**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**по теме №5:** **«Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта»**

Подготовлено: доц. Ибраевой К.Е.

Дополнено: доц. Сарбасовой Ж.О.

2012 г.

Обсуждены на заседании кафедры

Протокол №\_\_\_\_, «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2012 г.

«Утверждаю»

Зав. кафедрой, профессор Дадамбаев Е.Т.

**1.Тема №5: «Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта»**

**2.Цель:**

Cформировать у студентов систему знаний по вопросам диспансеризации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Сформировать у студентов умения, позволяющие определять клинические показания к госпитализации в стационар, определять показания для амбулаторного лечения и выделять группы риска по заболеваниям сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Формирование опыта применения полученных знаний по вопросам диагностики, лечения и диспансеризации детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Овладение умениями критически осмысливать полученные клинико-лабораторные данные и навыками проведения дифференциальной диагностики с заболеваниями, протекающими со схожей клинической симптоматикой.

Формирование основ клинического мышления, навыков общения с пациентами, их родственниками, коллегами с соблюдением правил медицинской этики и деонтологии, потребности в получении профессиональных знаний и интереса к изучению дисциплины.

**3.Задачи обучения:**

Ознакомить студентов с принципами работы кардиоревматологического кабинета детской поликлиники.

Научить студентов методам обследования детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Научить студентов диагностическим критериям и основным принципам лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Научить студентов принципам диспансерного наблюдения детей с различной патологией сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Научить основным принципам профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, предупреждения обострений и рецидивов.

Выработать и закрепить навыки составления плана диспансерного наблюдения детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Развить у студентов способности устанавливать доверительные отношения с пациентом и его родственниками для более точного и подробного сбора клинико-эпидемиологического анамнеза.

Развить у студентов способности принимать решения с учетом мнения коллег.

**4.Основные вопросы темы:**

-принципы работы кардиоревматологического кабинета детской поликлиники;

- функциональные обязанности врача кардиоревматолога;

- перечень нозологических форм заболеваний сердечно-сосудистой системы,

подлежащих диспансерному наблюдению;

- группы диспансерного учета;

- диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ревматизм, виды

профилактики ревматизма;

-диспансерное наблюдение за детьми с приобретенными пороками сердца;

- диспансерное наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца;

- диспансерное наблюдение за детьми с вегето-сосудистой дистонией;

- диспансерное наблюдение за детьми с неревматическим кардитом;

-диспансерное наблюдение детей из группы риска, особенности обследования и оздоровления;

- диспансерное наблюдение детей с диффузными болезнями соединительной ткани (ДБСТ) и ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА);

- перечень нозологических форм заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и желче-выделительной системы (ЖВС), подлежащих диспансеризации;

- диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом и гастродуоденитом;

- диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью желудка и 12 - п. кишки.

**5.Методы обучения и преподавания:**

**Комбинированный метод обучения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№n\n** | **Используемый метод обучения** | **Результат** |
| 1 | Работа в малых группах | Свободное владение знаниями по теме занятия, способности работать в команде аргументированно отстаивать свою точку зрения |
| 2 | Разбор амбулаторной карты тематического больного | На основе полученных знаний формирование навыков общения с больным, методики обследования больного, выбора методов диагностики и лечения в зависимости от установленного диагноза. Воспитание ответственности за принятие решений по тактике ведения больного с учётом действующих законодательных актов, приказов МЗ РК |
| 3 | Решение ситуационных задач | Формирование умения постановки диагноза на основе выявления диагностически значимой информации, выработки тактики ведения больного |
| 4 | Презентации | Формирование потребности в получении профессиональных знаний и интереса к изучаемой теме |

**6.Литература:**

**Основная:**

1. Шабалов Н.П. Детские болезни . С-Пб, 2008.

2. Детские болезни: учебник+СД/ под ред.А.А.Баранова, 2 изд.М.2007

3. Под ред.Баранова А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. М. 2006.

4. Рахимова К.В., Девятко В.Н. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях. Алматы, 2005.

**Дополнительная:**

1.Ахмедов. Немедикаментозные методы реабилитации при заболеваниях ЖКТ у детей и подростков. Харьков, 2003.

2. Айтбаев Ш.К. и соавт. Хронический гастрит у детей. Метод.рекомен. Алматы, 1999.

3. Мутафьян М. Врожденные пороки сердца у детей. СПб., 2002.

4.Мутафьян М. Артериальные гипертензии и гипотензии у детей и подростков. СПб., 2002.

5.Орлова Н.В., Парийская Т.В. Справочник педиатра. М., 2001.

6.Мутафьян М. Кардиомиопатии у детей и подростков. СПб., 2002.

7.Белозеров. Детская кардиология. М., 2004

8. Ширяева К.Ф. Диспансерное наблюдение детей в поликлинике. Л., 1984.

9. Бельмер Гастроэнтерология детского возраста. М., 2003 .

10. Козловский Основы детской гастроэнтерологии. Минск, 2002.

**7.Контроль:**

**Методы оценки освоенных компетенций:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№n\n** | **Используемый метод оценки** | **Оцениваемая компетентность** |
| 1 | Решение тестовых заданий | Когнитивный компонент: освоенные знания по теме занятия |
| 2 | Разбор по амбулаторной карте тематического больного | Когнитивный, операциональный, аксиологический, правовой компоненты |
| 3 | Решение ситуационных задач | Когнитивный, операциональный, аксиологический, правовой компоненты |
| 4 | Подготовка презентации | Способность к самообразованию |

**Тестовые задания (25)**

**Ситуационные задачи (5)**

**План и организационная структура практического занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Этап занятия | Средства проведения занятия | хронометраж |
| 1 | Организационная часть: ознакомление с темой и планом проведения занятия, контроль посещаемости. Оценка теоретических знаний по теме занятия при помощи тестовых заданий. | Тематический план практических занятий, учебный журнал, тестовые задания | 8.00-9.30 |
| 2 | Перерыв |  | 9.30-9.40 |
|  | * Разбор по амбулаторной карте тематического больного * Работа в малых группах * Подготовка презентации | Истории развития детей (ф.112/у) с диспептическим синдромом, заболеваниями печени, литература по теме, компьютер | 9.40-11.10 |
| 3 | Перерыв |  | 11.10-11.20 |
| 4 | Оценка теоретических знаний по теме занятия при помощи ситуационных задач | Ситуационные задачи | 11.20-13.20 |
| 5 | Итого |  | 3 академических часов (150 минут) |

**Тестовые задания:**

1. Первичной профилактикой ревматических заболеваний является:

А) Профилактика обострений

Б) Предупреждение рецидивов заболевания

В) Профилактика ОРВИ

Г) Санация хронических очагов инфекции

Д) Профилактика и лечение стрептококковой инфекции

1. Вторичная профилактика ревматических заболеваний – это:

А) Лечение интеркуррентных заболеваний

Б) Выявление групп риска

В) Предупреждение рецидивов и обострений

Г) Соблюдение этапности лечения

Д) Проведение эффективной диспансеризации

1. Наибольшее значение в антенатальной профилактике врожденной патологии сердца имеет:

А) Охрана здоровья женщин в ранние сроки беременности

Б) Устранение профессиональных вредностей

В) Медико-генетическое консультирование

Г) Рациональное питание

Д) Соблюдение режима двигательной нагрузки

1. Долечивание и реабилитацию больного ревматизмом необходимо проводить в условиях:

А) Стационара

Б) Местного кардиоревматологического санатория

В) Дневном стационаре детской поликлиники

Г) Диспансерного наблюдения кардиоревматологом

Д) На дому

1. Ребенку с ревматизмом при развитии интеркуррентного заболевания проводится:

А) Первичная профилактика

Б) Текущая профилактика

В) Сезонная профилактика

Г) Круглогодичная профилактика

Д) Вторичная профилактика

1. Ребенку с ревматическим пороком сердца проводится:

А) Первичная профилактика

Б) Текущая профилактика

В) Сезонная профилактика

Г) Круглогодичная профилактика

Д) Профилактика ОРВИ

1. Наиболее часто неревматический кардит развивается при:

А) Вирусной инфекции

Б) Бактериальной инфекции

В) Воздействии химических факторов (лекарственные препараты)

Г) Воздействии биологических факторов (вакцин, сывороток)

Д) Пищевой аллергии

1. Цель вторичной профилактики неревматического кардита:

А) Предупреждение рецидива заболевания

Б) Предупреждение осложнений патологического процесса

В) Своевременность диагностики заболевания

Г) Диспансерное наблюдение

Д) Превентивная терапия.

1. Подразделение, осуществляющее диспансеризацию детей с патологией сердечно-сосудистой системы:

А) Городской кардиологический центр

Б) Специализированное кардиоревматологическое отделение

В) Специализированный санаторий

Г) Кардиоревматологический кабинет детской поликлиники

Д) Центр укрепления здоровья (ЦУЗ)

1. Важное звено в структуре кардиоревматологической помощи для этапного лечения детей с активной формой ревматизма:

А) Кардиоревматологический стационар

Б) Кардиоревматологический кабинет детской поликлиники

В) Местный кардиоревматологический санаторий

Г) Дневной стационар детской поликлиники

Д) Стационар на дому

1. Сроки снятия с «Д» учета ребенка, перенесшего ревматизм без порока сердца:

А) Через 1 год после атаки

Б) Через 2 года после атаки

В) Через 3 года после атаки

Г) Через 5 лет после атаки

Д) С учета не снимается

1. Длительность диспансерного наблюдения детей с ревматическим пороком сердца:

А) В течении 1 года после атаки

Б) В течении 3 лет после атаки

В) В течении 4 лет после атаки

Г) В течении 5 лет после атаки

Д) С учета не снимается

1. Критерий для снятия с диспансерного учета больного ребенка с суставной формой ЮРА:

А) Активный образ жизни

Б) Стойкое восстановление функций суставов

В) Отсутствие обострений

Г) Адаптация к физической нагрузке

Д) Отсутствие признаков активного воспалительного процесса

1. Продолжительность диспансерного наблюдения детей с ДБСТ:

А) В течение 1 года после заболевания

Б) В течение 3-х лет после заболевания

В) В течение 4-х лет после заболевания

Г) В течение 5-ти лет после заболевания

Д) С учета не снимается до передачи в подростковый кабинет

1. Продолжительность «Д» наблюдения при суставно – висцеральной форме

ЮРА:

А) 2 года

Б) 3 года

В) 4 года

Г) 5 лет

Д) С учета не снимается до передачи в подростковый кабинет

1. Частота диспансерного наблюдения больных детей с ДБСТ:

А) Ежеквартально

Б) Ежемесячно

В) Индивидуально, в зависимости от степени тяжести заболевания и

активности процесса

Г) 1 раз в полгода

Д) 1 раз в год

1. Врачебная тактика в отношении проф.прививок детям, больным с ДБСТ:

А) Абсолютные противопоказания

Б) Относительные противопоказания

В) Длительный медотвод от прививок

Г) Решается индивидуально в зависимости от болезни

Д) Решается по эпид.показаниям

1. Продолжительность «Д» наблюдения детей с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки:

А) Не менее 2-х лет после обострения

Б) Не менее 3-х лет после обострения

В) Не менее 4-х лет после обострения

Г) Не менее 5 лет после обострения

Д) До передачи в подростковый кабинет

1. Длительность «Д» наблюдения за детьми с хроническим гастродуоденитом:

А) 1 год после обострения

Б) 2 года после обострения

В) 3 года после обострения

Г) 4 года после обострения

Д) До передачи в подростковый кабинет

1. Частота «Д» наблюдения детей с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки после обострения:

А) 4-6 раз в год

Б) 12 раз в год

В) 2 раза в год

Г)1 раз в год

Д) 1 раз в 2 года

1. Частота «Д» наблюдения детей, перенесших ревматизм, на 1-ом году диспансеризации:

А) Ежемесячно

Б) Ежеквартально

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в год

Д) 1 раз в 2 года

1. Частота «Д» наблюдения детей, перенесших ревматизм, на 2-ом году диспансеризации:

А) Ежемесячно

Б) Ежеквартально

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в год

Д) 1 раз в 2 года

1. Частота «Д» наблюдения детей, перенесших ревматизм, на 3-ем году диспансеризации:

А) Ежемесячно

Б) Ежеквартально

В) 2 раза в год

Г) 1 раз в год

Д) 1 раз в 2 года

1. Принципы профилактики ДБСТ:

А) Полноценное рациональное питание

Б) Соблюдение правил личной гигиены

В) Двигательная активность (утренняя зарядка, гимнастика)

Г) Выделение группы риска по развитию ДБСТ

Д) Профилактика простудных заболеваний

1. Задачей первичной профилактики ДБСТ является:

А) Общее оздоровление детей

Б) Проведение проф.осмотров

В) Санитарное просвещение

Г) Предупреждение развития заболевания

Д) Мед. отвод от прививок

**Эталоны ответов к тестовым заданиям:**

1 – Д

2 – В

3 – А

4 – Б

5 – Б

6 – Г

7 – А

8 – А

9 – Г

10 – В

11 – Г

12 – Д

13 – Б

14 – Д

15 – Д

16 – В

17 – А

18 – Д

19 – В

20 – А

21 – А

22 – Б

23 – В

24 – Г

25 – Г

**Ситуационные задачи**

**Задача №1**

Ребенок 10 лет выписан из кардиоревматологического отделения с диагнозом: Ревматизм 1, активная фаза, активность II степени. Эндомиокардит с поражением митрального клапана. Формирующаяся митральная недостаточность. Полиартралгия, Острое течение.

**Задание**: Определите длительность диспансерного наблюдения.

А) 1 год

Б) 2 года

В) 3 года

Г) 5 лет

Д) До передачи в подростковый кабинет

**Задача №2**

Девочка 12 лет перенесла корь, ветряную оспу, часто болела ангинами. Первую атаку ревматизма перенесла в 8-летнем возрасте. Повторная атака протекала также с явлениями эндомиокардита. Получала стационарное лечение. Выписана с диагнозом: Ревматизм, повторная атака, острое течение. Эндомиокардит, сочетанный митральный порок, активная фаза, активность II степени. Хронический декомпенсированный тонзиллит.

**Задание:** Укажите группу здоровья и продолжительность диспансерного наблюдения.

А) ІІІ группа здоровья. Диспансерное наблюдение до передачи в подростковый кабинет

Б) І группа здоровья. Диспансерное наблюдение - 1 год

В) ІІ группа здоровья. Диспансерное наблюдение - 2 года

Г) ІІІ группа здоровья. Диспансерное наблюдение – 3 года.

Д) ІV группа здоровья. Диспансерное наблюдение – 4 года.

**Задача №3**

Ребенок 3-х лет осмотрен участковым врачом. Жалобы родителей на частые ОРВИ, плохое физическое развитие. Объективно: ребенок пониженного питания, бледен. Одышки, тахикардии нет. Размеры сердца при перкуссии не увеличены. На основании сердца выслушивается средней продолжительности систолический шум с дующим оттенком. По другим органам изменений нет. Кардиоревматологом детской поликлиники диагностирован врожденный порок сердца.

**Задание**: Определите длительность и частоту диспансерного наблюдения.

А) «Д» наблюдение -1 год. Частота наблюдения – ежеквартально.

Б) «Д» наблюдение – до передачи в подростковый кабинет. Частота осмотров: в стадии первичной адаптации – ежеквартально, в стадии относительной компенсации – 2 раза в год.

В) «Д» наблюдение – 2 года. Частота наблюдения – ежемесячно.

Г) «Д» наблюдение – 3 года. Частота наблюдения – 2 раза в год.

Д) «Д» наблюдение – 5 лет. Частота наблюдения – 1 раз в год.

**Задача №4**

Ребенку 9 лет. Находился на лечении в кардиоревматологическом отделении с диагнозом: Неревматический миокардит вирусно-бактериальной этиологии, острое течение, активность III ст. Выписан домой с улучшением. Отмечено стихание активности воспалительного процесса, улучшение сердечной деятельности и самочувствия.

**Задание**: Определите сроки и частоту диспансерного наблюдения кардиоревматологом детской поликлиники.

А) 1 год, ежемесячно

Б) 2 года: первый год – ежеквартально, второй год – 2 раза в год

В) 3 года: 1 год – ежемесячно, 2 год – ежеквартально, 3 год – 2 раза в год

Г) 4 года: 1 год - ежемесячно, 2 год – ежеквартально, 3 год – 2 раза в год, 4 год – 1 раз в год

Д) С учета не снимается. «Д» наблюдение – 2 раза в год впервые 3 года, затем 1 раз в год.

**Задача №5**

Больному 13 лет, жалобы на головные боли, быструю утомляемость, головокружение, нарушение сна, колющие боли в области сердца, чувство нехватки воздуха. Объективно: мраморность кожных покровов, акроцианоз, холодные, влажные конечности, яркий дермографизм. Кардиоревматолог обнаружил повышение АД -140/90 мм рт.ст., поставил диагноз: Вегетососудистая дистония по гипертоническому типу. Артериальная гипертензия.

**Задание:** Определите длительность и частоту диспансерного наблюдения.

А) 3 года: кардиоревматолог и педиатр – ежеквартально, окулист,ЛОР, стоматолог – 2 раза в год

Б) 2 года: кардиоревматолог и педиатр -ежемесячно, окулист, ЛОР, стоматолог- 1 раз в год

В) 4 года: кардиоревматолог и педиатр- 2 раза в год, окулист, ЛОР, стоматолог – 2 раза в год

Г) 5 лет: кардиоревматолог и педиатр- 1 раз в год, окулист, ЛОР, стоматолог – 1 раз в год

Д) 1 год: кардиоревматолог и педиатр – ежемесячно, окулист, ЛОР, стоматолог – 2 раза в год

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**к ситуационным задачам**

1 – Г

2 – А

3 – Б

4 – В

5 – А