощь? Чем опасен такой укус?
11. Ребенок пожаловался на головокружение, слабость и потемнение в глазах. Определено увеличение частоты пульса. Кожные покровы

бледные? По данным медицинской карты – ребенку выставлен диагноз хронический гастродуоденит. Что можно заподозрить? Что следует предпринять?

12. У девочки отмечается потеря массы тела, ухудшение почерка, раздражительность и возбудимость, нарушена концентрация внимания. Визуально – пучеглазие. Что можно заподозрить? Что следует предпринять?

13. После употребления большого количества жирной пищи ночью у мальчика появились сильные боли в правом подреберье, появились тошнота и рвота с примесью желчи, повысилась температура тела. Что можно заподозрить? Какую следует оказать первую помощь?

14. Ребенок пожаловался на внезапно возникшую сильную боль в области живота, тошноту, занимает вынужденное положение согнувшись («эмбриональное»). Согласно данным медицинской документации у ребенка язва двенадцатиперстной кишки. Что можно предположить? Как оказать первую помощь?

15. Во время пребывания в детском оздоровительном лагере ребенок заболел насморком, через два дня он пожаловался на появление стреляющих болей в области уха, определено повышение температуры тела до $37,3^{\circ}$. Что можно предположить и что следует предпринять?

3.3.2 Ситуационные задачи по разделу II. Инфекционные болезни у детей дошкольного возраста

1. У ребенка на фоне общего недомогания в течение 3-4 дней появился “малиновый” язык, яркое покраснение зева, мелкоточечная ярко-красная сыпь на коже, на лице - бледный носогубной треугольник. Каковы действия воспитателя в данной ситуации? Наличие какого заболевания следует предположить? В чем опасность данного заболевания? Какие противоэпидемические мероприятия проводятся при данном заболевании?

2. У ребенка появилась боль в животе, преимущественно в левой половине, понос (жидкий стул 4-6 раз в день). При последней дефекации ребенок отметил наличие в кале слизи и прожилок крови. Наличие какого заболевания следует предположить? В чем состоит первая помощь? Какие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводятся при этом заболевании?

3. После пребывания в летнем лагере ребенок жалуется на постоянный зуд в области головы, при осмотре затылочной и височной области обнаружены желто-серые образования, прикрепленные к волосам вблизи поверхности головы. Наличие какого заболевания следует предположить? Чем оно опасно?. Каковы возможные причины заболевания?. Что следует предпринять?. В чем состоит профилактика данного заболевания?
4. У одного из детей повысилась температура до 38, появился озноб, слабость, головная боль, снизился аппетит, отмечаются боли в правом подреберье, тошнота, рвота. Спустя несколько дней моча приобрела темный цвет с желтой пеной, кал обесцветился. Какое заболевание следует заподозрить? В каком периоде заболевания находится больной? Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены в УДО? В чем состоят профилактические мероприятия при данном заболевании?
5. Через 3-4 часа после употребления на обед мясных биточков у детей отмечается повышение температуры до 38-39, жалобы на общее недомогание, боли в подложечной области, многократная рвота, частый обильный зловонный стул. В испражнениях присутствует слизь зеленого цвета (напоминает болотную тину). 1. Наличие какого заболевания у детей следует предположить? Какую доврачебную помощь следует оказать детям? В чем состоят противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?
6. Во время эпидемии инфекции дыхательных путей у ребенка внезапно появился озноб, быстро повысилась температура до 39, появилась сильная головная боль, боль в мышцах и суставах, сухой кашель, сильная слабость, разбитость, светобоязнь и боль в глазных яблоках. При осмотре – покраснение слизистой оболочки зева, конъюнктивит. Наличие какого заболевания следует предположить? Как правильно оказать первую помощь? Какие факторы способствуют распространению эпидемии данного заболевания? Как правильно организовать уход за больным в домашних условиях? В чем состоят противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном заболевании?
7. Один из детей в группе госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом дифтерия. В чем опасность данного заболевания? Какие противоэпидемические мероприятия должны проводиться в УДО и по месту жительства больного? В чем состоит профилактика дифтерии?

8. У ребенка во время пребывания в летнем лагере внезапно повысилась температура, ухудшилось самочувствие, появился насморк, кашель, покраснение глаз. При осмотре ротовой полости обнаружено наличие на внутренней поверхности щек напротив малых коренных зубов нежных белых точек, напоминающих манную крупу, на твердом и мягком небе – красные пятнышки. Наличие какого заболевания следует предположить? В каком периоде заболевания находится ребенок? Какие признаки могут появиться у него через 2-3-дня? Какие противоэпидемические мероприятия должны быть проведены? В чем состоит профилактика данного заболевания?

9. У мальчика на фоне признаков острого респираторного заболевания (повышения температуры, насморка, кашля) внезапно появились сильные околоушные боли, боли при глотании и жевании. Наличие какого заболевания следует предположить? Каковы могут быть последствия данного заболевания? Какие противоэпидемические и профилактические мероприятия проводятся при данном заболевании?

10. Во время перемены к учительнице обратился ученик с жалобами на резкое ухудшение самочувствия, на лице ученика были отмечены высыпания в виде красных папул и единичных пузырьков. Каковы действия учителя в данной ситуации? Наличие какого заболевания можно предположить? Какие противоэпидемические и профилактические мероприятия проводятся при данном заболевании?

11. Воспитатель заметила на лице и шее у девочки мелкую ярко-розовую сыпь. Самочувствие девочки удовлетворительное. Каковы действия учителя в данном случае? В чем могут быть причины появления сыпи? При каком инфекционном заболевании может отмечаться такая сыпь? В чем опасность данного заболевания? В чем состоят противоэпидемические и профилактические мероприятия при данном инфекционном заболевании?

3.3.3 Ситуационные задачи по разделу III. Первая помощь при травмах у детей дошкольного возраста

1. Мужчина получил ранение кинжалом в грудную клетку. Жалуется на сильную одышку, боли в грудной клетке, отмечается резкая бледность, пульс частый, слабый. Кинжал находится в ране.

Как оказать первую помощь пострадавшему?

2. После падения с дерева ребенка нашли без сознания.

Какое повреждение можно предположить? Каковы действия по оказанию первой помощи?

3. После падения с мотоцикла у мальчика отмечаются сильные боли в тазобедренном суставе, правая нога в неестественном положении, слегка длиннее левой.

Какое повреждение можно предположить? Каковы действия по оказанию первой помощи?

4. Спускаясь с горки на игровой площадке, девочка подвернула ногу, жалуется на сильную боль в области голеностопного сустава, отмечается сильный отек и кровоподтек.

Какое повреждение можно предположить? Как оказать первую помощь?

5. На уроке у школьника 4 класса внезапно началось носовое кровотечение, мальчик потерял сознание. Медработник в школе на данный момент отсутствовал.

Каковы действия воспитателя по оказанию доврачебной помощи?

6. После удара книгой по голове ребенок жалуется на головные боли, отмечается заторможенность, в области места удара в теменной области – небольшая ушибленная рана

Какие повреждения можно предположить? Какие мероприятия по оказанию первой помощи следует предпринять?

7. На перемене ученик 3 класса получил резаную рану куском стекла в области правого предплечья длиной примерно 2 см – отмечается небольшое кровотечение темно-вишневого цвета непрерывной струей.

Какие мероприятия по оказанию первой помощи следует предпринять?

8. При падении ребенок повредил правую половину лица: отмечаются ссадины, небольшое кровотечение, припухлость.

Какие мероприятия по оказанию первой помощи следует предпринять?

9. Ребенок при игре получил закрытую травму правого предплечья. Появилась припухлость в нижней трети лучевой кости, болезненность при пальпации.

Какое повреждение можно предположить? Каковы действия по оказанию первой помощи?

10. В период экскурсии ребенок споткнулся, упал и получил открытую травму затылочной области головы. Сознания не терял, тошноты и рвоты не было.

Какое повреждение можно предположить? Каковы действия учителя по оказанию первой помощи?

11. При игре в футбол ребенок получил закрытую травму локтевого сустава. Появилась боль в месте травмы, умеренная припухлость сустава, небольшой кровоподтек, некоторое ограничение движений в суставе.

Какое повреждение можно предположить? Каковы действия а по оказанию первой помощи?

12. После падения с велосипеда мальчик предъявляет жалобы на боль в области левой голени. При осмотре отмечается припухлость, кровоподтек. Функции конечности сохранены.

Какое повреждение можно заподозрить? Как правильно оказать первую помощь ребенку?

12. При падении на руку ребенок получил закрытую травму: в области ключицы припухлость, кровоподтек, рука приведена к туловищу.

Какое повреждение можно предположить? Каков порядок оказания первой помощи?

14. Во время экскурсии школьник (4 класс) получил открытую травму плеча (рассеченная рана длиной примерно 7-8 см, наблюдается истечение крови пульсирующей струей).

Какую помощь необходимо оказать?

15. Ребенок получил травму глаза в результате удара линейкой. Веко повреждено – наблюдается небольшое кровотечение. Ребенок плачет и жалуется на боль в глазе.

Как правильно оказать первую помощь?

16. Ребенок внезапно почувствовал сильную боль в животе преимущественно с левой стороны, отмечается поза «ваньки-встаньки», сильная бледность. При опросе – два дня назад в драке получил удар в живот. Что можно предположить? Как правильно оказать первую помощь?

17. После удара по спине палкой девочка внезапно почувствовала сильную боль в спине, слабость и онемение в ногах.

Что можно предположить? Как правильно оказать первую помощь?

18. В результате несчастного случая ребенок упал в воду и ударился головой о дно.

Какие повреждения можно предположить? Каковы действия по оказанию первой помощи?

3.4. Вопросы к экзамену

1. Заболевания дыхательных путей у детей. Основные физиологические параметры (температура, частота дыхания)
2. Острый ринит, ларингит: причины, признаки, осложнения, профилактика
3. Острый трахеит, бронхит: причины, признаки, осложнения, профилактика
4. Ангина, хронический тонзиллит: причины, признаки, осложнения, профилактика
5. Бронхиальная астма: причины, признаки, осложнения, профилактика
6. Пневмония: причины, признаки, профилактика
7. Формы туберкулеза у детей, признаки. Профилактика туберкулеза у детей раннего и дошкольного возраста
8. Заболевания сердечно-сосудистой системы, у детей. Основные физиологические параметры (частота сердечных сокращений, артериальное давление)
9. Врожденные пороки сердца: классификация, причины, признаки, профилактика
10. Врожденные пороки сердца, профилактика
11. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс), причины, признаки, первая помощь
12. Острый и хронический гастрит, причины, признаки, первая помощь
13. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки: причины, признаки, осложнения
14. Сахарный диабет: причины, признаки, осложнения
15. Диабетическая и гипогликемическая комы: причины, признаки, первая помощь
16. Энтеробиоз, аскаридоз: причины, признаки, профилактика
17. Трихоцефалез, лямблиоз: определение причины, признаки, профилактика
18. Острый цистит, острый пиелонефрит: причины, признаки, профилактика
19. Острый гломерулонефрит: причины, признаки, осложнения
20. Внезапные состояния при отравлениях ядовитыми грибами: признаки, неотложная помощь
21. Внезапные состояния при отравлениях ядовитыми растениями, признаки, неотложная помощь
22. Внезапные состояния при укусах клещей. Общая характеристика ситуаций, при которых происходят укусы клещей, неотложная помощь, профилактика
23. Внезапные состояния при укусах змей, животных: признаки, первая помощь. Бешенство, возбудитель, признаки, первая помощь, профилактика
24. Общая характеристика кишечных инфекций
25. Вирусные диареи (ротавирус): возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей
26. Вирусные диареи (норовирус): возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей

27. Вирусные диареи (энтеровирус): возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей
28. Дизентерия: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей
29. Сальмонеллез: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей
30. Вирусный гепатит А: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, профилактика
31. Холера: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей
32. Вирусный гепатит Е: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, профилактика
33. Вирусный гепатит В: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, профилактика
34. Вирусный гепатит С: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, профилактика
35. Ботулизм: возбудитель, источники инфекции, механизм и пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, профилактика
36. Общая характеристика детских инфекций
37. Дифтерия: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, профилактика
38. Скарлатина: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, профилактика
39. Менингококковая инфекция: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, профилактика
40. Ветряная оспа: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, профилактика
41. Коклюш: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, профилактика
42. Корь: возбудитель, источник инфекции, механизм передачи, признаки, осложнения, профилактика.
43. Эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, профилактика

- 44.Общая характеристика инфекций дыхательных путей
- 45.Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, профилактика
- 46.Острая респираторная вирусная инфекция (риновирус): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, профилактика
- 47.Грипп (тип А), парагрипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, профилактика
- 48.Свиной грипп А(H1N1): причины возникновения и распространения инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, профилактика
- 49.ОРВИ: причины возникновения и распространения инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, профилактика
- 50.Травмы, классификация травм. Роль воспитателя в профилактике травматизма у детей
- 51.Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников
- 52.Травматический шок: фазы, степени, признаки. Противошоковые мероприятия
- 53.Закрытые повреждения: общая характеристика, признаки, первая помощь
- 54.Повреждения связок: признаки, первая помощь
- 55.Разрывы связок: признаки, первая помощь
- 56.Вывихи: признаки, первая помощь
- 57.Открытые повреждения (раны): основные виды ран, краткая характеристика, первая помощь
- 58.Столбняк: причины, признаки, профилактика
- 59.Кровотечения: классификация, признаки, первая помощь
- 60.Временная остановка наружного кровотечения (венозного, капиллярного)
- 61.Временная остановка артериального кровотечения, правила наложения жгута
- 62.Основные признаки острого малокровия (анемии).
- 63.Синдром длительного сдавливания: причины, признаки, первая помощь
64. Переломы костей у детей, виды и признаки переломов, осложнения
- 65.Первая помощь при закрытых и открытых переломах костей. Транспортная иммобилизация
- 66.Повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление). Признаки, осложнения, первая помощь
- 67.Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие). Признаки, осложнения, первая помощь
- 68.Повреждения позвоночника: (неосложненные), признаки, первая помощь
- 69.Повреждения позвоночника(осложненные), признаки, первая помощь
70. «Острый» живот: причины, признаки, первая помощь
- 71.Закрытые повреждения живота: признаки, первая помощь

72. Ранения живота: (непроникающие и проникающие) признаки, первая помощь
73. Ожоги, классификация. Степени термических ожогов, особенности их у детей. Первая помощь. Профилактика ожогов в детских коллективах
74. Электротравма: признаки (местные и общие), первая помощь. Профилактика электротравм в детских коллективах
75. Обморожения, классификация, признаки, первая помощь, профилактика
76. Утопление: виды, признаки, первая помощь
77. Реанимация при остром нарушении дыхания и сердечной деятельности (ИВЛ и закрытый массаж сердца)
78. Этапы умирания организма терминальное состояние, преагональное, агональное состояние, клиническая смерть, биологическая смерть

Репозиторий БГПУ

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

4.1.Список рекомендуемой литературы

Основная

1. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
2. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии : учебное пособие / Я.Ф.Комяк.- Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2014. - 213 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Я.Ф.Комяк. - Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2013. - 187 с.
4. Комяк, Я. Ф. Возрастная физиология и гигиена: учебное пособие / Я.Ф.Комяк. – Минск : Белорус. гос. пед. ун-т , 2017. – 261 с.

Дополнительная

5. Горшков, Ю. И. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста : учебное пособие / Ю.И.Горшков.- «Арзамас»: АГПИ , 2006. – 92 с.
6. Медведская, Н. М. Основы педиатрии : учебное пособие / Витебск: Витебск. гос. ун-т , 2008. - 89 с.
7. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: учебное пособие / В.В.Голубев. - М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 197 с.
8. Сытый, В. П. Основы медицинских знаний (туристический аспект) : пособие / В. П. Сытый, А. Г. Фурманов. – Минск : Белорус. гос. ун-т физ. культуры, 2012. – 228 с.
9. Усов, И. Н. Здоровый ребенок : справочник / И. Н. Усов. – Минск : Беларусь, 1994. – 446 с.
10. Черник, В. Ф. Основы гигиены школьников и детей дошкольного возраста : учебное пособие / В.Ф.Черник . - Минск, Белорус. гос. пед. ун-т , 2011. – 156 с.

4.2. Учебная программа дисциплины

КОНТРОЛЬНЫЙ
ЭКЗЕМПЛЯР

Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический
университет имени Максима Танка»

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

В.М. Зеленкевич

2018 г.

Регистрационный № УД- 25-01/04 /уч.



ОСНОВЫ ПЕДИАТРИИ

Учебная программа учреждения высшего образования по
учебной дисциплине для специальности:

1-01 01 01 Дошкольное образование

2018 г.

Учебная программа составлена на основе типовой учебной программы учреждения высшего образования «Основы педиатрии», утвержденной 04 февраля 2015 года, регистрационный №ТД-А 558/тип.

СОСТАВИТЕЛЬ:

С.Н.Чигирь, доцент кафедры морфологии и физиологии человека и животных учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат медицинских наук, доцент

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

А.В. Деревинский, заведующий кафедрой общей биологии и ботаники Учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университета, имени Максима Танка», кандидат сельскохозяйственных наук, доцент;
Г.В. Мережко, профессор кафедры криминалистики Академии МВД РБ, кандидат медицинских наук, доцент.

РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:

Кафедрой морфологии и физиологии человека и животных
(протокол № 8 от 12.03.2018)

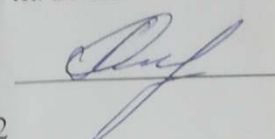
Заведующий кафедрой


И.А. Жукова

Научно-методическим советом БГПУ им. Максима Танка
(протокол № 5 от 19.06.2018)

Оформление учебной программы и сопровождающих ее материалов действующим требованиям Министерства образования Республики Беларусь соответствует

Методист учебно-методического отдела БГПУ


Е.А.Кравченко

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа по учебной дисциплине «Основы педиатрии» предусмотрена образовательным стандартом и типовым учебным планом подготовки студентов по специальности: 1-01 01 01 Дошкольное образование .

Основы педиатрии — одна из медицинских дисциплин, изучающая причины, диагностику, лечение и профилактику болезней у детей. Вопросы, рассматриваемые в процессе изучения учебной дисциплины, позволят студентам овладеть знаниями и практическими умениями в области педиатрии, адаптации детей к окружающей среде и влиянии условий жизни на течение патологических процессов. Программа подготовлена с учетом последних научных достижений в области педиатрии.

Целью изучения учебной дисциплины: дать студентам – будущим педагогам знания, которые позволят им осуществить оптимальный медико-педагогический подход к воспитанию, обучению и сохранению здоровья дошкольников, с учетом их функциональных, физических и возрастных особенностей.

Задачи учебной дисциплины:

- Изучить основные физиологические параметры состояния здоровья детей разных возрастных групп;
- Изучить основные заболевания внутренних органов детей дошкольного возраста и оказание первой помощи;
- Обучить студентов педагогического ВУЗа основам педиатрии, повысить качество медико-гигиенического воспитания, привить навыки по оказанию первой помощи дошкольникам в экстремальных условиях, применять на практике меры профилактики различных заболеваний и травм у дошкольников;
- Изучить основные проявления кишечных и детских инфекций, инфекций дыхательных путей у детей и оказание первой помощи при них;
- Научить студентов приемам первой и неотложной помощи при различных травмах, ожогах, электротравме, перегревании или переохлаждении, обмороке, и др.
- Освоить основные элементы реанимационных мероприятий при экстренных состояниях у детей;
- Формировать и активно пропагандировать среди дошкольников здоровый образ жизни.

Изучение курса «Основы педиатрии» проводится в тесной связи с курсами «Возрастная физиология и гигиена детей дошкольного возраста» и «Безопасность жизнедеятельности человека».

Учебная дисциплина «Основы педиатрии» базируется на знаниях полученных студентами при изучении школьного курса биологии, учебных дисциплин: «Возрастная физиология и гигиена детей дошкольного возраста», «Безопасность жизнедеятельности человека».

Изучение учебной дисциплины «Основы педиатрии» должно обеспечить формирование у студентов академических и социально-личностных компетенций.

Требования к *академическим компетенциям* студента.

Студент должен:

АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.

АК-3. Владеть исследовательскими навыками.

АК-4. Уметь работать самостоятельно.

АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.

АК-7. Иметь навыки, связанные с использованием технических устройств, управлением информацией и работой с компьютером.

АК-8. Обладать навыками устной и письменной коммуникации.

АК-9. Уметь учиться и повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

АК-10. Уметь осуществлять учебно-исследовательскую деятельность.

АК-11. Уметь регулировать образовательные отношения и взаимодействия в педагогическом процессе.

Требования к *социально-личностным компетенциям* студента.

Студент должен:

СЛК-1. Обладать качествами гражданственности.

СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.

СЛК-3. Обладать способностью к межличностным коммуникациям.

СЛК-4. Владеть навыками здоровьесбережения.

СЛК-5. Быть способным к критике и самокритике.

СЛК-6. Уметь работать в команде.

Требования к *профессиональным компетенциям* студента.

Студент должен быть способен:

ПК-7. Эффективно реализовывать воспитательную деятельность.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **знать**:

- основные физиологические показатели состояния здоровья детей разных возрастных групп;
- причины, основные проявления наиболее часто встречающихся заболеваний детского возраста, оказание первой помощи и профилактики;
- основные проявления при отравлениях ядовитыми грибами и ягодами, при укусах клещей, змей, животных у детей и последовательность действий при оказании неотложной помощи;
- причины, пути передачи, симптомы, оказания помощи, профилактики наиболее частых инфекционных заболеваний у детей дошкольного возраста;
- основные признаки при травмах и повреждениях у детей дошкольного возраста и оказание неотложной помощи.
- последовательность мероприятий по оказанию первой и неотложной помощи при заболеваниях и угрожающих жизни состояниях у детей разных возрастных

групп.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **уметь:**

- оценить основные физиологические показатели состояния здоровья детей (температуру тела, показатели частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхания);
- оказать первую и неотложную помощь при заболеваниях и угрожающих жизни состояниях у детей разных возрастных групп;
- оказать неотложную помощь при травмах у детей дошкольного возраста;
- оказать неотложную помощь при отравлениях, тяжелых инфекциях и интоксикациях у детей.

В результате изучения учебной дисциплины студент должен **владеть:**

- простейшими медицинскими приёмами термометрии, определения частоты сердечных сокращений, артериального давления и частоты дыхания у детей;
- оказанием первой помощи при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей разных возрастных групп;
- оказанием неотложной помощи при травмах (остановка кровотечения, наложение бинтовых повязок, транспортная иммобилизация и др.);
- оказанием неотложной помощи детям при укусах клещей, змей, животных.
- проведением реанимационных мероприятий при терминальных состояниях (искусственная вентиляция легких и непрямой массаж сердца).

Основными методами обучения, отвечающими целям и задачам изучения учебной дисциплины, являются: проблемное обучение, технология учебного исследования, коммуникативные технологии (основанные на активных формах и методах обучения).

Для управления образовательным процессом и организации контрольно-оценочной деятельности рекомендуется использовать учебно-методические комплексы, проводить текущий контроль знаний на каждом практическом занятии, а итоговый контроль – на экзамене, после рассмотрения всех вопросов программы курса.

Всего на изучение дисциплины по специальности: 1-01 01 01 Дошкольное образование, отводится 100 часов -2,5 зачетных единиц (для дневной и заочной формы получения образования): из них 34 аудиторных (18 – лекции, 16 – практические и семинарские занятия). Для дневной формы получения образования: в 1 семестре 18 часов лекционных занятий, 16 часов практических и семинарских занятий, самостоятельная (внеаудиторная работа) студентов составляет 30 часов, на управляемую самостоятельную работу студентов отводится 10 часов (6 часов - лекций и 4 часа - практических), форма контроля – экзамен.

Для заочной формы получения образования:

на 1 курсе (5 лет) 8 часов лекционных занятий, 2 часа практических и семинарских занятий, форма контроля – экзамен.

на 1 курсе (3,6 лет) 6 часов лекционных занятий, 2 часа практических и семинарских занятий, форма контроля – экзамен.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Раздел I. Первая помощь при заболеваниях внутренних органов и отравлениях у детей дошкольного возраста.

Тема 1.

Заболевания органов дыхательной системы у детей. Профилактика туберкулеза у детей

Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания).

Распространённость заболеваний органов дыхания у детей. Ринит, ангина, ларингит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма – причины, признаки, осложнения, первая помощь.

Общие сведения о туберкулезе. Заболеваемость туберкулезом в РБ. Основные формы туберкулеза у детей (туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов). Профилактика туберкулеза у детей.

Тема 2.

Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания мочевых органов у детей

Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей.

Врожденные пороки сердца: определение, причины, профилактика.

Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь.

Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит у детей: определение, причины, признаки, осложнения, профилактика.

Тема 3.

Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста

Распространенность данных заболеваний среди дошкольников.

Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика.

Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь.

Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.

Тема 4.

Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь

Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь.

Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь.

Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика.

Раздел II. Инфекционные болезни у детей дошкольного возраста

Тема 5.

Кишечные инфекции

Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит (А, В, С, Д): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, первая помощь. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей.

Тема 6.

Инфекции дыхательных путей

Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, риновирус), грипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, первая помощь, профилактика.

Тема 7.

Детские инфекции

Ветряная оспа, скарлатина, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, корь, эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика, противоэпидемические мероприятия в детском дошкольном коллективе.

Раздел III. Первая помощь при травмах у детей дошкольного возраста

Тема 8.

Детский травматизм, классификация, профилактика.

Особенности детской реанимации.

Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация

Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников.

Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации.

Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.

Тема 9.

Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей

Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь.

Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь.

Столбняк у детей: причины, признаки, профилактика.

Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь.

Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь.

Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.

Тема 10.

Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей

Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие) у детей: признаки, первая помощь.

Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка.

«Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь.

Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей: (непроникающие и проникающие), признаки, первая помощь, транспортировка.

Тема 11.

Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление

Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь.

Обморожения у детей: классификация, степени, признаки, первая помощь. Электротравма у детей: причины, признаки (местные и общие), первая помощь. Профилактика ожогов, обморожений, электротравм в детских коллективах.

Утопление детей, виды, признаки, первая помощь.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
(для дневной формы получения высшего образования)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов			Самостоятельная работа студента	Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические занятия	Управляемая самостоятельная работа				
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 семестр								
1.	Заболевания органов дыхательной системы у детей. Профилактика туберкулеза у детей	2	-	-	3			
1.1.	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания). Распространённость заболеваний органов дыхания у детей. Ринит, ангина, ларингит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма – причины, признаки, осложнения, первая помощь. Общие сведения о туберкулезе. Заболеваемость туберкулезом в РБ. Основные формы туберкулеза у детей (туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов). Профилактика туберкулеза у детей.	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
2.	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания органов мочевой системы у детей	2	2	2	3			
2.1	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. Врожденные пороки сердца: определение, причины, признаки, профилактика. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь. Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит у детей: причины, признаки, осложнения, профилактика.	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
2.2	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определе-	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос

	ние, причины, признаки, первая помощь.							
2.3	Врожденные пороки сердца: определение, причины, признаки, профилактика. Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
3.	Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста	2	2	2	3			
3.1	Распространенность данных заболеваний среди дошкольников. Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика. Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
3.2	Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
3.3	Распространенность данных заболеваний среди дошкольников. Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
4.	Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь	2	2	2	3			Рейтинговая контрольная работа №1
4.1	Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь. Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь. Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос, тестовый контроль
4.2	признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь. Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь.	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
4.3	Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика. Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
5.	Кишечные инфекции	2	-	-	3			
5.1	Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит (А, В, С, Д): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, первая помощь. Роль воспитателя в профилактике кишечных	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос

	инфекций у детей.							
6.	Инфекции дыхательных путей	-	2	-	3			
6.1	Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, риновирус), грипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, первая помощь, профилактика.	-	2	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
7.	Детские инфекции	2	-	-	3			Рейтинговая контрольная работа №2
7.1	Ветряная оспа, скарлатина, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, корь, эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика, противоэпидемические мероприятия в детском дошкольном коллективе.	2	-	-	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос, тестовый контроль
8.	Детский травматизм, классификация, профилактика. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация	2	2	2	3			
8.1	Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников. Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.	2	2	2	3	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
8.2	Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
8.3	Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников. Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
9.	Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей	2	2	2	2			
9.1	Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь. Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Столбняк у детей: причины, признаки, профилактика. Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь. Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.	2	-	-	2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
9.2	Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Классификация кровотечений у детей, признаки, первая	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания,

	помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.							устный опрос
9.3	Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь. Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
10.	Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей	2	2	2	2			
10.1	Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие) у детей: признаки, первая помощь. Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка. «Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь. Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей: (непроникающие и проникающие), признаки, первая помощь, транспортировка.	2	-	-	2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
10.2	Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка. «Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь	-	2	-	-	Тем. фильмы	[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
10.3	Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей: (непроникающие и проникающие), признаки, первая помощь, транспортировка.	-	-	2	-		[1-8]	Тесты, индивидуальные задания, устный опрос
11.	Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление	-	2	-	2			Рейтинговая контрольная работа №3
11.1	Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь. Обморожения у детей: классификация, степени, признаки, первая помощь. Электротравма у детей: причины, признаки (местные и общие), первая помощь. Профилактика ожогов, обморожений, электротравм в детских коллективах. Утопление детей, виды, признаки, первая помощь.	-	2	-	2	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-4]	Устный опрос, тестовый контроль
	Итого	18	16	10	30			Экзамен
	Всего аудиторных часов	34						

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
(для заочной формы получения высшего образования-5 лет)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов		Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические занятия			
1	2	3	4	5	6	7
1 курс						
1.	Заболевания органов дыхательной системы у детей. Профилактика туберкулеза у детей	1	-			
1.1	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания). Распространённость заболеваний органов дыхания у детей. Ринит, ангина, ларингит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма – причины, признаки, осложнения, первая помощь. Общие сведения о туберкулезе. Заболеваемость туберкулезом в РФ. Основные формы туберкулеза у детей (туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов). Профилактика туберкулеза у детей.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
2.	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания органов мочевой системы у детей	1	-			
2.1	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. Врожденные пороки сердца: определение, причины, признаки, профилактика. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь. Цистит, пиелонефрит, гломерулонеф-	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос

	рит у детей: Причины, признаки, осложнения, профилактика.					
3.	Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста.	1	-			
3.1	Распространенность данных заболеваний среди дошкольников. Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика. Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
4.	Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь	1	-			
4.1	Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь. Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь. Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
5.	Кишечные инфекции	1	-			
5.1	Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит (А, В, С, Д): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, первая помощь. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
6.	Инфекции дыхательных путей	0.5	-			
6.1	Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, риновирус), грипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, первая помощь, профилактика.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-4]	Устный опрос
7.	Детские инфекции	1	-			
7.1	Ветряная оспа, скарлатина, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, корь, эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика, противоэпидемические мероприятия в детском дошкольном коллективе.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-4]	Устный опрос

8.	Детский травматизм, классификация, профилактика. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация.	0.5	1.0			
8.1	Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников. Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.	0.5	1.0	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
9.	Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей.	0.5	-			
9.1	Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь. Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Столбняк у детей: причины, признаки, профилактика. Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь. Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
10.	Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей	0.5	-			
10.1	Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие) у детей: признаки, первая помощь. Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка. «Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь. Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей: (непроникающие и проникающие), признаки, первая помощь, транспортировка.	0.5	- -	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
11.	Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление	-	1.0			
11.1	Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь. Обморожения у детей: классификация, степени, признаки, первая помощь. Электротравма у детей: причины, призна-	-	1.0	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос

	ки (местные и общие), первая помощь. Профилактика ожогов, обморожений, электротравм в детских коллективах. Утопление детей, виды, признаки, первая помощь.					
Всего		8	2	Экзамен		
Всего аудиторных часов		10				

Репозиторий БГПУ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
(для заочной формы получения высшего образования - 3.6 лет)

Номер раздела, темы	Название раздела, темы	Количество аудиторных часов		Материальное обеспечение занятия (наглядные, методические пособия и др.)	Литература	Форма контроля знаний
		Лекции	Практические занятия			
1	2	3	45	5	6	7
1 курс						
1.	Заболевания органов дыхательной системы у детей. Профилактика туберкулеза у детей	1.0	-			
1.1	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания). Распространённость заболеваний органов дыхания у детей. Ринит, ангина, ларингит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма – причины, признаки, осложнения, первая помощь. Общие сведения о туберкулезе. Заболеваемость туберкулезом в РБ. Основные формы туберкулеза у детей (туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов). Профилактика туберкулеза у детей.	1.0	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
2.	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания органов мочевой системы у детей	0.5	-			

2.1	Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. Врожденные пороки сердца: определение, причины, признаки, профилактика. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь. Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит у детей: Причины, признаки, осложнения, профилактика.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
3.	Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста.	0.5	-			
3.1	Распространенность данных заболеваний среди дошкольников. Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика. Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
4.	Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь	0.5	-			
4.1	Характеристика ядовитых грибов, растений, признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь. Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь. Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
5.	Кишечные инфекции	0.5	-			
5.1	Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит (А, В, С, Д): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, первая помощь. Роль воспитателя в профилактике кишечных	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос

	инфекций у детей.					
6.	Инфекции дыхательных путей	0.5	-			
6.1	Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, рино-вирус), грипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, первая помощь, профилактика.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
7.	Детские инфекции	1	-			
7.1	Ветряная оспа, скарлатина, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, корь, эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика, противоэпидемические мероприятия в детском дошкольном коллективе.	1	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
8.	Детский травматизм, классификация, профилактика. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация	0.5	1.0			
8.1	Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников. Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.	0.5	1.0	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
9.	Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей.	0.5	-			
9.1	Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь. Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Столбняк у детей: причины, признаки, профилактика. Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь. Синдром	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос

	длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.					
10.	Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей	0.5	-			
10.1	Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие) у детей: признаки, первая помощь. Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка. «Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь. Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей:(непроникающие и проникающие),признаки, первая помощь, транспортировка.	0.5	-	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
11.	Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление	-	1.0			
11.1	Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь. Обморожения у детей: классификация, степени, признаки, первая помощь. Электротравма у детей: причины, признаки (местные и общие), первая помощь. Профилактика ожогов, обморожений, электротравм в детских коллективах.Утопление детей, виды, признаки, первая помощь.	-	1.0	Тем. фильмы, компьютерная презентация	[1-8]	Устный опрос
Всего		6	2	Экзамен		
Всего аудиторных часов		8				

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Список литературы

Основная

1. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста. - Минск, БГПУ, 2013.
2. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста : Учебное пособие. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 240 с.
3. Комяк, Я. Ф. Основы педиатрии. Учебное пособие. Минск, БГПУ, 2014.- 213 с.
4. Комяк, Я. Ф. Возрастная физиология и гигиена: Учебное пособие. – Минск: БГПУ, 2017. – 261 с.

Дополнительная

5. Горшков, Ю. И. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста. Учебное пособие.- «Арзамас»: АГПИ, 2006. – 92 с.
6. Медведская, Н. М. Основы педиатрии. Витебск: Изд-во УО ВГУ им. П.М. Машерова, 2008.- 89 с.
7. Голубев, В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учебное пособие. – М.: Издательский центр «Академия», 2011.
8. Черник, В. Ф. Основы гигиены школьников и детей дошкольного возраста. Минск, БГПУ, 2011.

Примерный перечень заданий и контрольных мероприятий по организации и выполнению управляемой самостоятельной работы по учебной дисциплине

Тема: Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания органов мочевой системы у детей. (2 ч. лекций)

Задания, формирующие достаточные знания по изученному учебному материалу на уровне узнавания.

Рассмотреть рисунки «возрастные особенности органов сердечно-сосудистой и мочевой систем у детей».

Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Охарактеризовать возрастные особенности органов сердечно-сосудистой и мочевой систем у детей. Особенности состава крови у детей.

Заболевания органов мочевой системы у детей (цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит): причины, признаки, осложнения, профилактика.

Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний

Изучите последовательность происходящих процессов органов сердечно-сосудистой и мочевой систем у детей.

Форма контроля: устный опрос, тестовые задания, контрольные вопросы, индивидуальные задания.

Тема: Детский травматизм, классификация, профилактика. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация. (2 ч. лекций)

Задания, формирующие достаточные знания по изученному учебному материалу на уровне узнавания.

Рассмотрите рисунок «Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников.

Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации.

Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация»

Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Охарактеризуйте клиническую и биологическую смерть. Особенности детской реанимации.

Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация

Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний.

Изучите основные правила оказания первой помощи при клинической и биологической смерти. Особенности детской реанимации, первой помощи при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация

Форма контроля: устный опрос, тестовые задания, контрольные вопросы, индивидуальные задания

Тема: Внезапные состояния при отравлениях ядовитыми грибами, растениями и укусах клещей, змей, животных. Неотложная помощь. (2 ч. лекций)

Задания, формирующие достаточные знания по изученному учебному материалу на уровне узнавания.

Рассмотреть рисунки «Внезапные состояния при отравлениях ядовитыми грибами, растениями и укусах клещей, змей, животных. Неотложная помощь» и определить, какие состояния у детей.

Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Охарактеризуйте влияние причин и факторов на развитие различных состояний у детей.

Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний

Изучите последовательность мероприятий по оказанию первой и неотложной помощи при данных состояниях.

Форма контроля: устный опрос, тестовые задания, контрольные вопросы, индивидуальные задания

Тема: Закрытые и открытые повреждения и раны. Синдром длительного сдавления. Травматический шок. (2 ч. семинарских занятий)

Задания, формирующие достаточные знания по изученному учебному материалу на уровне узнавания.

Рассмотреть рисунки «Закрытые и открытые повреждения (раны). Синдром длительного сдавления. Травматический шок» и определить какие повреждения у детей.

Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Понятия о закрытых повреждениях – ушибы мягких тканей, повреждение связок, вывихи. Открытые повреждения (раны). Общая характеристика ранений, классификация, симптомы.

Понятие о столбняке: причины, основные признаки. Классификация кровотечений. Основные признаки острого малокровия (анемия).

Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз)- причины, основные признаки.

Понятие о травматическом шоке, его фазах, степенях, признаках.

Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний
Изучите последовательность основных мероприятий по оказанию первой помощи, особенности иммобилизации и транспортировки.

Форма контроля: устный опрос, тестовые задания.

Тема: Повреждения головы, травмы и заболевания живота, повреждения позвоночника. (2 ч. семинарских занятий)

Задания, формирующие достаточные знания по изученному учебному материалу на уровне узнавания.

Рассмотреть рисунки «Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота» и определить какие повреждения и заболевания у детей.

Задания, формирующие компетенции на уровне воспроизведения.

Понятия о повреждениях черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление). Признаки, осложнения. Понятия об открытых повреждениях черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие). Признаки, осложнения.

Повреждения позвоночника: не осложненные и осложненные.

Перечень заболеваний, входящих в группу «острого живота». Основные признаки «острого живота». Понятие о перитоните. Закрытые и открытые повреждения живота. Основные признаки закрытых повреждений. Ранения живота: непроникающие и проникающие, признаки.

Задания, формирующие компетенции на уровне применения полученных знаний

Изучите последовательность основных мероприятий по оказанию первой помощи, особенности иммобилизации и транспортировки.

Форма контроля: устный опрос, тестовые задания, контрольные вопросы, индивидуальные задания.

Методические рекомендации по организации и выполнению самостоятельной работы студентов по учебной дисциплине

С целью формирования у студентов умений и навыков самостоятельного приобретения, обобщения, систематизации знаний и их применения в практической деятельности рекомендуется использовать такие формы самостоятельной работы как работа с текстом и графическим материалом первоисточников, составление краткого конспекта текста. Подготовка сообщений, рефератов, презентаций, тематических докладов, аналитических обзоров литературы по отдельным темам. Эффективность самостоятельной работы студентов необходимо проверять в ходе текущего и итогового контроля знаний.

Репозиторий БГПУ

Требования к выполнению самостоятельной работы студентов

Номер раздела, темы, занятия	Название раздела, темы, занятия; Перечень вопросов для самостоятельного изучения	Количество часов на СРС	Задания	Форма выполнения
1	2	3	4	5
1	Заболевания органов дыхательной системы у детей. Профилактика туберкулеза у детей. Вопросы Наблюдение за основными физиологическими параметрами (температура, частота дыхания) Распространённость заболеваний органов дыхания у детей Общие сведения о туберкулезе. Заболеваемость туберкулезом в РБ.	3	Ринит, ангина, ларингит, бронхит, пневмония, бронхиальная астма – причины, признаки, осложнения, первая помощь. Основные формы туберкулеза у детей (туберкулез органов дыхания, туберкулез других органов). Профилактика туберкулеза у детей.	Работа с учебником, презентации Ответы на контрольные вопросы
2	Заболевания органов сердечно-сосудистой системы у детей. Заболевания органов мочевой системы у детей. Вопросы Наблюдение за основными физиологическими параметрами (частота сердечных сокращений, артериальное давление). Распространённость заболеваний сердечно-сосудистой и мочевой системы у детей.	3	Врожденные пороки сердца: определение, причины, признаки, профилактика. Острая сосудистая недостаточность (обморок, коллапс): определение, причины, признаки, первая помощь. Цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит у детей: причины, признаки, осложнения, профилактика.	Работа с учебником, подготовка реферата, тестовые задания
3	Заболевания органов пищеварительной и эндокринной систем. Глистные заболевания у детей дошкольного возраста. Вопросы Распространенность данных заболеваний среди дошкольников.	3	Гастрит, язва желудка и 12-ти перстной кишки – причины, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика. Сахарный диабет, причины, типы, признаки. Гипергликемическая и гипогликемическая комы – причины, признаки, первая помощь. Энтеробиоз, аскаридоз, трихоцефалез, лямблиоз: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	Подготовка реферата, презентации. Индивидуальные задания
4	Отравление ядовитыми грибами, растениями, укусы клещей, змей, животных. Первая помощь. Вопросы Характеристика ядовитых грибов, растений, укусы клещей, змей, животных.		Признаки отравлений ядовитыми грибами и ядовитыми растениями у детей, первая помощь. Укусы клещей, змей, животных: признаки, первая помощь. Бешенство: причины, признаки, первая помощь, профилактика.	Работа с учебником. Презентация. Ответы на контрольные вопросы. Тестовые задания Самопроверка зна-

				ний с помощью перечня контрольных вопросов, тестов.
5	Кишечные инфекции. Вопросы Вирусные диареи, дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит.	3	Вирусные диареи (ротавирус, норовирус, энтеровирус), дизентерия, салмонеллез, холера, ботулизм, вирусный гепатит (А, В, С, Д): возбудитель, источник инфекции, пути передачи, материал для лабораторных исследований, признаки, осложнения, первая помощь. Роль воспитателя в профилактике кишечных инфекций у детей.	Работа с учебником. Краткие письменный и устный отчеты
6	Инфекции дыхательных путей. Вопросы Острая респираторная вирусная инфекция, грипп.	3	Острая респираторная вирусная инфекция (аденовирус, риновирус), грипп: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, материал для лабораторных исследований, первая помощь, профилактика.	Работа с учебником, самопроверка знаний с помощью контрольных вопросов, тестов
7	Детские инфекции. Вопросы Что такое детские инфекции?	3	Ветряная оспа, скарлатина, коклюш, менингококковая инфекция, дифтерия, корь, эпидемический паротит: возбудитель, источник инфекции, пути передачи, признаки, осложнения, первая помощь, профилактика, противоэпидемические мероприятия в детском дошкольном коллективе.	Работа с учебником, подготовка реферата. Индивидуальные задания
8	Детский травматизм, классификация, профилактика. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей. Транспортная иммобилизация. Вопросы Травма. Детский травматизм. Клиническая и биологическая смерть. Особенности переломов костей у детей.	3	Травма. Детский травматизм, классификация. Профилактика травматизма у дошкольников. Клиническая и биологическая смерть. Особенности детской реанимации. Особенности переломов костей у детей, виды и признаки, осложнения, первая помощь при закрытых и открытых переломах костей у детей. Транспортная иммобилизация.	Работа с учебником, составление таблиц, схем Индивидуальные задания. Презентации
9	Закрытые и открытые повреждения у детей. Синдром длительного сдавления у детей. Травматический шок у детей. Вопросы Закрытые и открытые повреждения у детей. Классификация кровотечений у детей. Синдром длительного сдавления тканей. Травматический шок у детей.	2	Закрытые повреждения у детей – ушибы мягких тканей, повреждения связок, вывихи: признаки, первая помощь. Открытые повреждения: классификация ран, признаки, первая помощь. Столбняк у детей: причины, признаки, профилактика. Классификация кровотечений у детей, признаки, первая помощь. Синдром длительного сдавления тканей (травматический токсикоз) у детей - причины, признаки, первая помощь. Травматический шок у детей: фазы, степени, признаки, первая помощь.	Работа с учебником, индивидуальные задания. Презентации

10	Повреждения головы, позвоночника, травмы и заболевания живота у детей. Вопросы Повреждения черепа и головного мозга. Повреждения позвоночника. «Острый живот» у детей. Повреждения живота у детей.	2	Закрытые повреждения черепа и головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление) у детей: признаки, первая помощь. Открытые повреждения черепа и головного мозга (непроникающие и проникающие) у детей: признаки, первая помощь. Повреждения позвоночника у детей: (не осложненные и осложненные), признаки, первая помощь, иммобилизация и транспортировка. «Острый живот» у детей: причины, признаки, осложнения, первая помощь. Закрытые и открытые повреждения живота у детей: признаки закрытых повреждений. Ранения живота у детей: (непроникающие и проникающие), признаки, первая помощь, транспортировка.	Работа с учебником, индивидуальные задания. Презентации
11	Ожоги, обморожения, электротравмы у детей, утопление. Вопросы Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь. Обморожения у детей. Электротравма у детей. Утопление детей.	2	Ожоги у детей: классификация, степени термических ожогов, признаки, первая помощь. Обморожения у детей: классификация, степени, признаки, первая помощь. Электротравма у детей: причины, признаки (местные и общие), первая помощь. Профилактика ожогов, обморожений, электротравм в детских коллективах. Утопление детей, виды, признаки, первая помощь.	Работа с учебником, индивидуальные задания. Презентации
Итого		30		

Перечень используемых средств диагностики результатов учебной деятельности

Для текущего контроля и самоконтроля знаний и умений студентов по учебной дисциплине «Возрастная физиология и гигиена детей дошкольного возраста» можно использовать следующий диагностический инструментарий:

- устный опрос;
- тестовый контроль;
- индивидуальные задания;
- подготовка презентаций;
- экзамен.

Текущий контроль успеваемости проводится в форме устного или тестового опроса на практических занятиях с выставлением текущих оценок по десятибалльной шкале.

Репозиторий БГПУ

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ УВО

Название учебной дисциплины, с которой требуется согласование	Название кафедры	Предложения об изменениях в содержании учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине	Решение, принятое кафедрой, разработавшей учебную программу (с указанием даты и номера протокола)
1. Возрастная физиология и гигиена детей дошкольного возраста	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных	В курсе «Возрастная физиология и гигиена детей дошкольного возраста» рассматриваются функции органов и систем ребенка.	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных. Протокол №8 от 12.03.2018
2. Безопасность жизнедеятельности человека	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных	В курсе «Безопасность жизнедеятельности человека» рассматриваются вопросы оказания первой помощи.	Кафедра морфологии и физиологии человека и животных. Протокол №8 от 12.03.2018