RECUEIL DE QUESTIONS ET DE DEVOIRS ÉCRITS POUR LE TRAVAIL AUTONOME DES ÉTUDIANTS POUR LA DISCIPLINE “PÉDIATRIE” SPÉCIALITÉ “STOMATOLOGIE”

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Пятигорский медико-фармацевтический институт —
филиал Волгоградского государственного медицинского университета
Кафедра терапевтических дисциплин

RECUEIL DE QUESTIONS ET DE DEVOIRS ECRITS POUR LE TRAVAIL AUTONOME DES ETUDIANTS POUR LA DISCIPLINE “PEDIATRIE” SPECIALITE “STOMATOLOGIE”

Учебно-методическое пособие

ISBN 978-5-00254-109-6
© Оформление. ООО «Бук», 2025

УДК 616-053.2:616.31(076)
ББК 57.336.6я73
С23

Авторы:

Л. И. Агапитов, И. А. Аверина, И. В. Черепнина, О. В. Марченко

Рецензенты:

Кузьменко Виталий Станиславович, кандидат медицинских наук, доцент, и. о. зав. кафедрой (Пятигорский медико-фармацевтический институт — филиал Волгоградского государственного медицинского университета)

Францева Виктория Олеговна, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой (Невинномысский медицинский институт)

Левина Наталья Николаевна, кандидат филологических наук, доцент (Пятигорский государственный университет)

Печатается по решению ЦМК Пятигорского медико-фармацевтического института — филиала Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России (протокол № 4 от 16.05.2025).

С23 **Recueil de questions et de devoirs écrits pour le travail autonome des étudiants pour la discipline “Pédiatrie” spécialité “Stomatologie”** : учебно-методическое пособие / Л. И. Агапитов, И. А. Аверина, И. В. Черепнина, О. В. Марченко ; Пятигорский медико-фармацевтический ин-т — фил. Волгоградского гос. мед. ун-та. — Казань : Бук, 2025. — 98 с. — Текст : электронный.

ISBN 978-5-00254-109-6.

Учебно-методическое пособие предназначено для самостоятельной внеаудиторной работы студентов. Оно включает теоретические вопросы и письменные задания, состоящие из ситуационных задач и различных упражнений.

УДК 616-053.2:616.31(076)
ББК 57.336.6я73

© Агапитов Л. И., Аверина И. А., Черепнина И. В., Марченко О. В., 2025

© Пятигорский медико-фармацевтический ин-т — филиал Волгоградского гос. мед. ун-та, 2025

TABLE DE MATIERE

Sujet: *Introduction. Histoire de la pédiatrie russe.. Législation de la santé sur les questions de l'enfance dans la Fédération de Russie. L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital pour enfants et de la polyclinique pour enfant* 4

Sujet: *Périodes d'enfance. Lois d'augmentation de la masse du corps et de la taille des enfants* 9

Sujet: C*aractéristiques anatomo-physiologiques des organes et des systèmes à différents âges.* ***C****aractéristiques anatomo-physiologiques de la cavité buccale chez les jeunes enfants* 14

Sujet: *Allaitement: naturel, mixte, artificiel. Caractéristiques de l'allaitement des enfants avec des maladies dentaire* 20

Sujet: *Rachitisme. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement, prévention* 26

Sujet: *Anomalies constitutionnelles. Maladies allergiques chez les enfants. Urticaire, œdème de Quincke, dermatite allergique* 32

Sujet: *Maladies respiratoires chez les enfants. Maladies aiguës des voies respiratoires supérieures et inférieures* 38

Sujet: *Maladies respiratoires chez les enfants. Syndrome obstructif. Asthme bronchique. L'insuffisance respiratoire chez les enfants* 45

Sujet: *Pathologie du système cardiovasculaire chez les enfants. Rhumatisme et lésions cardiaques non rhumatismales* 52

Sujet: *Pathologie du système cardiovasculaire chez les enfants. Cardiopathies congénitales (communication interventriculaire, communication inter-atriale, persistance du canal artériel, coarctation de l'aorte, tétrade de Fallot)* 58

Sujet: *Anémie déficiente. Étiologie, clinique, diagnostic de laboratoire. Principes de traitement et de prévention de l'anémie chez les enfants. Maladies hémorragiques chez les enfants* 63

Sujet: *Maladies de l'appareil digestif et du systeme hépatobiliaire* 72

Sujet: *Pathologie des organes urinaires* 78

Sujet: *Caractéristiques et pathologie du système endocrinien chez les enfants* 83

Sujet: *Etats d'urgence chez les enfants* 89

Annex 94

Bibliographie 97

Sujet: *Introduction. Histoire de la pédiatrie russe.. Législation de la santé sur les questions de l'enfance dans la Fédération de Russie. L'organisation et le fonctionnement de l'hôpital pour enfants et de la polyclinique pour enfants.*

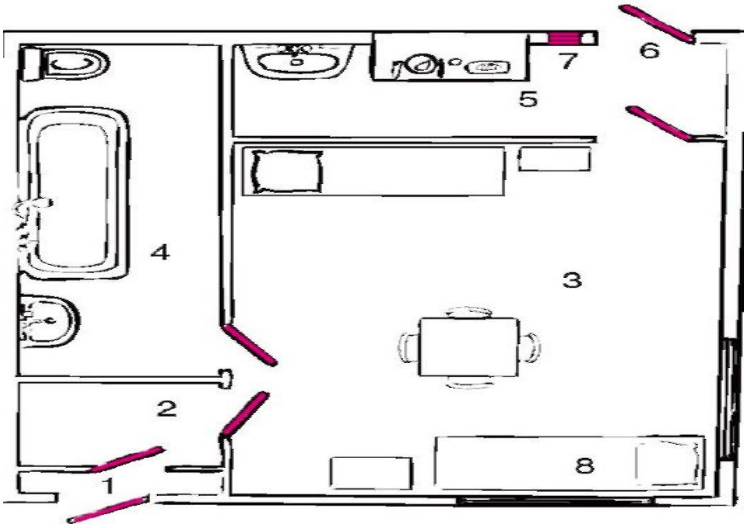
Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Parlez des principales étapes du développement de la pédiatrie en Russie.
2. Quels pédiatres russes célèbres du 20ème siècle connaissez-vous?
3. Quels médecins et scientifiques pédiatres modernes connaissez-vous?
4. Quels documents et actes législatifs régissant les relations dans le domaine de la Médecine en Fédération de Russie, connaissez-vous?
5. Quels sont les principes de base de la protection de la santé en Fédération de Russie?
6. Quelle est la priorité pour la santé des enfants?
7. Qu'est-ce que le consentement éclairé et les règles pour le prendre?
8. Qu'est-ce qu'un secret médical? Quelles sont les règles pour le stocker?
9. Quels sont les droits du patient et quels sont ses droits?
10. Quels sont les établissements de traitement et de prévention pour enfants connaissez-vous?
11. Quelles sont les principales unités structurelles de l'hôpital pour enfants?
12. Quels documents d'accompagnement doivent être présentés pour l'hospitalisation de l'enfant?
13. Comment se fait le transport d'un patient gravement malade dans le département?
14. Énumérez les principaux locaux du service médical de l'hôpital pour enfants.
15. 15. Qu'est-ce qu'un box d'isolement individuel (de Melzer)?
16. Nommez les établissements d'enseignement et d'éducation pour enfants dans lesquels le travail thérapeutique et préventif est effectué.

Devoir

Faites le compte-rendu des principales dispositions de l'article 41 de la Constitution de la Fédération de Russie, ainsi que de l'Article 7. "Priorité à la protection de la santé des enfants" et article 51 "Les droits de la famille dans le domaine de la protection de la santé" de la loi fédérale de la Fédération de Russie du 21 novembre 2011 N 323-LF " sur les bases de la protection de la santé des citoyens dans la Fédération de Russie».

Devoir Notez les parties numérotées du box de Melzer



Test 1

1. L'institut médico-pharmaceutique de Pyatigorsk a été fondé en

1. 1943
2. 1958
3. 1961
4. 1973

2. Quand la «Pédiatrie» est-elle devenue une discipline indépendante en Russie?

1. Au 18ème siècle
2. Au 19ème siècle
3. Au 20ème siècle

3. Qui ne peut pas être attribué aux fondateurs de la pédiatrie nationale

1. N.M. Maksimovich-Ambodik
2. N.R. von Rosenstein
3. C.A. Rauchfus
4. F. Khotovitzky

4. Nommez un grand pédiatre russe qui a beaucoup fait pour étudier les rhumatismes, la polyarthrite chronique non rhumatismale, la tuberculose, le paludisme, un partisan de la Médecine préventive

1. N.I. Bystrov
2. N.A. Tolsky
3. N.P. Gundobin
4. A.A. Kissel
5. M.S. Maslov

5. Les parents d'un enfant peuvent-ils choisir eux-mêmes un médecin et une organisation médicale?

1. Oui, avec l'accord du médecin et l'accord de l'administration de l'organisation médicale.
2. Oui, en cas de l'accord du médecin et du contrat d'assurance
2. Oui, en cas de l'accord du médecin et de l'âge de l'enfant de moins de 4 ans
3. Ils ne peuvent pas

6. L'hôpital clinique est un hôpital

1. Situé dans une grande localité
2. Où l'on hospitalise les patients atteints de maladies somatiques graves
3. qui a dans sa structure plusieurs cliniques
4. qui dispose de la chaire de l'Institut de médecine

7. Quelles définitions n'existent pas

1. Hôpital de jour
2. Hôpital de nuit
3. Hôpital sur 24h
4. Hôpital horaire

Problèmes de situation

Situation 1

Vasilyeva K., 14 ans, s'est adressée à la polyclinique pour enfants, où elle a reçu un diagnostic de «trichomonase». Le médecin a demandé des informations sur les parents, dans l'intention de leur transmettre ces informations. Vasilyeva s'est indignée, a montré le passeport au médecin et lui a rappelé le secret médical.

Situation 2

Les enfants qui se baignaient dans la rivière ont été brûlés et intoxiqués à la suite du rejet de substances chimiques nocives dans la rivière par l'usine de pâte à papier en quantités 2 000 fois supérieures aux concentrations maximales autorisées.

Question: Quels droits en matière de santé ont été violés?

Situation 3

La patiente M., âgée de 15 ans, a été transportée par ambulance du camp d'été au service des urgences de l'hôpital de District avec un diagnostic d'entérocolite aiguë. Malade pendant quatre jours. Un «abcès appendiculaire» a été diagnostiqué dans le service d'accueil et la fille a été opérée d'urgence. Le consentement de la fille à l'opération a été obtenu. Arrivé trois heures plus tard, le père de la fille a porté plainte contre le chirurgien de service, car l'opération a été effectuée sans le consentement des parents d'une personne âgée de moins de 18 ans.

Question: les revendications du père de la fille sont-elles justes?

Situation 4

Un enfant de 7 ans diagnostiqué d'anémie a été transporté par ses parents à l'hôpital pour enfants de la ville. La transfusion sanguine urgente était nécessaire. Les parents ont refusé de cette procédure, invoquant le fait que cela est interdit par les motifs religieux. Les médecins n'ont pas commencé à faire cette procédure. L'enfant est mort du fait qu'il n'a pas reçu de transfusion sanguine à temps.

Question: le personnel médical est-il responsable?

Test 2

1. L'ouverture du premier hôpital pour enfants en Russie a eu lieu:
1. à Moscou en 1844
2. à Saint-Pétersbourg en 1834
3. à Moscou en 1842

4. à Saint-Pétersbourg en 1806,
5. à Saint-Pétersbourg en 1844.

2. Le premier pédiatre scientifique russe, auteur du premier guide de pédiatrie « Pediatrika»:

1. A.F. Tour
2. C.A. Rauchfus
3. S.F. Khotovitzky
4. I.I. Radetsky
5. M.K. Florinsky.

3. Date de naissance du premier département russe des maladies infantiles:

1. 1798 à l'Académie Médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg
2. 1765 à l'Université de Moscou
3. 1765 à l'Université de Saint-Pétersbourg
4. 1865, à l'Académie Médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg
5. 1835, à l'Académie Médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.

4. Grand pédiatre russe et personnalité publique, premier cardiologue pédiatrique en Russie, oto-rhino-laryngologiste, pathologiste, concepteur d'hôpitaux pour enfants:

1. N.I. Bystrov
2. V.M. Florinsky
3. N.P. Gundobin
4. C.A. Rauchfus
5. M.S. Maslov.

5. Grand pédiatre russe - "père de la pédiatrie clinique russe", auteur de monographies "Sémiotique et diagnostic des maladies infantiles" et "Conférences cliniques", qui a utilisé le sérum antidiphtérique pour la première fois en Russie:

1. N.A. Tolsky
2. N.F. Filatov
3. A.A. Kissel
4. G.N. Speransky
5. V.I. Molchanov.

6. Grand pédiatre, académicien, fondateur et rédacteur en chef de la revue «Pediatrics»:

1. V.I. Molchanov
2. G.N. Speransky
3. N. F. Filatov
4. Y.F. Dombrowskaya
5. A.V. Mazurin.

7. Qui a le droit à des soins médicaux dans la Fédération de Russie?

1. Tout le monde a droit à des soins médicaux.
2. Seules les personnes âgées de 16 ans et plus
3. Seuls les enfants et la population active de plus de 16 ans
4. Les enfants, les retraités et la population active de plus de 16 ans.

8. Qui a le droit à la protection de la santé dans la Fédération de Russie?

1.Chacun a ce droit.

2. Seules les personnes âgées de 16 ans et plus

3.Seuls les enfants et la population active de plus de 16 ans

4.Les enfants, les retraités et la population active de plus de 16 ans.

9. Le consentement à une intervention médicale est donné par les représentants légaux de l'enfant, s'il n'a pas atteint l'âge de

1. 6 ans
2. 14 ans
3. 15 ans
4. 18 ans

10. Les parents ont-ils le droit de rester gratuitement avec leur enfant dans un établissement médical lorsqu'on lui prodigue des soins médicaux en milieu hospitalier?

1. Non
2. Oui, si l'enfant n'atteint pas l'âge de quatre ans
3. Oui, si l'enfant n'atteint pas l'âge de 15 ans

Sujet: *Périodes d'enfance. Lois d'augmentation de la masse du corps et de la taille des enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Nommez les périodes d'enfance et leurs caractéristiques.
2. Parlez de l'importance de l'endurcissement des petits enfants.
3. Qu'est-ce que l'hérédité? Nommez les types d'hérédité.
4. Quel est le rôle de l'hérédité en développement de l'enfant en norme et en cas de pathologie?
5. Quel est l'impact de l'environnement externe sur le développement de l'enfant en norme et en cas de pathologie?
6. Quel gain de poids et de taille est observé chez les enfants de la naissance à 1 an?
7. Quels sont les indicateurs de croissance de masse chez un enfant de 1 an.
8. Quels sont les indicateurs de croissance de masse chez un enfant de 4 ans.
9. Périodes de traction (extension) (première et deuxième)
10. Qu'est-ce que l'accélération? Donnez le concept d'accélération harmonieuse.
11. Quelles sont les causes de l'accélération?
12. Quels sont les aspects négatifs de l'accélération chez les enfants?

Devoir

Remplissez le tableau des périodes d'enfance

Périodes / Период	Age / Возраст	Croissaance du poids et de la taille / Нарастание роста и веса

Utilisez les tableaux des centiles et déterminez le niveau de développement physique

Garçon 6 mois, taille 66 cm, pods 7,5 kg

Fille 10 mois taille 68 cm, poids 7,4 kg

Garçon 5 ans taille 110 cm, poids 23 kg

Fille 11 ans taille 153 cm, poids 25 kg

développement physique des filles de 0 à 17 ans / développement physique des garçons de 0 à 17 ans

Физическое развитие девочек от 0 до 17 лет

возраст	Длина/рост							масса						
	Центильный интервал							Центильный интервал						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%
0	45,8	47,5	49,8	50,7	52,0	53,1	53,9	2,6	2,8	3,0	3,3	3,7	3,9	4,1
1 мес.	48,5	50,3	52,1	53,5	55,0	56,1	57,3	3,3	3,6	3,8	4,2	4,5	4,7	5,1
2 мес.	51,2	53,3	55,2	56,8	58,0	59,3	60,6	3,8	4,2	4,5	4,8	5,2	5,5	5,9
3 мес.	54,0	56,2	57,6	59,3	60,7	61,8	63,6	4,4	4,8	5,2	5,5	5,9	6,3	6,7
4 мес.	56,7	58,4	60,0	61,2	62,8	64,0	65,7	5,0	5,4	5,8	6,2	6,6	7,0	7,5
5 мес.	59,1	60,8	62,0	63,8	65,1	66,0	68,0	5,5	5,9	6,3	6,7	7,2	7,7	8,1
6 мес.	60,8	62,5	64,1	65,5	67,1	68,8	70,0	5,9	6,3	6,8	7,3	7,8	8,3	8,7
7 мес.	62,7	64,1	65,9	67,5	69,2	70,4	71,9	6,4	6,8	7,3	7,7	8,4	8,9	9,3
8 мес.	64,5	66,0	67,5	69,0	70,5	72,5	73,7	6,7	7,2	7,6	8,2	8,8	9,3	9,7
9 мес.	66,0	67,5	69,1	70,2	72,0	74,1	75,5	7,1	7,5	8,0	8,6	9,2	9,7	10,1
10 мес.	67,5	69,0	70,3	71,9	73,2	75,3	76,8	7,4	7,9	8,4	9,0	9,6	10,1	10,5
11 мес.	68,9	70,1	71,5	73,0	74,7	76,5	78,1	7,7	8,3	8,7	9,3	9,9	10,5	10,9
1 год	70,1	71,4	72,8	74,1	75,8	78,0	79,6	8,0	8,5	9,0	9,6	10,2	10,8	11,3
15 мес.	72,9	74,5	76,0	77,1	79,1	81,5	83,4	8,6	9,2	9,7	10,8	10,9	11,5	12,1
18 мес.	75,8	77,1	78,9	79,9	82,1	84,5	86,8	9,2	9,8	10,3	10,8	11,5	12,2	12,8
21 мес.	78,0	79,5	81,2	82,9	84,5	87,5	89,5	9,7	10,3	10,6	11,5	12,2	12,8	13,4
2 года	80,1	81,7	83,3	85,2	87,5	90,1	92,5	10,2	10,8	11,3	12,1	12,8	13,5	14,1
27 мес.	82,0	83,5	85,4	87,4	90,1	92,4	95,0	10,6	11,2	11,7	12,6	13,3	14,2	14,8
30 мес.	83,8	85,7	87,7	89,8	92,3	95,0	97,3	11,0	11,6	12,3	13,2	19,9	14,8	15,5
33 мес.	85,8	87,6	89,8	91,7	94,8	97,0	99,7	11,5	12,1	12,7	14,3	14,5	15,4	16,3
3 года	89,0	90,8	93,0	95,5	98,1	100,7	103,1	11,7	12,5	13,3	13,7	15,5	16,5	17,6
3,5 года	91,3	93,5	95,6	98,5	101,4	103,5	100,6	12,3	13,4	14,0	15,0	16,4	17,7	18,6
4 года	94,0	96,1	98,5	101,5	104,4	106,9	109,7	13,0	14,0	14,8	15,9	17,6	18,9	20,0
4,5 года	96,8	99,3	101,5	104,4	107,4	110,5	113,2	13,9	14,8	15,8	16,9	18,5	20,3	21,5
5 лет	99,9	102,5	104,7	107,5	110,7	113,6	116,7	14,7	15,7	16,6	18,1	19,7	21,6	23,2
5,5 лет	102,5	105,2	108,0	110,8	114,3	117,0	120,0	15,5	16,6	17,7	19,3	21,1	23,1	25,1
6 лет	105,3	108,0	110,9	114,1	118,0	120,6	124,0	16,3	17,4	18,7	20,4	22,5	24,8	27,1
6,5 лет	108,1	110,5	114,0	117,6	121,3	124,2	127,5	17,1	18,3	19,7	21,5	23,8	26,5	29,3
7 лет	111,1	113,6	116,9	120,8	124,8	128,0	131,3	17,9	19,4	20,6	22,7	25,3	28,3	31,6
8 лет	116,5	119,3	123,0	127,2	131,0	134,3	137,7	20,0	21,4	23,0	25,1	28,5	32,1	36,3
9 лет	122,0	124,6	128,4	132,8	137,0	140,5	144,8	21,9	23,4	25,5	28,2	32,0	36,3	41,0
10 лет	127,0	130,5	134,3	139,0	142,9	146,7	151,0	22,7	25,0	27,7	30,6	34,9	39,8	47,4
11 лет	131,8	136,2	140,2	145,3	148,8	153,2	157,7	24,9	27,8	30,7	34,3	38,9	44,6	55,2
12 лет	137,6	142,2	145,9	150,4	154,2	159,2	163,2	27,8	31,8	36,0	40,0	45,4	51,8	63,4
13 лет	143,0	148,3	151,8	155,5	159,8	163,7	168,0	32,0	38,7	43,0	47,5	52,5	59,0	69,0
14 лет	147,8	152,6	155,4	159,0	163,6	167,2	171,2	37,6	43,8	48,2	52,5	58,0	64,0	72,2
15 лет	150,7	154,4	157,2	161,2	166,0	169,2	173,4	42,0	46,8	50,6	55,2	60,4	66,5	74,9
16 лет	151,6	155,2	158,0	162,5	166,8	170,2	173,8	45,2	48,4	51,8	56,5	61,3	67,6	75,6
17 лет	152,2	155,8	158,6	162,8	169,2	170,4	174,2	46,2	49,2	52,9	57,3	61,9	68,0	76,0

Физическое развитие мальчиков от 0 до 17 лет

возраст	Длина/рост							масса						
	Центильный интервал							Центильный интервал						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%	3%	10%	25%	50%	75%	90%	97%
0	46,5	48,0	49,8	51,3	52,3	53,5	55,0	2,7	2,9	3,1	3,4	3,7	3,9	4,2
1 мес.	49,5	51,2	52,7	54,5	55,6	56,5	57,3	3,3	3,6	4,0	4,3	4,7	5,1	5,4
2 мес.	52,6	53,8	55,3	57,3	58,2	59,4	60,9	3,9	4,2	4,6	5,1	5,6	6,0	6,4
3 мес.	55,3	56,5	58,1	60,0	60,9	62,0	63,8	4,5	4,9	5,3	5,8	6,4	7,0	7,3
4 мес.	57,5	58,7	60,6	62,0	63,1	64,5	66,3	5,1	5,5	6,0	6,5	7,2	7,6	8,1
5 мес.	59,9	61,1	62,3	64,3	65,6	67,0	68,9	5,6	6,1	6,5	7,1	7,8	8,3	8,8
6 мес.	61,7	63,0	64,8	66,1	67,7	69,0	71,2	6,1	6,6	7,1	7,6	8,4	9,0	9,4
7 мес.	63,8	65,1	66,3	68,0	69,8	71,1	73,5	6,6	7,1	7,6	8,2	8,9	9,5	9,9
8 мес.	65,5	66,8	68,1	70,0	71,3	73,1	75,3	7,1	7,5	8,0	8,6	9,4	10,0	10,5
9 мес.	67,3	68,2	69,8	71,3	73,2	75,1	78,8	7,5	7,9	8,4	9,1	9,8	10,5	11,0
10 мес.	68,8	69,1	71,2	73,0	75,1	76,9	78,8	7,9	8,3	8,8	9,5	10,3	10,9	11,4
11 мес.	70,1	71,3	72,6	74,3	76,2	78,0	80,3	8,2	8,6	9,1	9,8	10,6	11,2	11,8
1год	71,2	72,3	74,0	75,5	77,3	79,7	81,7	8,5	8,9	9,4	10,0	10,9	11,6	12,1
15 мес.	74,8	75,9	77,1	79,0	81,0	83,0	85,3	9,2	9,6	10,1	10,8	11,7	12,4	13,0
18 мес.	76,9	78,4	79,8	81,7	83,9	85,9	89,4	9,7	10,2	10,7	11,5	12,4	13,0	13,7
21 мес.	79,3	80,8	82,3	84,3	86,5	88,3	91,2	10,2	10,6	11,2	12,0	12,9	13,6	14,3
2 года	81,3	83,0	84,5	86,8	89,0	90,8	94,0	10,6	11,0	11,7	12,6	13,5	14,2	15,0
27 мес.	83,0	84,9	86,8	88,7	91,3	93,9	96,8	11,0	11,5	12,2	13,1	14,1	14,8	15,6
30 мес.	84,5	87,0	89,0	91,3	93,7	95,5	99,0	11,4	11,9	12,6	13,7	14,6	15,4	16,1
33 мес.	86,3	88,8	91,3	93,5	96,0	98,1	101,2	11,6	12,3	13,1	14,2	15,2	16,0	16,8
3 года	88,0	90,0	92,3	96,0	99,8	102,0	104,5	12,1	12,8	13,8	14,8	16,0	16,9	17,7
3,5 года	90,3	92,6	95,0	99,1	102,5	105,0	107,5	12,7	13,5	14,3	15,6	16,8	17,9	18,8
4 года	93,2	95,5	98,3	102,0	105,5	108,0	110,6	13,4	14,2	15,1	16,4	17,8	19,4	20,3
4,5 года	96,0	98,3	101,2	105,1	108,6	111,0	113,6	14,0	14,9	15,9	17,2	18,8	20,3	21,6
5 лет	98,9	101,5	104,4	108,3	112,0	114,5	117,0	14,8	15,7	16,8	18,3	20,0	21,7	23,4
5,5 лет	101,8	104,7	107,8	111,5	115,1	118,0	120,6	15,5	16,6	17,7	19,3	21,3	23,2	24,9
6 лет	105,0	107,7	110,9	115,0	118,7	121,1	123,8	16,3	17,5	18,8	20,4	22,6	24,7	26,7
6,5 лет	108,0	110,8	113,8	118,2	121,8	124,6	127,2	17,2	18,6	19,9	21,6	23,9	26,3	28,8
7 лет	111,0	113,6	116,8	121,2	125,0	128,0	130,6	18,0	19,5	21,0	22,9	25,4	28,0	30,8
8 лет	116,3	119,0	122,1	126,9	130,8	134,5	137,0	20,0	21,5	23,3	25,5	28,3	31,4	35,5
9 лет	121,5	124,7	125,6	133,4	136,3	140,3	143,0	21,9	23,5	25,6	28,1	31,5	35,1	39,1
10 лет	126,3	129,4	133,0	137,8	142,0	146,7	149,2	23,9	25,6	28,2	31,4	35,1	39,7	44,7
11 лет	131,3	134,5	138,5	143,2	148,3	152,9	156,2	26,0	28,0	31,0	34,9	39,9	44,9	51,5
12 лет	136,2	140,0	143,6	149,2	154,5	159,5	163,5	28,2	30,7	34,4	38,8	45,1	50,6	58,7
13 лет	141,8	145,7	149,8	154,8	160,6	166,0	170,7	30,9	33,8	38,0	43,4	50,6	56,8	66,0
14 лет	148,3	152,3	156,2	161,2	167,7	172,0	176,1	34,3	38,0	42,8	48,8	56,6	63,4	73,2
15 лет	154,6	158,6	162,5	166,8	173,5	177,6	181,6	38,7	43,0	48,3	54,8	62,8	70,0	80,1
16 лет	158,8	163,2	166,8	173,3	177,8	182,0	186,3	44,0	48,3	54,0	61,0	69,6	76,5	84,7
17 лет	162,8	166,6	171,6	177,3	181,6	186,0	188,5	49,3	54,6	59,8	66,3	74,0	80,1	87,8

Test 1

1. La période embryonnaire dure:
1. jusqu'à la 28e semaine de développement fœtal intra-utérin;
2. jusqu'au 75e jour du développement fœtal intra-utérin;
3. jusqu'au 10ème jour du développement intra-utérin du radeau;
4. jusqu'à la 20ème semaine de développement fœtal intra-utérin;
5. jusqu'au 30ème jour de développement fœtal intra-utérin;

2. La caractéristique la plus importante de la période embryonnaire est:
1. implantation du blastocyte formé dans la muqueuse utérine;
2. pose et organogenèse des organes internes du fœtus;
3. minéralisation du squelette fœtal:
4. formation de dépôt de fer fœtal;
5. formation d'un dépôt de vitamines dans le corps du fœtus;

3. Durée de la période néonatale:
1. De la naissance à la fin du 10-me jours;
2. De la naissance au 28ème jour;
3. De la naissance au 30e jour;
4. De la naissance à la fin du premier jour;
5. De la naissance au 15ème jour;

4. La période périnatale est appelée période:
1. de la naissance au 7ème jour de la vie;
2. de la naissance à la fin du premier mois de vie;
3. de la 23ème semaine de développement intra-utérin au 7ème jour de la vie;
4. de la 28e semaine de développement intra-utérin à la naissance;
5. de la 30e semaine de développement intra-utérin à la fin du premier mois de vie;

5. L'âge infantile dure:
1. de la naissance à la fin de la première année de vie;
2. du 29ème jour après la naissance jusqu'à la fin de la première année de vie;
3. du 7ème jour après la naissance à la fin de la première année de vie;
4. du 10ème jour après la naissance jusqu'à la fin de la première année de vie;
5. du 21ème jour après la naissance à la fin de la première année de vie;

Problèmes de situation

Situation

L'enfant a 5 ans. Sa mère se plaint d'une toux humide fréquente qui le dérange pendant la journée, d'une respiration fréquente, d'un manque d'appétit. Anamnèse de la maladie: il est tombé malade brusquement, il y a 3 jours. La mère associe la maladie à l'hypothermie lors d'une promenade. Elle a traité l'enfant à la maison: elle a mis des cataplasmes de la moutarde sur la poitrine, elle lui a fait boire une tisane de pas-d'âne, mais l'état de l'enfant s'est aggravé, la toux s'est intensifiée, une respiration fréquente est apparue. La mère s'est adressée au

pédiatre, de l'histoire de la vie, il est connu que l'enfant d'un mois a été passé à l'alimentation avec du lait de vache (d'abord en dilution 1:1, puis 2:1, depuis 2 mois - lait entier); une fois tous les 2-3 mois, l'enfant souffre d'un rhume, il a souffert de la rougeole, de la scarlatine, de la varicelle, de l'entérocolite.

Questions.

1. Déterminez la période d'âge de l'enfant.

2. La pathologie de quels organes soupçonnez-vous?

3. Dégagez les facteurs qui ont eu un impact sur la santé de l'enfant.

Situation 2

Un enfant de 2 ans atteint de la maladie de Down, d'une cardiopathie congénitale. Les parents sont en bonne santé, la mère a 39 ans, le père – 43. La première grossesse, a eu lieu avec la menace d'interruption, la toxicose I et II de la moitié. Le bébé est né par césarienne.

Questions.

1. Déterminer la période de l'enfance.

2. Mettez en évidence les facteurs qui ont eu un impact sur la santé de l'enfant.

3. À quelle période de la vie intra-utérine a eu lieu la formation d'une malformation cardiaque?

4. Les facteurs défavorables de quelle nature ont probablement conduit à la formation d'une malformation cardiaque?

Teat 2

1. Des études anthropométriques sont effectuées chez les enfants de moins de 1 an à des fins préventives:

1. tous les mois
2. tous les trimestres
3. 1 fois par 6 mois
4. 1 fois tous les 10 jours
5. 1 fois tous les 15 jours

2. La croissance d'un enfant en bonne santé au cours des 3 premiers mois de la vie augmente mensuellement de:

1. 2-2.5 cm
2. 3-3.5 cm
3. 4-4.5 cm
4. 4.5-5.5 cm
5. 6-6.5 cm

3. Formule - 100 cm - 8 (4-n), où n est le nombre d'années, est utilisé pour calculer la croissance des enfants de:

1. 7-12 ans

2. 2-4 ans
3. 5-6 ans
4. après 12 ans

4. Le point médian du corps chez le nouveau-né se trouve:

1. sur le nombril
2. au-dessus de 3 cm du nombril
3. au-dessous de 3 cm du nombril
4. sur le menton
5. sur le pubis

5. L'indice d'Erisman c'est:

1. la différence entre la circonférence de la poitrine et de la tête en cm
2. la somme de la circonférence de la poitrine et de la tête en cm
3. la différence entre la circonférence de la poitrine et la demi-taille en cm
4. la somme de la circonférence de la poitrine et de la demi-taille en cm
5. la différence entre la taille et la circonférence de la poitrine en cm.

6. La perte physiologique de poids corporel chez le nouveau-né est maximale:

1. au 1-2 jour de vie et fait jusqu'à 5%
2. au 3-5 jours de vie et fait jusqu'à 10%
3. au 3-4 jours de vie et fait de 6-8%

7. Associez:

Âge de l'enfant	Poids moyen de l'enfant (kg) /
1) nouveau-n	а) 2,5
2) 1 an	б) 3,0
3) 5 ans	в) 5,0
4) 10 ans	г) 8,0
	д) 10,5
	е) 12,5
	ж) 16,0
	з) 19,0
	и) 20,0
	к) 30,0

Répons 1. _____. 2. _____. 3. _____. 4. _____.

8. Les parents d'un enfant de 6 mois s'inquiètent de l'augmentation rapide de sa tête. Les mesures effectuées par la patronne ont montré que la circonférence de la tête est de 43 cm, la poitrine de 45 cm. Evaluez ces données, elles sont:

1. proportionnelles et adaptées à l'âge de l'enfant
2. les deux paramètres sont augmentés
3. taille de la tête trop grande
4. poitrine trop grande
5. les deux paramètres sont inférieurs aux normes d'âge.

9. Le terme "développement physique" en pédiatrie est compris comme un processus dynamique de:
1. la croissance de l'enfant dans une période particulière de l'enfance
2. la croissance de l'enfant et la maturation biologique des systèmes individuels
3. la croissance et la maturation biologique de l'enfant dans une période particulière de l'enfance
4. la maturation biologique des organes et systèmes individuels de l'enfant.

10. Au troisième trimestre de la vie, la croissance de l'enfant augmente de:
1. 4,5-6,0 cm
2. 10-12 cm
3. 1,5 cm
4. 7-8 cm
5. 9-10 cm

11. La taille d'un enfant à 8 ans devrait faire:
1. 110-120 cm
2. 120-125 cm
3. 125-130 cm
4. 140-146 cm
5. 146-150 cm

12. Taux de croissance du bébé avec l'âge:
1. diminue
2. augmente
3. reste stable
4. a 2 pics d'accélération – 5-7 ans et 12-14 ans
5. a 2 pics d'accélération-dans les années 3-4 et dans les années 8-9

13. La hauteur de la tête par rapport à la longueur du corps du nouveau-né fait:
1. 1/4
2. 1/6
3. 1/3
4. 1/7
5. 1/5

14. L'indice de Chulitskaya fait:
1. 2 circonférence de la tête + circonférence de la hanche - demi-hauteur
2. 3 circonférence de l'épaule + circonférence de la hanche + circonférence du tibia-hauteur
3) taille (longueur du corps) - circonférence de la tête
4) circonférence de la tête + circonférence de la hanche - demi-hauteur
5) circonférence de l'épaule + circonférence de la hanche.

15. Les principales causes de perte de poids physiologique chez le nouveau-né sont:
1. hyperaldostéronisme
2. lactation de la mère
3. perte d'eau par la peau et les poumons pendant la respiration
4. enlèvement de vernix caseosa
5. detachement du cordon ombilical
6. excrétion de méconium et d'urine

Sujet: *Caractéristiques anatomo-physiologiques des organes et des systèmes à différents âges.* ***C****aractéristiques anatomo-physiologiques de la cavité buccale chez les jeunes enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Caractéristiques anatomo-physiologiques de la peau, tissu adipeux sous-cutané. Les méthodes d'examen. Sémiotique des lésions et caractéristiques de l'examen.
2. Caractéristiques anatomo-physiologiques du système osseux et musculaire. La méthodologie de l'examen. Sémiotique des lésions principales.
3. Caractéristiques anatomo-physiologiques du système respiratoire chez les enfants. Méthodes d'examen des organes respiratoires chez les enfants. Sémiotique des lésions.
4. Caractéristiques anatomo-physiologiques du système cardiovasculaire chez l'enfant. Méthodes d'examen du système cardiovasculaire. Sémiotique des lésions.
5. Caractéristiques anatomo-physiologiques du tractus gastro-intestinal chez les enfants. Méthodes d'examen et sémiotique des lésions principales.
6. Traumatisme à la naissance du cerveau et de la moelle épinière chez le nouveau-né. Clinique, diagnostic topique, traitement, rééducation, pronostic.
7. Caractéristiques anatomo-physiologiques du système urinaire chez les enfants. Méthodes d'examen clinique et paraclinique. Sémiotique des lésions.
8. Caractéristiques anatomo-physiologiques du système lymphatique chez les enfants. Règles d'examen des ganglions lymphatiques, sémiotique des lésions.
9. Quelles sont les caractéristiques anatomo-physiologiques du corps de l'enfant aux âges différents ?
10. Caractéristiques anatomo-physiologiques de la cavité buccale chez les petits enfants
11. Quelle est la caractéristique du système dento-maxillaire aux âges différents?
12. Quels sont les délais pour la dentition lactéale?
13. Quels sont les délais pour la dentition permanente?

Devoir Faites le tableau de la fréquence cardiaque et de la respiration chez les enfants d'âges différents

Age	**Fréquence cardiaque**	**Fréquence respiratoire**
Nouveau-né		
1 mois		
6 mois		
1 an		
3 ans		
6 ans		
10 ans		
14 ans		

Devoir

Notez les délais de la dentition lactéale et de l'exfoliation dentaire

Devoir

Notez les délais de la dentition permanente

Test 1

1. Aux états physiologiques chez les enfants de moins d'un an peuvent être attribué
1. pied plat valgus;
2. pieds plat varus;
2. Le réflexe d'extension du pied chez un enfant dans la période néonatale est appelé réflexe de
1. Moreau
2. Robinson
3. Babinskiy
3. À quel âge survient la modification de la formule leucocytaire
1. à 4 mois
2. à 4 jours et 4 mois
3. à 4 jours et 4 ans
4. à 4 mois et 4 ans
4. L'apparition de maladies purulentes-septiques favorise:
1. couche cornée mince des cellules faiblement liées,
2. immaturité de la membrane principale séparant l'épiderme et le derme,
3. réseau capillaire riche de la peau,
4. tout ce qui précède,
5. Qu'est-ce que l'échelle d'Apgar estime à la 1-ère et 5-ème minute de la vie d'un enfant
1. fréquence cardiaque,
2. fréquence respiratoire
3. tonus musculaire
4. réflectivité
5. coloration de la peau
6. tout ce qui précède,

Situation

Données de l'anamnèse: une fille d'une jeune mère en bonne santé, la 1ère grossesse, qui s'est déroulée avec une toxicose de la 1ère moitié (nausée jusqu'à 12 semaines). Née à 38 semaines de grossesse. Poids à la naissance 2950, taille 49 cm, elle a crié immédiatement, le cri est fort. Le score d'Apgar est de 9/10. Elle a été mis au sain après 18 heures, a tété activement.

Le 2-me jour, il y avait une ictéricité modérée de la peau, le 5-me jour, au moment de la sortie de la maternité, la jaunisse avait pratiquement disparu. Dans la maternité, le 3-ème jour de la vie, le poids corporel a diminué d'environ 210 gr. de l'hôpital, elle est sortie le 5ème jour après la chute du cordon ombilical avec un poids corporel de 2850 gr.

Les données de l'examen objectif dans le patronage primaire: l'âge de l'enfant 7 jours. Active, cri fort, émotionnel, maintient bien la température du corps, tète activement. Lors de l'alimentation de contrôle, elle a tété environ 60 ml de lait. La peau est propre, il y a une faible ictéricité du visage et du corps. Plaie ombilicale sous une croûte sèche, les vaisseaux ne sont pas

palpés. Grande Fontanelle - 2,5x2, 5 cm, pas tendue, les bords sont légèrement moux. Les os du crâne sont modérément mobiles, les sutures sont fermées. Les ongles atteignent le bout des doigts.

Les tons du cœur sont sonores, les contractions sont rythmiques, la fréquence cardiaque est de 146 par minute. La respiration par le nez est libre, par auscultation - la respiration est puérile. Le nombre de mouvements respiratoires est 40 par minute. L'estomac est doux, indolore. Le foie dépasse du bord de l'arc costal de 2,0 cm, le bord est élastique, la rate n'est pas palpable. La muqueuse buccale est propre. La miction est libre, indolore. Les réflexes physiologiques sont bien prononcés. Le tonus des fléchisseurs dans les membres supérieurs et inférieurs prédomine. Le pelage est exprimé sur la tête et il y a une petite quantité de poils sur les épaules.

Questions

1. Quelle devrait être la conclusion d'un médecin lors du premier traitement médical?
2. Évaluer les signes de maturité morphologique et fonctionnelle du fœtus.
3. Évaluer la période néonatale précoce.
4. Évaluer les données anthropométriques.
5. Quelles vaccinations aurait-on dû faire à l'enfant?

Test 2

1. La perte physiologique du poids corporel vers le 3-5-me jour fait

1. 1-2%
2. 3-6%
3. 6-8%
4. 10%

2. Quelle taille un enfant devrait-il faire à1 an

1. 65-67 cm
2. 67-61 cm
3. 72-74 cm
4. 75-77 cm

3. Quel poids un enfant devrait-il à 1 an

1. 9,5 kg
2. 9,5-10 kg
3. 10-11 kg
4. 12 kg

4. La fermeture anatomique du trou de Botal survient

1. les premières minutes de la vie
2. les premières heures de la vie
3. vers le 7-me jour
4. vesr la 6-me semaine

5. Jusqu'à quel âge l'hémoglobine fœtale circule-t-elle dans le sang d'un enfant

1. Jusqu'à 1 mois
2. jusqu'à 2-3 mois

3. Jusqu'à 3-4 mois
4. Jusqu'à 6 mois

6. La myélinisation des troncs nerveux périphériques continue

1. jusqu'à 1 an
2. jusqu'à 3-5 ans
3. jusqu'à 7 ans
4. jusqu'à 18 ans

7. La période de la première traction (accélération de la croissance) tombe sur l'âge de:

1. 4-6 ans chez les garçons et 6-7 ans chez les filles
2. 4-6 ans chez les garçons et 9-10 ans chez les filles
3. 6-9 ans chez les garçons et 6-8 ans chez les filles
4. 6-9 ans chez les garçons et 9-10 ans chez les filles

8. La période de la deuxième traction (accélération de la croissance) tombe sur l'âge de:

1. 8-10 ans chez les garçons et 10-12 ans chez les filles
2. 11-12 ans chez les garçons et 8-10 ans chez les filles
3. 13-16 ans chez les garçons et 9-11 ans chez les filles

9. Le délaiis maximal de fermeture de la grande Fontanelle tombe sur l'âge de

1. 7-9 mois
2. 9-12 mois
3. 12-18 mois
4. 18-24 mois

COCHEZ TOUTES LES BONNES RÉPONSES

9. Les caractéristiques de la peau des petits enfants comprennent:

1. épiderme mince
2. lien étroit entre l'épiderme et le derme
3. apport sanguin insuffisant
4. transparence de la peau et couleur rose
5. tendance à la desquamation et à la macération

10. Combien de périodes d'âge sont distinguées chez les enfants?

1. Trois.
2. Cinq.
3. Six.

11. L'âge de dention de la première dent de lait?

1. Cinq mois.
2. Six mois.
3. Quatre mois.

12. L'âge de dentition de la première molaire permanente:

1. 17-8 ans.
2. 4 ans.
3. 5-6 ans.

13. Quel groupe de dents manque en occlusion lactéale:

1. croc.
2. prémolaires.
3. dent de sagesse .

14. Vers quel âge l'occlusion lactéale **devient-elle permanente:**

1. 10-11 ans;
2. 17-18 ans;
3. 12-13 ans.

15. Âge de la formation complète de la racine de la première molaire permanente:

1.10 ans.
2. 12 ans .
3. 15 ans.

16.Point de croissance mandibulaire:

1. angle de mâchoire;
2. processus condyle;
3.corps de mâchoire

17. Type de croissance de la mâchoire supérieure:

1. Enchondral;
2. périchondral.

Sujet: *Allaitement: naturel, mixte, artificiel. Caractéristiques de l'allaitement des enfants avec des maladies dentaires*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Quels types d'allaitement connaissez-vous?z-vous?
2. Quels sont les avantages de l'allaitement?
3. Nommez les caractéristiques principales du colostrum.
4. Quels moyens de calculer le volume nutritionnel des nourrissons connaissez-vous?
5. Qu'est-ce que c'est que l'allaitement naturel?
6. Qu'est-ce que c'est que l'alimentation complémentaire et l'ajout de la nourriture si le lait ne suffit pas?
7. Quelles sont les règles pour l'introduction d'aliments complémentaires?
8. Nommez les principales caractéristiques du substitut de lait maternel

Devoir: remplissez le tableau des caractéristiques de l'introduction précoce et tardive de l'alimentation complémentaire.

Alimentation complémentaire précoce / Ранний прикорм	**Alimentation complémentaire tardive /** Поздний прикорм

Devoir: cochez 4 signes de la mise au sein correcte

Devoir: faites le compte rendu des recommandations mises à jour (2017) de l'OMS sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans les établissements médicaux traitant les mères et les nouveau-nés.

Всемирная организация здравоохранения

unicef

Test 1

1. Dans le lait maternel, le pourcentage de caséine aux protéines de lactosérum est
1. 20:80
2. 40:60
3.50:50
4.70:30
2. Le colostrum est sécrété
1. premières minutes après la naissance
2. premières heures après la naissance
3. les 2 premiers jours
4. les 5 premiers jours
3. L'ajout de l'esu est effectué dans les situations suivantes, sauf
1. température ambiante élevée
2. l'enfant pleure
3. l'enfant a une température corporelle élevée
4. l'enfant a la diarrhée, des vomissements
4. À partir de quel âge l'alimentation complementaire est-elle introduite:
1. de 3 mois
2. de 4,5-6 mois,
3. de 1 an
5. Quel est le volume de lait selon la formule de Chkarin un enfant devrait recevoir à l'âge de 6 semaines
1. 700 ml,
2. 800 ml
3. 900 ml
4. 1000 ml
Situation

Une fille de 2 mois. *Données de l'anamnèse:* née de la 1ère grossesse normale. Dans la première moitié, il y avait des manifestations insignificatives de toxicose sous la forme de nausées, pendant 1,5 semaines. Lors de la seconde moitié de la grossesse, il y avait une diminution de l'hémoglobine à 105 g/l, après avoir pris des préparations de fer (dont la mère ne sait pas le nom), le taux d'hémoglobine est devenue normal. Pendant la grossesse, la mère a grossie de 9 kg. Accouchement à terme, indépendant. Poids de l'enfant à la naissance 3400, taille 52 cm. score sur l'échelle Apgar 9/10 points. Mise au sein immédiatement, a tété activement. Perte physiologique du poids corporel 5%, au moment de la sortie de l'hôpital le 5-me jour la fille a presque atteint le poids à la naissance. Il y avait beaucoup de lait. La plaie ombilicale a été épithélialisée le 10-me jour, sans complications. La fille a tété activement, dans 10 minutes après le début de l'alimentation, elle s'est endormie, puis a tété lentement pendant 20 minutes.

Pour le premier mois, la fille a grandi de 800 grammes, les selles étaient normales, après chaque alimentation.

À l'âge de 1 mois et 2 semaines en raison de troubles dans la famille, le stress psycho-émotionnel selon la mère, elle avait moins de lait, l'enfant était inquiet, commencé à téter avidement, ce qui a provoqué des fissures des tétins. Maman après chaque alimentation a tiré le lait restant, sa quantité n'était pas plus de 15 ml.

Il a été décidé avant la consultation avec le pédiatre de prescrire l'ajout de l'alimentation sous la forme du lait maternisé «Agusha». Le lait maternisé a été administré après l'allaitement avec un biberon et une tétine avec un trou assez grand pour faciliter la succion (le lait s'écoulait en filet). La quantité de nourriture n'était pas contrôlée, l'enfant mangeait autant qu'il pouvait après l'allaitement. Après un certain temps, il est arrivé des selles instables, avec des grumeaux non digérés, parfois verts. L'enfant a mal commencé à prendre du poids, pour le mois suivant, seulement 500 grammes.

Données d'examen objectif: la peau est de couleur normale, l'enfant est actif, le cri est émotionnel. Les muqueuses sont propres. Sur la peau, manifestations modérées de dermatite atopique. Du côté des organes respiratoires et du système cardiovasculaire, la pathologie n'a pas été identifiée. L'estomac est un peu gonflé, tendu, on entend un grondement le long de l'intestin grêle, le foie +2 cm sous le bord de l'arc costal, la rate n'est pas palpable. Etat neurologique sans caractéristiques.

Questions:
1. Caractérisez la période prénatale.
2. Évaluez la période d'adaptation au début de la période néonatale.
3. La tactique de la mère était-elle correcte en cas de suspicion d'insuffisance de lactation?
4. Faites le calcul de la nutrition pour l'enfant et déterminez la bonne tactique pour introduire du lait maternisé.
5. Qu'est-ce que c'est que le lait maternisé?

Test 2

1. L'allaitement naturelle présente des avantages par rapport à l'alimentation artificielle en termes de soutien du bébé de:
1. plus grande résistance aux infections
2. moins de risques d'allergies alimentaires
3. stimulation significative de la croissance et de la maturation
4. développement psycho-émotionnel adéquat et pleine socialisation
5. grandes possibilités de développement intellectuel ultérieur

2. Le développement du sein dans les premiers mois de la grossesse est sous l'influence des hormones suivantes:
1. aldostérone
2. prolactine
3. insuline
4. œstrogènes
5. thyrocalcitonine

3. La lactation chez une mère qui allaite est caractérisée par toutes les affirmations ci-dessous, sauf:
1. elle diminue spontanément en raison de l'épuisement de l'épithélium acinus
2. elle est un processus sécrétoire actif
3. elle dépend de facteurs génétiques
4. elle dépend des maladies intercurrentes
5. elle est déterminé uniquement par les mécanismes de la sécrétion apocrine

4. L'automatisme du fonctionnement de la glande mammaire se caractérise par les caractéristiques et particularités suivantes:
1. la valeur principale du système hypophyso-hypothalamique
2. l'inhibition de la prolactine par les hormones hypophysaires
3. l'effet de réflexe de l'acte de tétée
4. la fréquence de mise au sein et de l'activité de tétée
5. dépendance à l'état mental de la mère

5. Les contre-indications absolues à la mise au sein précoce d'un nouveau-né sont:
1. chéiloschisis et du palais dur
2. filet de la langue court
3. hémorragie intracrânienne
4. hyperthermie transitoire
5. maladie hémolytique du nouveau-né par facteur RH

6. La contre-indication absolue de la part de la mère pour la mise au sein précoce est:
1. syphilis
2. mal de gorge, grippe
3. conflit RH
4. pneumonie

7. Le moment optimal de la première mise au sein d'un nouveau-né en bonne santé:
1. 12 heures après la naissance
2. 6 heures après la naissance
3. les 30 premières minutes après la naissance
4. 9 heures après la naissance
5. 24 heures après la naissance

8. Combien de fois par jour faut-il allaiter un enfant en bonne santé des premiers mois de la vie?
1. 4-5
2. 6-7
3. 8-9
4. sur demande
5. 7-8

9. Quel régime alimentaire des nourrissons est appelé allaitement «libre» :
1. toutes les 3 heures avec une pause de nuit
2. toutes les 3 heures

3. lorsque l'enfant détermine les heures et le volume d'alimentation (alimentation sur «demande» de l'enfant.
4. à heures fixes, le volume de nourriture est déterminé par l'enfant

10. Alimentation de nuit du nouveau-né au lait maternel est:

1. contre-indiqu**ée**
2. recommand**ée**
3. contribue à l'établissement d'une lactation prolongée
4. réduit la lactation, car le sommeil de la mère est perturbé

11. Différences de composition du colostrum par rapport au lait maternel mature:

1. moins de protéines
2. plus de protéines
3. plus de glucides
4. moins de graisse
5. valeur énergétique inférieure
6. la concentration de JgA est plus grande
7. le taux d'acides gras essentiels est plus élevé.

12. La valeur énergétique du colostrum dans le premier jour égale:

1. 4000 kcal / l
2. 2500 kcal / l
3. 1500 kcal / l
4. 1000 kcal / l
5. 700 kcal / l

13. Vitamines dans la composition du colostrum par rapport au lait de transition et mature:

1. plus (considérablement) de vitamine A
2. moins de vit.C
3. moins de vit. B12
4. plus de vit. E
5. moins de carotène

14. Nommez la composition correcte du lait féminin mature proteines (P), lipides (L), glucides (G), calories (C) (dans 100 ml):

1. P-1,2 L-3,5 G - 7,5 C-69
2. P - 3,2 L-3,5 G - 4,5 C-65
3. P-1,9 L-1,6 G-6,4 C-65
4. P - 4,1 L-4,4 G - 4,5 C-75
5. P-1,4 L-3,5 G - 8,0 C – 80

15. Pour la digestion du lait maternel, la présence dans le lait des enzymes suivantes est importante:

1. pepsinogène
2. trypsine
3. lipase
4. entérokinase
5. maltase

16. La composition des glucides du lait matermel comprend, à diverses concentrations, les sucres suivants, à l'exception de:

1. B-lactose
2. saccharose
3. fructose
4. galactose
5. A-lactose

17. B-lactose du lait féminin dans l'intestin du bébé:

1. est absent
2. stimule la croissance de la flore pathogène
3. stimule la croissance de la flore bactérienne saprophyte
4. favorise la synthèse des vitamines B

18. Composants minéraux ayant une concentration plus élevée dans le lait féminin que dans le lait de vache ce sont:

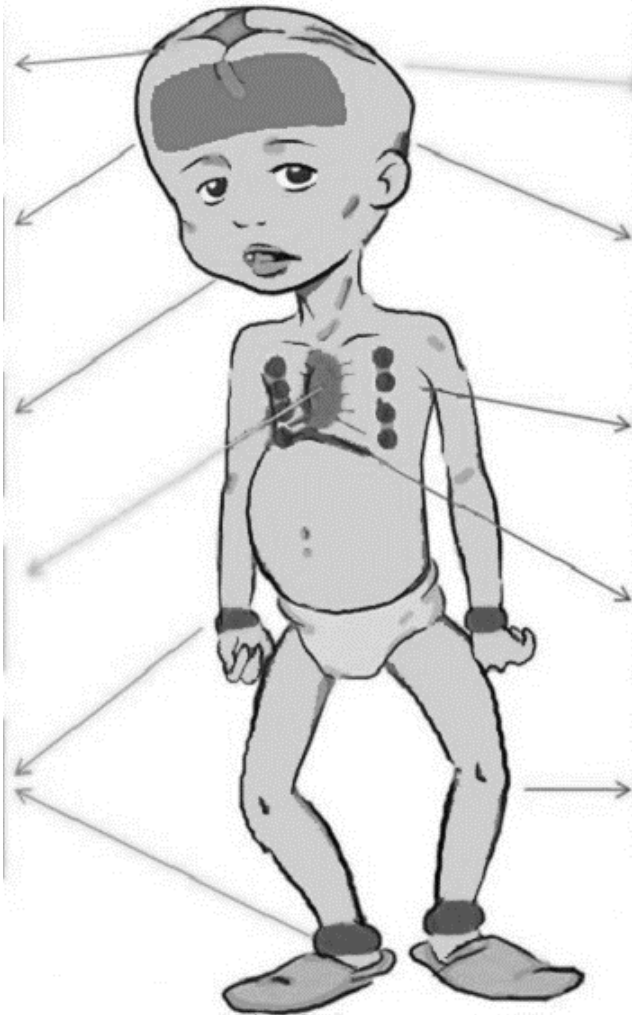
1. sodium
2. potassium
3. fer
4. cuivre
5. zinc

Sujet: *Rachitisme. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement, prévention*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Quelles sont causes endogènes de la formation du rachitisme?
2. Quels facteurs exogènes conduisent au développement du rachitisme?
3. Parlez des principaux liens de la pathogenèse du rachitisme.
4. Classification du rachitisme.
5. Quels critères de diagnostic du rachitisme connaissez-vous?
6. Quelles sont les manifestations cliniques du rachitisme du stade 1?
7. Quelles sont les manifestations cliniques du rachitisme du stade 2?
8. Quelles sont les manifestations cliniques du rachitisme du stade 3?
9. Caractéristiques cliniques de diverses périodes de rachitisme.
10. Quelle est la prévention du rachitisme?
11. Comment le traitement du rachitisme est-il effectué?

Devoir: notez 10 signes cliniques du rachitisme



Devoir: quelles manifestations du rachitisme sont représentées sur les photos

Test 1

1. Pour la période initiale de rachitisme sont typiques:
1. hypertension musculaire
2. craniomalacie circonscrite
3. syndrome convulsif
4. alopécie de la nuque

2. Pour la période d'état du rachitisme, l'image radiologique suivante est typique:
1. endurcissement des zones de croissance
2. ossification de l'os normale
3. extension et flou des zones de croissance, épiphyses osseuses en forme de soucoupe
4. apparition tardive des noyaux d'ossification

3. Pour la période d'état du rachitisme n'est pas typique:
1. hypocalciurie
2. hypercalciurie
3. hypocalcémie
4. hypophosphatémie

4.Le rachitisme est…
1. maladie osseuse chez les enfants de moins de 2 ans;
2. maladie métabolique caractérisée par une diminution du phosphore, du calcium et de la vitamine D dans le sang chez les enfants pendant la période de croissance intense;
3. maladie métabolique polyéthiologique due à l'inadéquation entre les besoins d'un organisme en croissance de sels de phosphore et de calcium et l'insuffisance des systèmes assurant leur pénetration dans le corps de l'enfant, ce qui conduit à une violation de la minéralisation osseuse;

5. Sélectionnez les facteurs (groupes de risk), contribuant à l'apparition du rachitisme:
1. prématurité;
2. alimentation avec du lait maternisé non-adapté;
3. manque de l'apport de vitamine D et de sels de phosphore-calcium avec de la nourriture;
4. insolation insuffisante;

5) violation du transport du calcium et du phosphore dans le tractus gastro-intestinal, les reins, les os en raison de l'immaturité des systèmes enzymatiques et de la pathologie de ces organes;
6) tout ce qui précède.

6. La vitamine qui se forme dans la peau sous l'influence des rayons UV est appelée:

1. ergocalciférol;
2. cholécalciférol;
3. riboflavine.

7. La vitamine D devient biologiquement active après avoir subi deux étapes de transformations enzymatiques par hydroxylation:

1. dans les poumons et le foie;
2. dans le cerveau et les reins;
3. dans le foie et les reins;
4. dans les os et le foie.

8. Récepteurs à la vitamine D sont détectés :

1. dans la peau, les os et le cerveau;
2. dans la peau, les muscles et le cœur;
3. dans toutes les cellules du corps humain;
4. seulement dans l'émail des dents.

9. Les processus d'ostéomalacie sont particulièrement prononcés dans

1. le cours subaiguë du rachitisme;
2. le cours aigu du rachitisme.

10. L'hyperplasie du tissu ostéoïde se caractérise par la formation de:

1. bosses frontale et pariétale;
2. aplatissement de la nuque;
3. «craniomalacie circonscrite»;
4. bosses frontale et pariétale, l'apparition de «bracelets» rachitiques dans la région des poignets, le «chapelet» rachitique sur les côtes, «les brins de perles » dans la région des articulations interphalangiennes des doigts;
5. sillon de Harrison.

11. Dans le rachitisme, il y a une déformation de la poitrine sous la forme (tout sauf)

1. thorax de canard;
2. thorax de cordonnier;
3. poitrine en carène;
4. cyphose rachitique.

12. Prévention spécifique postnatale du rachitisme à un enfant né à terme doit être prescrit:

1. depuis la naissance;
2. à partir de 2 semaines;
3. à partir du 21ème jour de la vie (à partir de 3 semaines);
4. depuis 2 mois.

13. Sur la radiographie des os tubulaires pendant la période d'état de rachitisme, les plus grands changements sont observés:

1. dans la région de la diaphyse des os tubulaires;

2. dans les zones métaphysaires;
3. dans les épiphyses osseuses.

Problèmes de situation

SITUATION 1. Garçon de 3 mois. Né à terme, à partir de 2 mois reçoit l'alimentation artificielle avec du lait maternisé inadapté. Il a subi l'infection intestinale, ARVI. Depuis 2 dernières semaines il dort mal. Pendant le sommeil, il transpire, frissonne, tourne la tête. Grande Fontanelle - 3*3cm, bords doux, alopécie de la nuque. Il tient mal la tête.
CONSIGNE:
1. Faites un diagnostic détaillé.
2.Indiquez les facteurs prédisposant à la maladie.
3. Indiquez les principales mesures thérapeutiques.

SITUATION 2. L'enfant de 8 mois. Sa position assise est instable, il n'y a pas de dents. Il dort mal, transpire abondamment, la poitrine est comprimée sur les côtés. Craniomalacie circonscrite. Les conditions de vie sont défavorables. Phosphore dans le sérum sanguin 0,5 mmol/l, calcium - 2mmol/l.:
CONSIGNE ;
1. Faites un diagnostic détaillé.
2. Nommez la dose quotidienne de vitamine D.
3. L'enfant a-t-il besoin de la prescription de irradiation UV?

SITUATION 3. L'enfant de 3,5 ans. La tête est de forme carrée. Les membres inférieurs sont courbés en forme de X. La cage thoracique a la forme d'une
«thorax de cordonnier». Le développement physique et neuropsychique correspond à l'âge. Calcium dans le sérum 2,5 mmol/l, phosphore - 1,44 mmol/l.
CONSIGNE:
1. Faites un diagnostic détaillé
2. L'enfant a-t-il besoin de la prescription de vitamine D?

SITIATION 4. L'enfant de 5,5 mois. Né à terme. À partir de 3 mois, il est nourri avec du kéfir, des aliments complémentaires (légumes, purée, porridge), des facteurs nutritionnels supplémentaires sont reçus de manière irrégulière, il a subi IRA deux fois. Il dort mal, transpire abondamment, craniomalacie circonscrite,
«chapelet» sur les côtes. Les conditions de vie sont défavorables.
CONSIGNE:
1. Faites un diagnostic détaillé
2. Indiquez les facteurs prédisposant à la maladie

SITUATION 5. Enfant de 3 mois. Né à terme, allaité. Depuis l'âge d'un mois, la vitamine D a été prescrite. Mère a écouté inattentivement le médecin et, pendant 2 mois, elle a donné à l'enfant un flacon de 10 ml de vitamine D, dans 1 ml-200 000 UI de vitamine D. L'enfant est accueilli à l'hôpital dans un état grave, il refuse de manger, des vomissements sont périodiquement observés. Signes de déshydratation. Pâle, apathique. Hypotension musculaire, réflexes réduits. Réaction de Sulkovic +++

CONSIGNE:

1. Faites le diagnostique
2. Indiquez la cause de la maladie

Test 2

1. La valeur principale dans l'étiologie du rachitisme chez les jeunes enfants a:

1. carence en vitamine D
2. carence en vitamine B
3. carence en protéines
4. carence en oligo-éléments

2. Le risque de rachitisme est plus élevé chez les enfants:

1. allaités
2. qui reçoivent les produits laitiers adaptés
3. qui reçoivent les produits laitiers non adaptées
4. pas d'importance

3. Le risque de rachitisme est moindre chez l'enfant:

1. né à terme
2. de la gémellité
3. prématuré
4. né avec un poids important

4. Sous l'influence des rayons ultraviolets:

1. la vitamine D est mieux absorbée des aliments
2. la vitamine D se forme dans la peau
3. le calcium est absorbé dans l'intestin
4. le phosphore est absorbé dans l'intestin

5. En cas de carence en vitamine D dans le corps de l'enfant, tout d'abord, il est perturbé:

1. métabolisme des glucides
2. métabolisme des protéines
3. métabolisme des minéraux
4. métabolisme des graisses

6. Les aliments suivants sont les plus riches en vitamine D:

1. légumes, fruits
2. gruaux
3. foie, jaune d'oeuf
4. lait, fromage blanc

7. La prévention non spécifique du rachitisme comprend:
1. prescription de solution huileuse de vitamine D
2. prescription de solution alcoolique de vitamine D
3. prescription d'irradiation UV
4. une alimentation rationnelle, le bon régime de la journée

8. Dose prophylactique quotidienne de vitamine D pour les enfants nés à terme:
1. 250 UI
2. 300 UI
3. 400-500 UI
4. 600-800 UI

9. Signes de rachitisme tardif:
1. déformation de la mâchoire inférieure
2. inclinaison des molaires inférieures vers la langue
3. alopécie de la nuque et des tempes

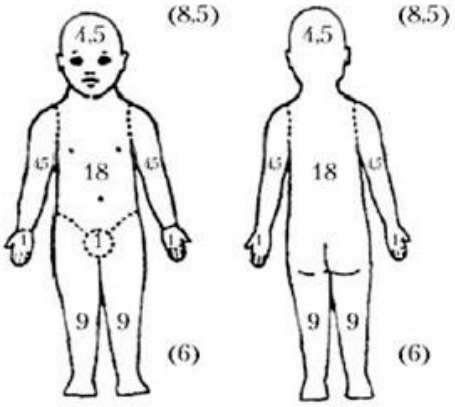
10. L'ostéomalacie est:
1. ostéoporose
2. allongement des os du crâne
3. épaississement dans la région des poignets
4. ramollissement des os tubulaires

Sujet: *Anomalies de morphotype. Maladies allergiques chez les enfants. Urticaire, œdème de Quincke, dermatite allergique*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Anomalies de morphotype. Diathèse neuro-arthritique. Clinique, diagnostic, traitement.
2. Diathèse allergique (atopique) chez les jeunes enfants. Étiologie, pathogenèse. Clinique, diagnostic, traitement.
3. Maladies allergiques chez les enfants. Urticaire, œdème de Quincke, dermatite allergique
4. Donner la définition du morphotype d'enfant.
5. Quelles anomalies de morphotype connaissez-vous?
6. Qu'est-ce qui caractérise la diathèse exsudative-catarrhale?
7. Urticaire. Étiologie, clinique. Traitement
8. Œdème de Quincke. Étiologie, clinique. Traitement
9. Dermatite atopique. Diagnostic. Échelle SKORAD. Clinique. Traitement

Devoir. Étudiez et remplissez l'échelle SCORAD



A: Распространенность	Площадь поражения (%)	

B: Интенсивность	Общий балл

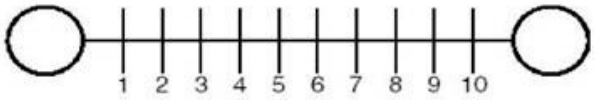
Критерий	Выраженность (балл)			
	0	1	2	3
Эритема				
Отек/папула				
Корки/мокнутие				
Экскориации				
Лихенификация				
Сухость кожи*				

0 – отсутствует
1 – слабо
2 – умеренно
3 – сильно
*Сухость кожи оценивается вне очагов островоспалительных изменений и участков лихенификации

C: Субъективные симптомы
зуд + нарушение сна

Способ расчета
A/5 + 7B/2 + C

Зуд (от 0 до 10)		0	
Нарушение сна			



Визуальная аналоговая шкала (средний показатель за последние 3 дня и/или ночи)

Test 1

1. La scoliose chez les filles survient ... plus souvent que chez les garçons:
1. 4 fois
2. 5 fois
3. 6 fois
4. 7 fois

2. Selon la classification de V.D. Chaklin le I-er degré de scoliose (angle de courbure latérale de la colonne vertébrale) sur la radiographie en projection directe est:
1. 5°
2. 10°
3. 15°
4. 20°

3. Selon la classification de V.D. Chaklin le II-me degré de scoliose (angle de courbure latérale de la colonne vertébrale) sur la radiographie en projection directe est:
1. 15°
2. 20°
3. 25°
4. 30°

4. Selon la classification de V.D. Chaklin le III degré de scoliose (angle de courbure latérale de la colonne vertébrale) sur la radiographie en projection directe est:
1. 35°
2. 40°
3. 45°
4. 50°

5. Selon la classification de V.D. Chaklin le IV-me degré de scoliose (angle de courbure latérale de la colonne vertébrale) sur la radiographie en projection directe est:
1. 41° et plus
2. 45° et plus
3. 51° et plus
4. 55° et plus

6. Que signifie le terme «atopie»?
1. allergie au pollen des arbres;
2. prédisposition héréditaire à l'hyperproduction d'IgE;
3. hyperéosinophilie;
4. absence de foyer d'allergie prouvé.

7. Comment l'asthme bronchique peut-il être caractérisé?
1. maladie allergique chronique;
2. maladie obstructive aiguë;
3. maladie infectieuse du système respiratoire;
4. maladie virale des bronches.

8. Que comprend le traitement des enfants atteint d'asthme bronchique?

1. utilisation de médicaments bronchodilatateurs;
2. prescription de glucocorticoïdes systémiques;
3. traitement de base et d'urgence;
4. prescription d'antibiotiques.

9. Qu'est-ce qui est utilisé pour la thérapie de base dans l'asthme bronchique?

1. glucocorticoïdes inhalés topiques;
2. médicaments antibactériens;
3. β2-agonistes d'action courte;
4. cromones.

10. Comment peut-on caractériser la dermatite atopique chez les enfants?

1. début de la «marche atopique»;
2. maladie de peau rare;
3. maladie d'origine infectieuse;
4. conséquence des défauts de soins de l'enfant.

11. De quoi dépendent les formes cliniques de la dermatite atopique?

1. des facteurs étiologiques de la maladie;
2. des caractéristiques anatomiques et physiologiques de la peau chez les enfants;
3. de la méthode de traitement;
4. des antécédents allergiques.

Problèmes de situation

Situation № 1 / Une mère avec un enfant de quatre mois a demandé un rendez-vous chez le médecin, l'enfant avait des éruptions cutanées sur la peau des joues, accompagnées de démangeaisons.

ANAMNÈSE: l'enfant est malade depuis deux semaines. Le début de la maladie est associé à la réception d'alimentation complémentaires, après laquelle des éruptions cutanées sur les joues sont apparues le lendemain. L'enfant est né à terme, de la première grossesse. Il est allaité. La mère a eu une toxicose dans la première moitié de la grossesse; elle a mangé des agrumes, du chocolat en grandes quantités. Elle souffre d'asthme bronchique, d'allergies médicamenteuses.

ÉTAT TOPIQUE: la peau des joues est érythémateuse, légèrement enflée. Les limites de l'érythème ne sont pas claires, il y a plusieurs petites papules, vésicules, érosions, à partir desquelles de petites gouttes d'exsudat séreux apparaissent à la surface; sur la joue droite - croûtes et écailles.

Questions:

1. Diagnostic présupposé;
2. Sa justification;
3. Avec quelle maladie faut-il différencier?
4. Méthodes d'examn supplémentaires;
5. Traitement.

Situation №2 / Задача №2

Un adolescent de 16 ans a demandé un rendez-vous chez le médecin, avec des plaintes de démangeaisons sévères sur tout le corps, mais surtout dans la région des creux ulnaires et poplités, de l'insomnie et de l'irritabilité. Les démangeaisons prédominent la nuit.

ANAMNÈSE: la maladie est associée à l'eczéma passé dans l'enfance. Les aggravations surviennent pendant la période automne-hiver. En été, surtout après un séjour à la mer, il se sent bien. Dans l'aggravation - dans les sites de la lésion, il y avait des bulles et de l'humidité. Il a été traité à plusieurs reprises en ambulatoire avec un effet bon mais temporaire. Il souffre d'asthme bronchique, d'amygdalite chronique, d'intolérance à la pénicilline. La mère souffre d'eczéma depuis l'enfance.

ÉTAT TOPIQUE: l'éruption est disséminée, les lésions sont situées principalement dans les creux poplités et les coudes, ainsi que sur le visage, le cou. L'éruption est représentée par de petites papules arrondies de couleur rose, parfois les éléments fusionnent, formant des zones d'infiltration continue et de lichénification. La peau est sèche, il y a de multiples excoriations et des pellicules finement furfuracées. Les ongles des mains sont "limées". Le dermographisme est large, persistant, blanc.

Questions:

1. Diagnostic présupposé;
2. Sa justification;
3. Avec quelle maladie faut-il différencier?
4. Méthodes d'enquête supplémentaires;
5. Traitement, immunocorrection.

Situation №3 / Задача №3

Une mère avec un enfant de 7 mois a demandé un rendez-vous chez le médecin. Plaintes: la présence d'éruptions cutanées accompagnées de démangeaisons intenses. L'enfant est capricieux, pleurant, ne dort pas bien, irritable.

ANTECEDENTS: il est né à terme, de la première grossesse, poids 4,200. Même à l'hôpital, la mère a observé une légère rugosité et une couleur rose de la peau des joues. Après l'introduction d'alimentation complémentaire avec du lait maternisé et du lait de vache de la cuisine pour les nourissons, des éruptions cutanées sont apparues sur la peau du visage, le cuir chevelu, les extrémités, les fesses. L'enfant est devenu capricieux, inquiet. L'examen a révélé une dyskinésie des voies biliaires.

ÉTAT TOPIQUE: la peau de l’enfant a une teinte grisâtre, sèche au toucher. Dermographisme blanc. Il y a une diminution de l'activité du réflexe abdominal. Le processus est disséminé. Il est situé symétriquement sur la peau du cuir chevelu, du visage, de la surface extensive des membres supérieurs et inférieurs, des fesses. Il est représenté par de multiples éruptions érythémateuses-squameuses disséminées, papulo-vésiculeuses et urticaires - roséoleuses. Sur la surface de

nombreuses vésicules papuleuses il y a des érosions ponctuelles croûtes séreuses. Excoriations multiples, croûtes gemmorragiques.

Questions:

1. Le diagnostic préliminaire.
2. Effectuer un diagnostic différentiel de cette dermatose.
3. Établissez le plan de mesures thérapeutiques et préventives.
4. Recommandations au patient après la récupération clinique.

Test 2

1. Symptômes cliniques de l'urticaire:
1. essoufflement inspiratoire, enrouement de la voix
2. miction et défécation involontaire
3. chute de la pression arterielle, pouls filiforme
4. éruption cutanée, démangeaisons cutanées

2. Localisation de l'éruption cutanée dans l'urticaire:
1. visage
2. extrémité
3. corps
4. toutes les parties du corps

3. Symptômes cliniques de l'œdème de Quincke:
1. gonflement du visage, difficulté à respirer
2. augmentation de la pression arterielle, vomissements
3. démangeaisons de la peau, chute de la pression aterielle
4. perte de conscience, augmentation de la pression arterielle

4. Lors du traitement de l'œdème laryngé on utilise:
1. prednisolone, lasix
2. pénicilline, butadione
3. validol, nitroglycérine
4. clofelin, pentamine

5. L'atopie comprend: 1. asthme allergique; 2. dermatite atopique; 3. rhinite allergique et conjonctivite; 4. urticaire allergique:
1. 1,2,3
2. 1,3
3. 2,4
4. 4
5. 1,2,3,4

6. La manifestation la plus fréquente de la maladie sérique est: 1. urticaire aiguë; 2. réaction de température; 3. lymphadénopathie; 4. gastrite:
1. 1,2,3

2. 1,3
3. 2,4
4. 4
5. 1,2,3,4

7. Élément morphologique typique pour l'urticaire:

1. vessie
2. tubércule
3. cloque
4. pustule

8. Les réactions allergiques sont souvent provoquées par:

1. lincomycine
2. pénicilline
3. ristomycine
4. érythromycine

9. Animal de compagnie qui provoque plus souvent des allergies:

1. chat
2. cobaye
3. chien
4. tortue

10. Cette maladie ne se manifeste pratiquement que chez les enfants en cas de pression prolongée ou de frottement sur la peau d'objets tels que des sangles, un élastique du pantalon, une position assise prolongée, des bretelles, etc.

1. rubéole
2. urticaire
3. rhumatisme
4. coqueluche

11. Pour évaluer la gravité de la dermatite atopique on utilise:

1. sévérité des démangeaisons
2. dissémination du processus pathologique
3. nature du dermographisme
4. fréquence des exacerbations

12. Enfant avec le diagnostique : dermatite atopique, forme infantile, localisée, forme sévère, aggravation. Quel groupe de médicaments ne devrait pas être prescrit

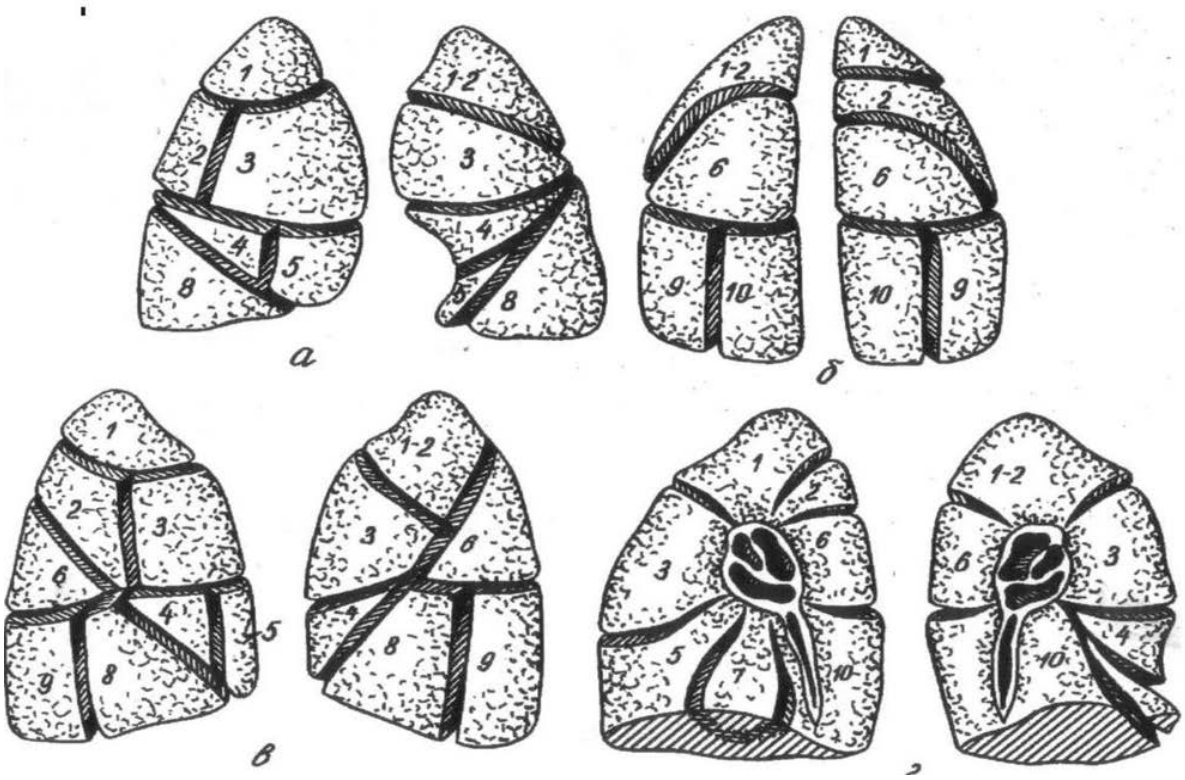
1. antihistaminique
2. stabilisateurs membranaires
3. corticostéroïdes externes
4. antibiotiques

Sujet: *Maladies respiratoires chez les enfants. Maladies aiguës des voies respiratoires supérieures et inférieures*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Quelles sont les caractéristiques anatomiques et physiologiques des voies respiratoires supérieures et inférieures chez les enfants?
2. Étiologie des maladies respiratoires aiguës chez les enfants.
3. Quelles maladies inflammatoires des voies respiratoires supérieures connaissez-vous?
4. Tableau clinique de l'angine, principes de traitement.
5. Croup dans l'enfance, thérapie d'urgence.
6. Quelle est l'étiologie de la bronchite chez les enfants.
7. Décrivez les symptômes et les critères de diagnostic de la bronchite aiguë.
8. Quelles approches pour traiter la bronchite chez les enfants connaissez-vous?
9. Clinique et diagnostic de la pneumonie dans l'enfance.
10. Comment le traitement de la pneumonie chez les enfants est-il effectué?
11. Donner une définition du cœur pulmonaire chronique.

Devoir. Notez les noms des segments des pumons



Devoir

Dans le cahier faites un tableau du diagnostic différentiel de la bronchite aiguë, de la pneumonie, de l'asthme bronchique

Symptomes	Bronchite	Pneumonie	Asthme bronchique
Étiologie			
Anamnèse allergique			
Température			
Intoxication			
Toux			
Respiration			
Essoufflement			
Râles			
Résonance			
Troubles cardiovasculaires			
Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)			
Radiographie			
Données de laboratoire			

Test 1

1. Les caractéristiques anatomo-physiologiques des organes respiratoires chez les enfants NE COMPRENNENT PAS:

1. voies nasales étroites et courtes
2. structure «expiratoire » du thorax
3. développement inachevé des sinus paranasaux
4. bronches et bronchioles larges relativement aux adultes,
5. musculature respiratoire est moins exprimée que chez les adultes,

2. La toux "aboyante" est typique pour des patients attents de:

1. bronchite aiguë simple
2. bronchite obstructive aiguë
3. rhinopharyngite
4. pneumonie
5. laryngotrachéite

3. La respiration dans obstruction bronchique:

1. trouble de respiration expiratoire
2. trouble de respiration inspiratoire
3. trouble à respirer et à expirer
4. respiration normale

5. tachypnée

4. Complications possibles de l'amygdalite streptococcique aiguë /mal de gorge/:

1. méningite, encéphalite
2. rhumatisme, glomérulonérite, abcès paratonzillaire
3. pneumonie, bronchite
4. pyélonéphrite
5. pyodermites

5. Les principaux symptômes de la bronchite simple aiguë sont:

1. toux sèche, passant à humide sur fond d'intoxication infectieuse modérée
2. toux «aboyante»
3. toux paroxystique avec récurrence
4. intoxication sévère avec augmentation de la température corporelle sans toux
5. toux spastique et râles sibilants

6. Les principaux symptômes de la pneumonie lors des premiers jours de la maladie sont:

1. essoufflement expiratoire
2. rhinite
3.son de percussion en boîte
4. bruit tympanique
5. signes d'intoxication infectieuse, affaiblissement local de la respiration

Situation

Un garçon de 2 ans, a été accueilli dans un hôpital avec des plaintes (selon la mère) de la détérioration, la léthargie, le refus de manger, l'augmentation de la température corporelle à 38,8 C, la toux humide.

De l'histoire, on sait que l'enfant est tombé malade il y a 7 jours, quand il y avait une congestion et une décharge muqueuse du nez, une toux rare. Le pédiatre de District a diagnostiqué un IRVA. Un traitement symptomatique, un traitement désensibilisant, a été prescrit. Après le traitement, l'état de l'enfant s'est amélioré. Cependant, le 6ème jour après le début de la maladie, le garçon a augmenté sa température corporelle à 38,8 C, il y avait une léthargie, un refus de manger, un sommeil agité, une toux accrue. La mère a appelé le médecin de District.

Lors de l'examen à la maison, la pâleur, la cyanose périorale, qui survient en pleurant, le gonflement des ailes du nez, l'essoufflement jusqu'à 50 respirations avec la participation de la musculature auxiliaire par minute ont été observés. A la percussion: au-dessus des poumons, le bruit tympanique a été déterminée, dans la région inter-scapulaire à droite - le site de la matité, il y avait aussi des râles sibilante et une crepitation à la hauteur de l'inspiration. Au-dessus des autres parties des poumons, une respiration rude a été entendue. Fréquence cardiaque — 140 BPM. Enfant a été hospitalisé.

Test sanguin général: HGB - 122 g/l, RBC -4,2, NTC-49%, MCV - 79 fl, PLT - 265 n / I-4%, s / I-52%, e-1%, l – 36%, m-7%, ESR-17 mm / H. WBC – 17. Analyse d'urine générale: COULEUR jaune, CLA clair, RN-6,0, UV = 1010, PRO-NEG, BNL-NEG, yro – NORM, KET – NEG, GLU – NEG, WBC – 2-1-3 en n/SP, RBC-NEG. Analyse biochimique du sang: protéine totale 69 g/l, urée – 5,1 mmol/l, potassium – 4,8 mmol/l, sodium – 135 mmol/l, ALAT – 23 U/l

(norme – jusqu'à 40), ASAT – 19 U/l (norme – jusqu'à 40), SRB – +++ Acide-état de base du sang: ro2 – 68 mm HG.art. (norme 80-100), rso2 - 65mm HG. art. (norme 36-40), pH – 7,31, VE = -2,3 mmol/l (norme = ±2,3), AB – 17 mmol/l (norme 16-23), BB – 39 mmol/l (norme 37-47), SB – 19 mmol/l (norme 17-23).

Radiographie thoracique: des opacités infiltrantes focales dans le poumon droit sont détectées. Renforcement du modèle vasculaire des poumons.

Questions:

1. Formulez un diagnostic préliminaire.
2. Quelles examens doivent être menées pour confirmer l'étiologie de la maladie?
3. Énumérez les facteurs prédisposant au développement de cette maladie chez les jeunes enfants.
4. Quels sont les facteurs étiologiques les plus probables dans le développement de la maladie chez un enfant donné?
5. Les changements dans l'hémogramme sont-ils un signe obligatoire de cette maladie?
6. Quels spécialistes doivent consulter cet enfant?
7. Effectuez le diagnostic différentiel avec d'autres maladies.
8. Qu'est-ce qui détermine le choix rationnel d'un antibiotique lorsqu'il est prescrit au patient?
9. Dans quels cas le changement de traitement antibactérien est-il indiqué?
10. Quels indicateurs sont critère d'annuler la thérapie antibactérienne?

Test 2

1. La toux spastique tenace avec du son sibilant est typique pour des patients attents de:

1. coqueluche
2. bronchite simple aiguë
3. asthme bronchique
4. maladie bronchiectasiante
5. trachéite aiguë

2. La toux coqueluchoïde sans reprise est typique pour des patients attents de:

1. mucoviscidose
2. rhinite aiguë
3. pneumonie aiguë
4. bronchite simple aiguë
5. adénoïdite

3. La toux paroxystique avec des reprises est typique pour:

1. période convulsive de coqueluche
2. bronchite simple aiguë
3. crise d'asthme bronchique
4. maladie bronchiectasiante
5. trachéite aiguë

4. Toux et la sensation de trouble respiratoire à l’effort survient chez les enfants attents de:

1. pneumonie aiguë
2. rhinopharyngite

3. coqueluche
4. asthme bronchique
5. bronchite simple aiguë

5. Le ton tympanique de la percussion est observé chez les patients attents de:

1. maladie bronchiectasiante
2. bronchite simple aiguë
3. bronchite obstructive aiguë
4. laryngotrachéite aiguë
5. pneumonie aiguë

6. L'affaiblissement local de la respiration est typique pour:

1. période initiale de pneumonie aiguë
2. crise d'asthme bronchique
3. laryngotrachéite aiguë
4. bronchite simple aiguë
5. bronchite obstructive aiguë

7. L'affaiblissement diffus de la respiration est typique pour:

1. pneumonie aiguë
2. bronchite simple aiguë
3. rhinopharyngite aiguë
4. crise d'asthme bronchique
5. coqueluche

8. Les râles humides sibilants sur toute la surface des poumons est entendue en cas de:

1. pneumonie aiguë
2. bronchite simple aiguë
3. maladie bronchiectasiante
4. bronchiolite aiguë
5. bronchiolite chronique avec oblitération

9. Pendant l'allaitement, l'enfant, après avoir fait 2-3 mouvements de tétée, s'arrête, lève la tête et commence à pleurer. Cette condition est typique pour:

1. pneumonie
2. otite moyenne catarrhale ou purulente
3. bronchite
4. rhinite
5. pharyngite

10. L'apparition de l'otite chez les jeunes enfants est dûe à la caractéristique anatomique et physiologique de la trompe d'Eustache:

1. longue, étroite
2. longue, large
3. courte, étroite
4. courte, large
5. contournée, étroite

11. Toux typique dans laryngotrachéite est:
1. paroxystique sans reprise
2. productive, humide
3. sèche, tenace
4. rude, "aboyant”
5. paroxystique avec reprises
12. Toux typique en cas de présence d'un corps étranger dans une bronche principale est:
1. paroxystique
2. bitonale
3. sèche, tenace;
4. rude, "aboyante”
5. paroxystique avec reprises
13. Caractéristique de la respiration dans obstruction des voies respiratoires supérieures :
1. trouble de respiration expiratoire
2. trouble de respiration inspiratoire
3. trouble à respirer et à expirer
4. tachypnée
5. respiration normale
14 Caractéristique de la respiration dans obstruction bronchique:
1. trouble de respiration expiratoire
2. trouble de respiration inspiratoire
3. trouble à respirer et à expirer
4. respiration normale
5. tachypnée
15. Pour l'amygdalite streptococcique aiguë / angine / est typique:
1. début aiguë de la maladie, mal de gorge, symptômes d'intoxication prononcés
2. début progressif, symptômes d'intoxication mineurs
3. cours flasque, syndrome catarrhal mineur
4. cours asymptomatique
5. toux rude, douleur derrière le sternum
16. La laryngotrachéite sténosante de l'étiologie virale se caractérise par:
1. changements oedémateux-infiltrants de la muqueuse
2. spasme des muscles lisses des bronches
3. plaques denses de couleur grise, soudés avec la membrane muqueuse
4. modifications fibrineuses et fibrineuses-purulentes de la muqueuse
5. modifications ulcéreuses-nécrotiques de la muqueuse
17. La thérapie de distraction dans la laryngotrachéite sténosante comprend toutes les activités sauf:
1. bains chauds de pieds et de mains - température de l'eau de 37C avec une augmentation progressive de 40 C
2. bains de la même température
3. air chaud sec à l'intérieur

4. boisson chaude à doses fractionnées
5. compresses chaudes sur les muscles jumeau de la jambe

18. Les principaux symptômes de la bronchite simple aiguë sont:

1. toux sèche, passant à humide secondaire à l'intoxication infectieuse modérée
2. toux «aboyante»
3. toux paroxystique avec reprise
4. intoxication sévère avec augmentation de la température corporelle sans toux
5. toux spastique et râles sibilants

19. Lors de l'auscultation des enfants atteints de bronchite aiguë simple on entend:

1. respiration rude et râles sibilants secs et / ou râles sous-crépitants
2. râles sous-crépitants diffus
3. râles sous-crépitants locaux
4. affaiblissement local de la respiration
5. affaiblissement diffus de la respiration

20. La pneumonie est considérée comme aiguë si elle résolue dans les délais jusqu'à:

1. 2 semaines
2. 6 à 8 semaines
3. 3 mois
4. 4 mois
5. 6 mois.

21. Les principaux symptômes de la pneumonie lors des premiers jours de la maladie sont:

1. essoufflement expiratoire
2. rhinite
3. bruit tympanique de percussion
4. râles secs
5. signes d'intoxication infectieuse, affaiblissement local de la respiration

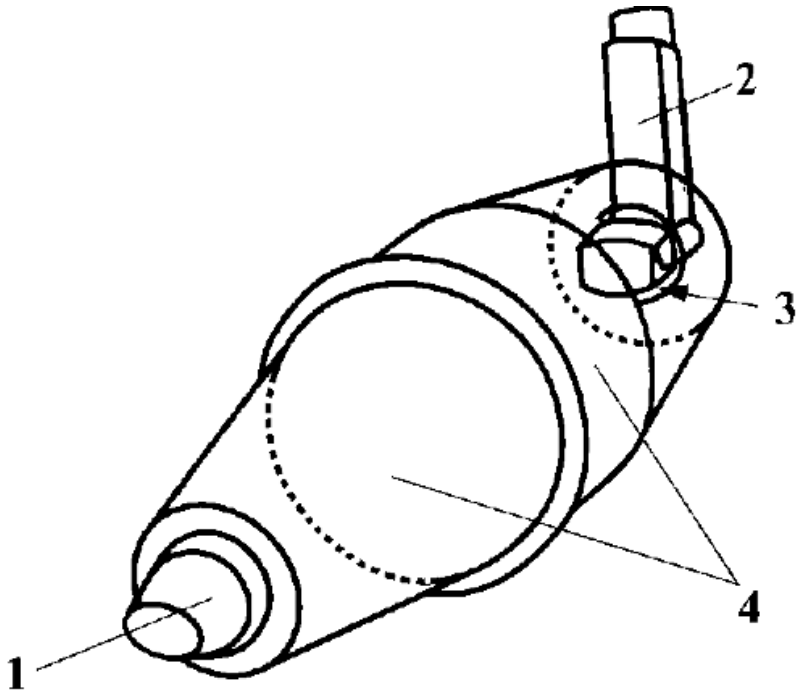
Sujet: *Maladies respiratoires chez les enfants. Syndrome obstructif. Asthme bronchique. L'insuffisance respiratoire chez les enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Maladies respiratoires chez les enfants.
2. Syndrome obstructif.
3. Asthme bronchique.
4. Insuffisance respiratoire chez les enfants
5. Bronchite obstructive aiguë. Étiologie. Pathogenèse. Clinique. Diagnostic. Traitement.
6. Asthme bronchique. Facteurs prédisposants et contribuant à la survenue de l'asthme bronchique.
7. Pathogenèse et tableau clinique de l'asthme bronchique.
8. Classification de l'asthme bronchique par gravité
9. Traitement et prévention de l'asthme bronchique.
10. Caractéristiques cliniques et caractéristiques de développement de l'asthme bronchique chez les jeunes enfants.

Devoir. Notez les déclencheurs de l'asthme bronchique

Devoir. Notez les noms des parties de l'aérosol-doseur (spacer)



Test 1

1. Lla respiration dans obstruction bronchique se caractérise par:
1. trouble de respiration expiratoire
2. trouble de respiration inspiratoire
3. trouble à respirer et à expirer
4. respiration normale
5. tachypnée

2. Quels indicateurs de la fonction de respiration externe sont utilisés dans le diagnostic de l'asthme bronchique
1. capacité pulmonaire vitale
2. volume d'expiration forcée en 1 seconde
3. débit expiratoire de pointe
4. volume pulmonaire résiduelle

3. Quel groupe de médicaments devrait être utilisé en premier lieu dans une crise d'asthme bronchique de gravité modérée
1. glucocorticostéroïdes inhalés
2. glucocorticostéroïdes systémiques
3. anticorps monoclonaux contre Ig E
4. agonistes bêta à courte durée d’action

4. La bronchite obstructive aiguë se caractérise par:
1. essoufflement inspiratoire
2. essoufflement expiratoire

3. râles sous-crépitants humides
4. matité du bruit de percussion
5. augmentation de la taille de l'ombre cardiaque sur la radiographie

5. Les facteurs étiologiques de la bronchite obstructive aiguë sont le plus souvent:

1. pathogènes bactériens pneumotropes
2. flore Gram-négative
3. air froid
4. allergènes
5. virus respiratoires

6. Pour la bronchite obstructive aiguë est typique:

1. essoufflement inspiratoire
2. essoufflement expiratoire
3. râles sous-crépitants humides
4. matité du bruit de percussion
5. ombres focales sur la radiographie

7. Les médicaments de choix pour la bronchite obstructive aiguë sont:

1. antibiotiques
2. mucoprotecteurs
3. beta2- sympathomimétiques
4. sédatifs
5. hypoallergiques de première génération

8. Aux causex de l'obstruction bronchique récurrente dans la petite enfance ne correspond pas:

1. dysplasie bronchopulmonaire
2. mucoviscidose
3. asthme bronchique
4. infections respiratoires aiguës chez les enfants présentant une hyperréactivité bronchique
5. pneumonie aiguë passée d'étiologie bactérienne

9. L'utilisation prolongée des glucocorticostéroïdes inhallatoires peut provoquer

1. remplacement des dents tardif
2. changement de couleur de l'émail des dents
3. candidose orale
4. lésion de l'émail dentaire avec formation d'érosions
5. perte de dents

Situation 1

Une fille de 6 ans. Le médecin de District a rendu visite à l'enfant à la maison suite à l’appel reçu du médecin des urgences. Plaintes de toux paroxystique, respiration sifflante.

Fille est née de la première grossesse normale, accouchement urgent. Poids à la naissance 3400 g, taille 52 cm. Période de nouveau-né - sans caractéristiques. Reçoit l'alimentation artificielle à partir de 2 mois. Jusqu'à 1 année de vie a souffert d'eczéma infantile. Ne tolère pas le chocolat, les fraises, les œufs (des éruptions cutanées apparaissent sur la peau).

Antécédents familiaux: la mère de l'enfant a une urticaire récurrente, le père a un ulcère gastrique.

À l'âge de 3 et 4 ans, en mai, en dehors de la ville, la fille a eu des crises d'étouffement, qui ont disparu lors du déménagement en ville. La véritable crise est survenue après avoir mangé du chocolat. Le médecin de l'urgence a pris des mesures d'urgence. La crise a été arrêtée. Les données ont été passées au médecin de District.

À l'examen: état de gravité modérée. La peau est pâle, cernes des yeux. Sur les joues, derrière les oreilles, dans les plis naturels des mains et des pieds il y a de la sécheresse, desquamation, peignage. La glossite exfoliative, les bridoux dans les coins de la bouche. Souffle sifflant, entendu au loin. L'expiration est allongée. Frequence de respiratoin -28 en 1 minute. Au-dessus des poumons on entend le bruit sous-crépitants de percussion, par auscultion: ensemble de râles secs sur toute la surface des poumons. Bords du cœur: droite - à 1 cm à l'intérieur du bord droit du sternum, gauche — à 1 cm à l'intérieur de la ligne médiane-claviculaire gauche. Les bruits sont assourdis. La fréquence cardiaque est de 72 battements par minute. l'Abdomen est doux, indolore. Foie +2 cm sous le bord costal. La rate n'est pas palpable. Selles quotidiennes, en norme.

Données des examenssupplémentaires à la tâche test sanguin Général: NH - 118 g / l, er -4, Zh1012 / l, leucocyte — 5, 8h109 / l, p/I-1%, s — 48%, e — 14%, l — 29%, m — 8%, ESR — 3 mm/H.

Analyse générale de l'urine: quantité — 100,0 ml, densité relative-1,016, mucus-pas, leucocytes - 3-4 en n / s, érythrocytes-pas.

Radiographie pulmonaire: champs pulmonaires de transparence accrue, renforcement du motif bronchopulmonaire dans les zones basales, il n'y a pas d'ombres focales.

Questions

1. Le diagnostic? Justification du diagnostic.
2. Étiologie de cette forme de la maladie?
3. Spécifier les 3 liens de la pathogenèse du syndrome obstructif chez l'enfant.
4. Les mesures urgentes nécessaires dans ce cas?
5. Prescrire le traitement nécessaire dans la période interstitielle.
6. Dans quel cas l'hospitalisation de l'enfant est-elle nécessaire?
7. Quelles examens supplémentaires menées dans la période extra-utérine confirmeront cette forme de la maladie?
8. Quels spécialistes doivent consulter l'enfant?
9. Quels sports l’enfant doit-il pratiquer?
10. Quel est le lien entre les maladies des parents et de l'enfant?

Situation 2

Le garçon de 5 ans, a été accueilli à l'hôpital avec des plaintes de toux paroxystique, respiration sifflante, essoufflement.

Enfant est né de la première grossesse normale, accouchement urgent. Poids à la naissance 3250 g, taille 50 cm. Période du nouveau-né s'est déroulée sans caractéristiques. Reçoit

l'alimentation artificielle à partir de 4 mois. À partir de 5 mois, il souffre de dermatite atopique. Jusqu'à 2 ans, il a grandi et s'est bien développé.

Après l'admission à la crèche (à partir de 2 ans 3 mois.) est devenu souvent attent des maladies respiratoires (6-8 fois par an), accompagnées de température subfébrile, toux, un léger essoufflement, des râled secs et humides. Le diagnostic radiographique de "pneumonie" n'a pas été confirmé. À 3 ans, lors d'une IRVA, une crise d'étouffement est survenue, qui a été arrêtée par inhalation de salbutamol seulement après 4 heures. À l'avenir, les crises ont été répétées une fois tous les 3-4 mois, ont été associées soit à IRVA, soit à la consommation de chocolat, d'agrumes.

Antécédents familiaux: le père et le grand — père paternel ont l'asthme bronchique, la mère a l'eczéma.

Il est tombé malade il y a 3 jours. Dans le contexte de l'augmentation de la température corporelle à 38,2°C, un nez qui coule, des éternuements ont été observés. En raison de la détérioration de l'état, la survenue d'une toux paroxystique, l'essoufflement sont amené au traitement hospitalier.

À l'examen, l'état est de gravité moyenne. Température corporelle 37,7°C, toux paroxystique, respiration sifflante avec expiration prolongée. Frequence respiratoire - 32 par 1 minute. La muqueuse de la gorge est légèrement hyperémique, granuleuse. La cage thoracique est gonflée, au-dessus des poumons un son de percussion avec une teinte de boîte, des deux côtés sont entendus sifflements secs et humides. Les tons du cœur sont légèrement atténués. Fréquence cardiaque - 88 battements par minute.

Données d'examens supplémentaires à la situation

Test sanguin général: NH - 120 g / l, er-4, 6h1012 / l, Lake — 4, 8h109 / l, p/I-3%, s-51%, e-8%, l-28%, m — 10%, ESR — 5 mm/H.

Analyse générale de l'urine: quantité - 120,0 ml, transparence-complète, densité relative-1,018, leucocytes - 2-3 en n / s, érythrocytes-non.

Radiographie thoracique: les champs pulmonaires sont transparents, le renforcement du motif bronchopulmonaire dans les zones basales. Il n'y a pas d'ombres focales.

Consultation d'un oto-rhino-laryngologiste: adénoïdes P-SH.

Questions

1. Le diagnostic? Justification du diagnostic.
2. Quel lien de la pathogenèse du syndrome obstructif est le principal dans ce cas?
3. Expliquer pourquoi le salbutamol a-t-il enlevé la crise après seulement 4 heures?
4. Prescrire un traitement dans cette période de la maladie?
5. Décrivez le traitement par étapes de la maladie.
6. Quels spécialistes ont besoin de montrer l'enfant?
7. L'adénectomie est-elle montrée à cet enfant? Si oui, à quelle période de la maladie?
8. Quels sports un enfant peut-il pratiquer?
9. Combien de temps faut-il observer l'enfant dans une polyclinique?

Test 2

1. L'asthme bronchique est:
1. inflammation infectieuse chronique de la muqueuse bronchique
2. maladie obstructive chronique avec obstruction bronchique irréversible et insuffisance respiratoire croissante
3. maladie obstructive chronique avec trouble des propriétés rhéologiques des expectorations et retard du développement physique
4. maladie respiratoire chronique avec fibrose locale du tissu pulmonaire
5. maladie du système respiratoire, basée sur l'inflammation allergique chronique de la muqueuse bronchique et l'hyperréactivité bronchique

2. Pour une crise aiguë d'asthme atopique n'est pas typique
1. augmentation de la température corporelle et signes d'intoxication infectieuse
2. toux spastique peu productive
3. asphyxie expiratoire
4. râles sibilants à l'expiration
5. bruit tympanique de percussion

3. Les déclencheurs sont:
1. allergènes sensibilisants
2. préparations pour le soulagement d'une crise aiguë d'étouffement
3. appareils de thérapie par inhalation
4. facteurs prédisposant au développement de l'asthme bronchique
5. facteurs provoquant l'aggravation de l'asthme bronchique

4. Une caractéristique de l'asthme bronchique chez les jeunes enfants est:
1. caractère expiratoire de l'étouffement
2. gonflement du thorax
3. identifier les râles humides lors de l'auscultation et une toux plus productive
4. bruit tympanique de percussion
5. implication de la musculature auxiliaire dans l'acte de respiration

5. Les indicateurs fonctionnels confirmant la présence d'une obstruction bronchique chez les enfants de plus de 5 ans sont:
1. indice VEF 1 de 80 à 100% des valeurs appropriées
2. VEF inférieur à 80% des valeurs appropriées
3. diminution de la capacité vitale des poumons
4. essai négatif avec Beta2-agoniste
5. labilité quotidienne des bronches inférieure à 20%

6. Aux signe de la forme atopique de l'asthme bronchique ne correspondent pas:
1. antécédents familiaux de maladies allergiques positifs
2. antécédents allergiques personnels positifs
3. augmentation des taux d'IgE totales
4. signes d'activité du processus infectieux dans l'analyse du sang périphérique et dans l'examen biochimique

5. résultats positifs des tests de scarification cutanée avec des allergènes exogènes non infectieux

7. Le débitmètre de pointe est un

1. Moniteur de fréquence cardiaque
2. Dispositif d'inhalation
3. Appareil pour déterminer la composition gazeuse du sang
4. Dispositif de détection de la vitesse expiratoire maximale
5. Appareil de surveillance de la fréquence respiratoire chez les jeunes enfants

8. Spacer est:

1. dispositif pour l'inhalation de solutions de médicaments
2. dispositif de détection de la vitesse maximale du volume expiratoire
3. nom du médicament pour les soins d'urgence en cas d'attaque d'étouffement
4. dispositif pour faciliter l'utilisation et améliorer l'efficacité des médicaments sous la forme d'inhalateurs-doseurs
5. inhalateur à ultrasons

9. Les médicaments de premier choix pour le soulagement d'une crise aiguë d'étouffement dans l'asthme bronchique sont:

1. Beta2-adrénomimétiques à courte durée d'action
2. glucocorticostéroïdes inhalés
3. M-cholinolytique;
4. antibiotiques
5. méthylxanthines à libération prolongée

10. Pour augmenter l'efficacité des médicaments contenus dans un inhalateur individuel, on utilise:

1. nébuliseur à compresseur
2. nébuliseur ultrasonique
3. débitmètre de pointe
4. inhalateur à vapeur
5. spaceur

11. L'épreuves fonctionnelles respiratoires à l'aide du spirographe est possible avec les enfants :

1. de la première année de vie
2. à tout âge
3. à partir de 3 ans
4. à partir de 6 ans
5. à partir de 10 ans

12. Le nébuliseur est:

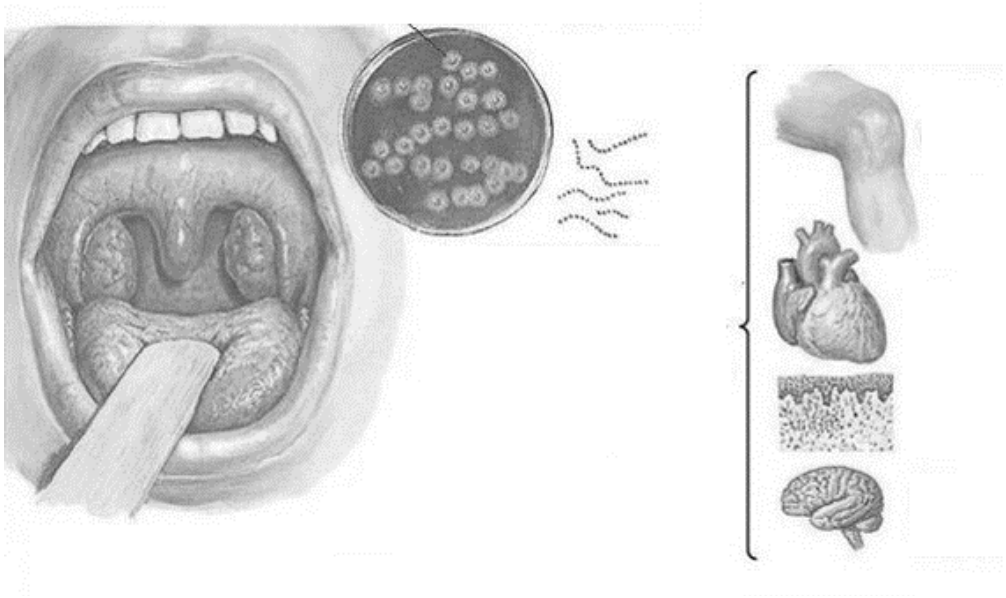
1. appareil pour l'étude de la fonction respiratoire externe
2. dispositif de détection des gaz sanguins
3. dispositif pour améliorer l'efficacité des inhalateurs-doseurs
4. appareil d'oxygénothérapie
5. dispositif pour inhalation de formes posologiques liquides de médicaments

Sujet: *Pathologie du système cardiovasculaire chez les enfants. Rhumatisme et lésions cardiaques non rhumatismales*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Fièvre rhumatismale chez les enfants. Étiologie, tableau clinique.
2. Critères de Kissel-Jones-Nesterov.
3. Caractéristiques de la polyarthrite rhumatismale.
4. Tableau clinique de la cardite rhumatismale.
5. Malformations cardiaques rhumatismales
6. Traitement par étapes et prévention du rhumatisme.

Devoir. Notez les critères de diagnostic de la fièvre rhumatismale aiguë



Devoir
Décrivez les principes de la prophylaxie à la bicilline du rhumatisme

Test 1

1. A l'attaque rhumatismale précède le plus souvent:
1.infection streptococcique
2.blessure
3.septicémie
4.infection intestinale
2. Pour le diagnostic de la fièvre rhumatismale aiguë, le critère principal est:
1.augmentation du titre ASLO
2.syndrome abdominal
3.polyarthrite

4.réduction de l’ondeT sur l'ECG

3. Parmi ces signes, les principaux critères de diagnostic de la fièvre rhumatismale aiguë comprennent:

1. polyarthralgie
2.chorée
3.fièvre
4.ESR accrue

4. L'un des principaux critères de diagnostic de la fièvre rhumatismale aiguë est:

1.infection focale
2.cardite
3.malaise général
4.arthralgie

5. La lésion des articulations dans la fièvre rhumatismale aiguë est caractérisée par:

1.raideur matinale
2.polyarthrite récurrente
3.douleurs nocturnes localisées
4. cours bénign de la polyarthrite

Situation 1

Le garçon I. de 11 ans a été accueilli dans le département (de lui-même).

De l'anamnèse, on sait qu'il y a 2,5 mois, il a souffert de scarlatine (forme typique, de gravité modérée). Il a reçu un traitement antibactérien. Un mois plus tard, il est sorti de l’hôpital. Ensuite, on a commencé à observer les changements de l'écriture, le garçon est devenu agité, les résultats scolaire se sont degradés, les pleurs sont apparus. Bientôt, la mère a commencé à remarquer chez le garçon des contractions musculaires faciales, l’imprécision des mouvements lors de s’habiller, pendant les repas. Périodiquement, la température a augmenté à des chiffres subfébriles, il n'y avait pas de phénomènes catarrhaux. Ils ont consulté le médecin, un test sanguin a été effectué, aucun changement n'a été détecté. On a diagnostiqué: grippe, syndrome asthénique. Il a reçu de l'oxacilline pendant 7 jours sans effet. Les troubles neurologiques ont augmenté: les manifestations de grimace se sont intensifiées, le garçon ne pouvait pas s'habiller seul, parfois une aide était nécessaire pour manger, les pleurs et l'irritabilité persistaient, et le patient a donc été hospitalisé.

À l'accueil, l'état est grave. Le garçon pleure, il est irritable, il devient rapidement fatigué, il y a la parole scandé, l’exécution imprécise des tests de coordination, l’hypotension musculaire, des grimaces. Dans les poumons, la respiration est vésiculaire, il n'y a pas de râles. La zone du cœur n'est pas modifiée visuellement. Bords du cœur: droite - le long du bord droit de sternum, supérieure — le long de la côte III, gauche — à 1 cm à l'intérieur de la ligne médiane-claviculaire. Les bruit du cœur sont modérément assourdis, le bruit systolique non fébrile à l’apex, occupant 1/6 de la systole, n'est pas effectué, son intensité diminue en orthostase. L'abdomen est mou, la palpation profonde est disponible, le foie et la rate ne sont pas élargis.

Données de recherche supplémentaires à la situation

Test sanguin général: No - 120 g / l, er -4, 5x1012 / l, Lake -4,5×109 / l, n / I-2%, s — 46%, e — 2%, l — 48%, m — 2%, ESR — 10 mm/H.

Test d'urine générale: densité — 1018, protéine — abs, leucocytes-2-3 en n/s, érythrocytes — absents.

Questions

1. Justifiez et formulez le diagnostic préliminaire selon la classification.
2. Quelles manifestations cliniques déterminent dans ce cas l'activité du processus?
3. Quels autres examens devrait-on faire au patient pour clarifier le diagnostic et déterminer la nature des changements cardiaques?
4. Faites le diagnostic différentiel.
5. Faites le plan pour traiter le patient.
6. Des consultation de quel spécialiste ce patient a-t-il besoin?
7. Quels changements pathomorphologiques déterminent l'essence des changements valvulaires? Nommez les étapes du processus, la durée probable.
8. Quels changements pathomorphologiques sont les marqueurs absolus (marqueur) de la maladie?
9. Principalement dans quelle période d'âge la maladie survient-elle pour la première fois?
10. Si le traitement par corticostéroïdes est prescrit, dans quel but?

Situation 2

Le patient I. de12 ans, a été accueilli à l'hôpital avec des plaintes de faiblesse, de fatigue, de température subfébrile. Anamnèse de la maladie: il y a 2 ans, il a subi une attaque rhumatismale avec polyarthrite, lésion de la valve mitrale, ce qui a entraîné la formation de l'insuffisance de la valve mitrale. La véritable détérioration de l'état est survenue après l'hypothermie. À l'accueil, la pâleur attire l'attention, l'essoufflement jusqu'à 26 par minute au repos. Dans les poumons, la respiration est vésiculaire, il n'y a pas de râles. La zone du cœur n'est pas modifiée visuellement. À la palpation: poussée apicale renversée et renforcée, située en IV-V espace intercostale à 2 cm vers l'extérieur de la ligne médiane-claviculaire gauche. En IV-V espace intercostale, le frémissement systolique est définie à gauche. Bords du cœur à la percussion: droite - le long du bord droit du sternum, supérieur – en II espace intercostal, gauche - à 2 cm vers l'extérieur de la ligne médiane-claviculaire. Lors de l'auscultation au sommet du cœur, un bruit systolique soufflant associé au ton I et occupant les 2/3 de la systole est entendu; le bruit est effectué dans la région axillaire et sur le dos, maintenu en position debout et renforcé sur le côté gauche. Dans les II-III intercostaux à gauche du sternum, un bruit protodiastolique est entendu le long du bord gauche du sternum. Fréquence cardiaque 100 BPM. Pression artérielle - 105/40 mmHg. Abdomen est mou, disponible à la palpation, le foie et la rate ne sont pas agrandis.

Test sanguin général: HB - 115 g / l,er - 4, 3xl012 / l, leucocytes – 10, 0xl09 / l, n/I-4%, C-54%, e-3%, l - 36%, m-3%, ESR - 35 mm / H.

Test d'urine générale: densité - 1015, protéines - traces, leucocytes - 2-3 en n/s, érythrocytes - absents.

ECG: tachycardie sinusale, déviation de l'axe électrique du cœur vers la gauche, intervalle PQ de 0,16 mm; signes de surcharge du ventricule gauche et de l'oreillette gauche. Signes d'ischémie myocardique sous-endocardique du ventricule gauche.

Questions

1. Justifiez et formulez le diagnostic par classification.

2. Quels autres examens doivent être effectués au patient?

3. Effectuez le diagnostic différentiel des changements du système sérologique-vasculaire.

4. Faites le plan pour traiter ce patient.

Situation 3

Le patient A., de13 ans, a été accueilli à l'hôpital avec des plaintes d'augmentation de la température à 39,2C, de douleur et de gonflement des articulations de la cheville et du poignet. Trois semaines avant les vraies plaintes, il a eu mal à la gorge.

Objectivement: l'état est de gravité moyenne, les bords du cœur sont élargies à gauche de 1 cm, les bruits sont assourdis, au sommet - un court bruit systolique doux. À la fin de la 3-ème semaine, le syndrome articulaire s'est arrêté, les bruits du cœur sont devenus plus forts, le bruit systolique soufflant est apparu au sommet, qui est conduit dans la région axillaire gauche. Fréquence cardiaque 100 par minute, pression artérielle - 105/60 mmHg. Abdomen est mou, la palpation profonde est disponible, le foie et la rate ne sont pas élargis.

Test sanguin: NB- 110 g / l, er. – 4, 3x1012 / l, l-8,2 x 109 / l, n / I-4%, C-54%, e-3%, l-36%, m-3%, ESR - 35 mm/h, seromukoid 1,0, SRB +++.

ECG: tachycardie sinusale, déviation de l'axe électrique vers la gauche, intervalle PQ de 0,17 mm, signes de surcharge du ventricule gauche et de l'oreillette gauche. Signes d'ischémie myocardique sous-endocardique du ventricule gauche.

Questions

1. Justifiez et formulez le diagnostic par classification.

2. Quelles méthodes d'examen supplémentaires sont nécessaires pour confirmer le diagnostic?

3. Le plan de traitement.

4. Le pronostic de ce patient.

5. Quels changements morphologiques sont des marqueurs de cette maladie?

Test 2

1. Parmi les indicateurs de l'hémogramme énumérés, tous indiquent le processus inflammatoire actif de la fièvre rhumatismale aiguë, sauf:

1.leucocytose
2.augmentation de l'ESR
3.lymphocytose
4.thrombocytose

2 . Dans l'endocardite rhumatismale, la lésion plus fréquente est celle de :
1.valve aortique
2.valve bicuspide
3.valve tricuspide
4. artère pulmonaire
3. La principale cause de la formation de cardiopathies valvulaires acquises chez les enfants est:
1.fibroélastose
2. lupus érythémateux disséminé
3. fièvre rhumatismale aiguë
4. endocardite bactérienne
4. L'enfant a été traité à l'hôpital pendant 2 mois. L'activité de la fièvre rhumatismale aiguë a diminué. Après la sortie, il est nécessaire de recommander
1.aspirine (1/2 dose d'âge) et bicilline-5
2.bicilline-3
3.pénicilline
4. érythromycine
5. prednisolone
5. La myocardite isolée sévère est plus souvent observée
1.dans la fièvre rhumatismale aiguë
2. dans cardite septique
3. dans la cardite post-virale
4.dans le lupus érythémateux systémique
6. Dans la myocardite post-virale à l'insuffisance circulatoire il faut prescrire
1.caféine
2.kordiamin
3. digoxine
4. inderal (anapriline)
7. La méthode la plus précise pour déterminer les bords cardiaques est
1.palpation
2.percussion
3.radioscopie
4.radiographie
8. Le bruit systolique avec le maximum à l'apexe est le plus souvent associé à la pathologie de
1.valve aortique
2. valvemitrale
3.valve tricuspide
4. artère pulmonaire
9. Pour le processus rhumatismal actif est typique: 1) cardite 2) chorée 3) arthrite 4) nodules rhumatismaux
1.correct 1, 2

2.correct 1, 3
3.correct 2, 3
4.toutes les réponses sont correctes

10. Aux principaux critères de diagnostic du rhumatisme ne correspond pas

1. chorée
2. arthrite
3. usures des surfaces articulaires de l'os
4. éruption annulaire

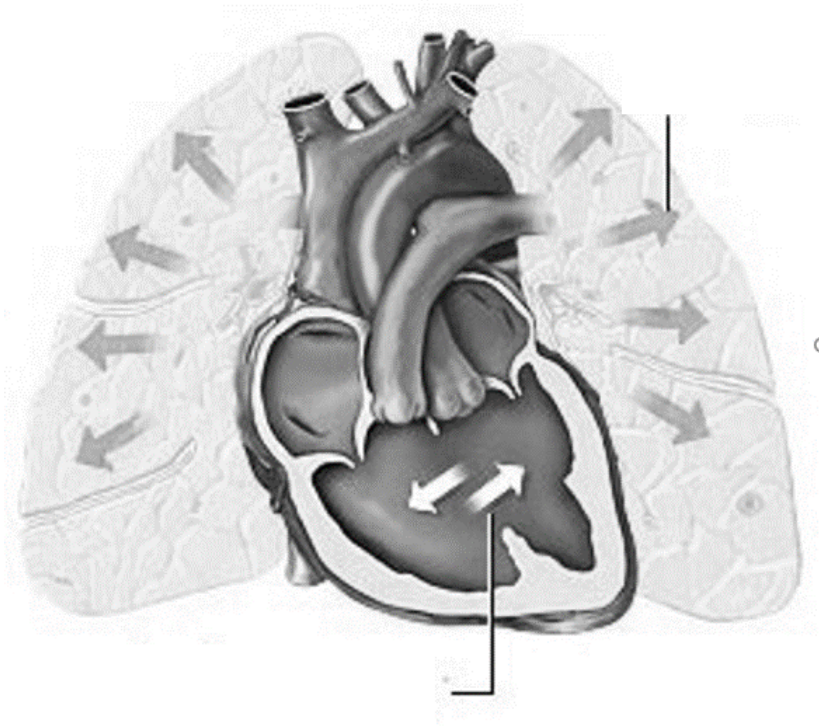
Sujet: *Pathologie du système cardiovasculaire chez les enfants. Cardiopathies congénitales (communication interventriculaire (CIV), communication inter-atriale (CIA), persistance du canal artériel, coarctation de l'aorte, tétrade de Fallot)*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Classification des cardiopathies congénitales
2. Hémodynamique dans les cardiopathies congénitales septales.
3. Tableau clinique dans la cardiopathie congénitale sans cyanose
4. Syndrome d'Eisenmanger
5. Hémodynamique pour les cardiopathies congénitales avec cyanose.
6. Tableau clinique de la cardiopathie congénitale cyanogène
7. Attaques dyspnéique-cyanotiques.
8. Hémodynamique dans la coarctation aortique
9. Tableau clinique de la cardiopathie congénitale avec obstruction du flux sanguin
10. Insuffisance cardiaque dans la cardiopathie congénitale
11. Traitement des cardiopathies congénitales

Devoir
Dessinez schématiquement les malformations cardiaques: CIV, CIA, persistance du canal artériel, coarctation de l'aorte.

Devoir Notez les principaux composants du syndrome d'Eisenmenger



Test 1

1. Complication sous la forme du syndrome d'Eisenmenger peut survenir dans des cardiopathies congénitales:
1. communication interventriculaire
2. communication auriculo-ventriculaire
3. tétrade de Fallot
4. persistance du canal artériel
5. communication inter-atriale

2. Embolie paradoxale des vaisseaux cérébraux peut survenir en l'absence de correction chirurgicale de cette cardiopathie congénitale:
1. sténose aortique
2. dextrocardie
3. communication interventriculaire
4. persistence de canal artériel
5. foramen ovale ouvert

3. Précisez les cardiopathies congénitales, en combinaison avec lesquelles la persistence de canal artériel est une malformation compensatoire:
1. coarctation aortique pré-ductale
2. coarctation aortique postductale
3. communication interauriculaire
4. tétrade de Fallot
5. sténose de l'artère pulmonaire

4. Par auscultation dans la persistence du canal artériel on entend:
1. bruit systolodiastolique à la base du cœur
2. bruit systolique « grattant » en 3-4 espace intercostale à gauche du sternum
3. bruit systolique "soufflant" aux I et V points de l'auscultation cardiaque

5. Dans la communication interventriculaire, l'irradiation typique du bruit est:
1. sur les vaisseaux du cou
2. à gauche et à droite du sternum et sur le dos « " le caractère ceinturant»

6. Pour les enfants attents de la communication interventriculaire est tipique:
1. présence de cyanose pourpre foncé totale
2. formation de «baguettes de tambour» et de «verres de montre»
3. presence de la pneumonie et de la bronchite prolongées et récurrentes dans l'histoire
4. l'apparition d'une crise hypoxique
5. troubles du développement physique et développement de l'hypotrophie

7. Spécifiez le médicament pour le traitement conservateur spécifique de la persistance du canal artériel chez les prématurés:
1. claritin
2. movalis
3. nimésulide
4. indomethacine

5. kétotifène

8. Dans l'hypertension pulmonaire au-dessus de la région du cœur on ausculte :

1. renforcement du I ton au-dessus du sommet du cœur
2. amélioration du II ton au-dessus l'artère pulmonaire
3. affaiblissement du I ton au-dessus du sommet du cœur
4. bruit systolique le long du bord gauche ou droit du sternum
5. bruit diastolique sur l'artère pulmonaire

9. Énumérer les principaux signes cliniques de l'hypertension pulmonaire:

1. crises dyspnéique-cyanotique
2. essoufflement
3. évanouissements
4. hémoptysie
5. cardialgies

Situation

Zhenya K., de 2 ans est au rendez-vous chez le pédiatre pour la première fois (famille de réfugiés venus de la zone de guerre). Plaintes de l'apparition d'attaques d'essoufflement et d'augmentation de la cyanose avec stress physique et émotionnel.

Lors de l'examen: la cyanose diffuse de la «teinte d'encre» est onservée. L'enfant est physiquement développé selon l'âge. L'intelligence est développée. Le morphotype normal. En plus de la cyanose diffuse de la peau et des muqueuses visibles, il y a un changement dans la forme des ongles sous la forme de «verres de montre» et des phalanges terminales sous la forme de «baguettes de tambour». La respiration est vésiculaire. Il n'y a pas de toux humide et il n’en a presque jamais eu. La région du cœur n'est pas modifiée visuellement. Les bords de la matité cardiaque relative ne sont pas élargies. Les bruits sont forts. Un bruit systolique intense est entendu le long du bord gauche du sternum. Le foie et la rate ne sont pas hypertrophiés.

Données d'examen ambulatoire:

1. ECG: signes d'élargissement du ventricule droit.

Questions:

1. Formulez et justifiez le diagnostic préliminaire.
2. Faites le plan d'enquête. Quels sont les résultats les plus probables dans cet état pathologique?
3. Comment arrêter les crises d'essoufflement et de cyanose: méthodes de traitement standard, médicaments de base et leur dosage, méthodes d'administration?
4. La prescription erronée de quel médicament peut, au contraire, provoquer une crise d'essoufflement et de cyanose

Test 2

1. Cyanose générale exprimée est observée en cas de:

1. atrésie tricuspidienne

2. coarctation de l’aorte
3. persistance du canal artériel
4. communication interventriculaire

2. L'hypertension pulmonaire n'est pas observée dans:

1. persistance du canal artériel
2. communication interauriculaire
3. sténose pulmonaire isolée
4. communication interventriculaire

3. En cas de communication interventriculaire sévère chez un enfant âgé de 3 mois, tous les signes énumérés sont observés, sauf:

1.essoufflement et intolérance à l'effort
2. pneumonie récurrente
3. clangor (accent du second bruit sur l'artère pulmonaire)
4. crampes

4. En cas de communication interventriculaire, le maximum du bruit est déterminé:

1.au sommet du cœur
2.sur l'artère pulmonaire
3.sur le sternum
4.sur le tiers supérieur du sternum

5. En cas de tétrade de Fallot, la complication la plus fréquente est:

1.endocardite bactérienne
2. thrombose vasculaire
3. œdème pulmonaire
4. saignement

6. En cas de tétrade de Fallot il n'arrive pas:

1. posture forcée
2.attaques de cyanose profonde
3.cours asymptomatique
4.doigts en forme de baguettes
5.polycythémie

7. Des attaques dyspnée-cyanotiques sont observées en cas de:

1. communication interauriculaire
2. tétrade de Fallot
3. persistance du canal artériel
4. communication interventriculaire

8. Lors de l’atteque dyspnéique-cyanotique chez l'enfant il est inopportun de:

1.administrer strophantine
2. donner de l'oxygène
3. prescrire anaprilin (obzidan)
4.prescrire promedol

9. Les cardiopathies congénitales, qui sont traitées rapidement dans les premières années de la vie d'un enfant, ne comprennent généralement pas:

1. persistance du canal artériel
2.coarctation de l'aorte
3.transposition de gros vaisseaux
4. foramen oval perméable

Sujet: *Anémie déficiente. Étiologie, clinique, diagnostic de laboratoire. Principes de traitement et de prévention de l'anémie chez les enfants. Maladies hémorragiques chez les enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Types d'anémie chez les enfants
2. Causes de l'anémie ferriprive chez les enfants
3. Clinique du syndrome anémique
4. Indicateurs de laboratoire dans l'anémie ferriprive
5. Taux normaux d'hémoglobine, de globules rouges, de valeur grobulaire, de fer sérique, de CTF chez les enfants.
6. Réticulocytes. Dynamique du niveau de réticulocytes dans le traitement de l'anémie ferriprive
7. Principes de traitement
8. Régime alimentaire des enfants atteints de l'anémie ferriprive
9. Médicaments de fer ferreux
10. Médicaments de fer ferrique
11. Complications en las de traitement avec des sels de fer
12. Caractéristiques de l'hématopoïèse du fœtus, du nouveau-né, des jeunes enfants. Sémiotique des maladies du sang.
13. Hémophilie. Étiologie, pathogenèse, clinique, complications, diagnostic de laboratoire. Principes de traitement.
14. Hémostase
15. Maladies hémorragiques chez les enfants
16. Types de saignement
17. Hémophilie chez les enfants, tableau clinique, méthodes de thérapie
18. Clinique et diagnostic du purpura thrombocytopénique idiopathique, approches de traitement.
19. Vascularite hémorragique, formes, diagnostic et traitement

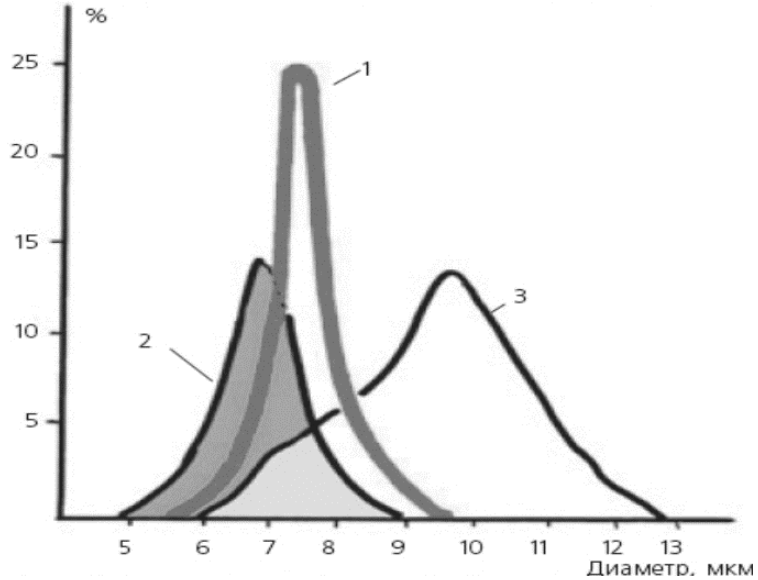
Devoir.

Décrivez les signes de sidéropénie

Devoir. Remplissez le tableau des valeurs normales de l'hémogramme chez les enfants

Valeur	Norme
Hb	
Globule rouge	
Valeur globulaire	
MCV	
TCMH	
CCMH	
fer sérique / Железо сыворотки	
CTF	
Coéfficient de saturation de la transferrine	

Devoir. Pur quelles conditions et maladies sont typiques les courbes de Price-Jones données



1 –
2 –
3 –

Test 1

1. Valeur grobulaire est normalement de 0,85-1,05 et relève:
1. teneur relative en fer dans les globules rouges;
2. teneur relative en oxygène dans les globules rouges;
3. teneur relative en hémoglobine dans les globules rouges;
4. tout est correct

2. La protéine de transfert qui transporte le fer dans le corps est appelée:
1. hémoglobine;
2. cytochrome;
3. hémosidérine;
4. transferrine;
5. ferritine..

3. La carence en fer latente précède anémie ferriptive et se caractérise par:
1. troubles trophiques dus à une diminution des réserves tissulaires de fer;
2. diminution de l'hémoglobine dans le taux normal de globules rouges et de valeur globulaire;
3. perte de dents.

4. CTF (capacité totale de liaison au fer du sérum) est normalement de 40,6 à 62,5 µmol / l et caractérise:
1. quantité totale d'oxygène pouvant se relier avec l'hémoglobine;
2. quantité totale de fer pouvant se relier avec la transferrine plasmatique disponible;
3. la quantité totale de trasferrine dans le plasma.

5. En cas d'anémie ferriptive CTF
1. augmente

2. baisse

6. **En cas d’anémie ferriptive le fer serrique**

1. baisse
2. augmente

7. CST-le coefficient de saturation de la trasferrine devrait normalement être:

1. plus de 27%;
2. plus de 17%;
3. moins de 17%;
4. plus de 47%.

8. Cochez le type de saignement dans purpura idiopathique thrombocytopénique (PIT):

1. maculo-pétéchial.
2. hemorragie intra-cutanée
3. mixte.
4. maculo-papuleuse à tendance hémorragique.

9. Cochez le type de saignement typique pour la vascularite hémorragique:

1. maculo-pétéchial.
2. hemorragie intra-cutanée
3. mixte.
4. maculo-papuleuse à tendance hémorragique.

10. Cochez le type de saignement dans l'anémie aplasique:

1. maculo-pétéchial.
2. hemorragie intra-cutanée
3. mixte.
4. maculo-papuleuse à tendance hémorragique.

11. Qu'est-ce qui cause le saignement dans l'hémophilie:

1. Troubles de l'hémostase vasculaire-plaquettaire.
2. Déficit en facteurs de coagulation plasmatiques.
2. Pathologie de la paroi vasculaire.
4. Carence en vitamines.

12. Dans la vascularite hémorragique, le rôle pathogénique principal est joué par la lésion de la paroi vasculaire avec:

1. Toxine bactérienne.
2. Virus.
2. IVC.
4. Anticorps cytotoxiques.

<u>Test sanguin clinique dans l'anemie ferriptive</u>

1. Taux d'hémoglobine

1. diminué
2. augmenté
3. ne change pas

2. Taux de globules rouges
1. diminué légèrement ou en norme
2. augmenté
3. Valeur globulaire
1. diminué
2. augmenté
3. ne change pas
4. TCMH
1. diminué
2. augmenté
3. ne change pas
5. Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine
1. diminuée
2. augmentée
3. ne change pas
6. MCV
1. diminué
2. augmenté
3. ne change pas
7. Diamètre des globules rouges
1. anisocytose avec tendance à la microcytose
2. poïkilocytose
3. polyglobulie

Situation 1

La fille Z., de 1 an, a été accueillie à la clinique avec des plaintes (selon la mère) de la fatigue rapide, la perte de cheveux, la perte d'appétit, la pâleur de la peau, la perversion du goût (manger de la terre), des selles instables.
De l'anamnèse, on sait que lors de la surveillance, on a révélé la diminution de l'hémoglobine à 76 et la valeur globulaire à 0,53. La mère n'a hospitalisé l'enfant qu'à l'heure actuelle, 2 semaines après la recommandation du pédiatre.
Anamnèse de la vie: l'enfant de la première grossesse, qui a eu lieu avec l'anémie dans la seconde moitié (la correction de l'anémie n'a pas été effectuée), la menace d'interruption au 3-ème trimestre. Poids à la naissance 3500 gr., taille 52 cm. À partir de l'âge de 2 semaines, l'enfant est nourri artificiellement avec du lait maternimé «Agu» (mère fait ses etudes à temps plein dans l'établissement d'enseignement). Dès l'âge de 4 mois, la fille a été envoyée chez sa grand-mère au village, où elle a été nourrie avec du lait de chèvre, des jus, des légumes de son propre jardin. La viande n'a pratiquement pas reçu, car elle a refusé d’en manger (selon les mots de sa grand-mère). Mais la fille mangait souvent de la terre. Elle n’a pas été observés par les médecins, n’est pas tombée malade, les vaccinations préventives ne sont pas faites.

À l'acceuil à l'hôpital, l'état de l'enfant est considéré comme grave. La fille est léthargique, presque indifférente aux autres. La conscience est claire, lors de l'examen réagit lentement. La peau et les muqueuses visibles sont très pâles avec une teinte jaunâtre. Les oreillettes sur la lumière sont de couleur vert jaunâtre. Dans les coins de la bouche il y a des bridoux. Dans les poumons, la respiration puérile avec un son rude. Les bruits du cœur sont rythmés, assourdis, le bruit systolique d'un timbre doux est entendu au sommet et au-dessus de la région des grands vaisseaux. L'abdomen est doux, indolore dans tous les départements à la palpation. Foie +3cm en dessous du bord du côte. La rate est palpée au bord de l'hypochondre, légèrement élastique. L'urine est claire, les selles 1-2 fois par jour. La vue et l'ouïe ne sont pas altérées. La sclères sont claires. Les symptômes méningés, cérébraux et focaux ne sont pas observés. Le développement psycho-physique correspond à l'âge de 9-10 mois.
Souvent malade avec du rhume (plus de 6 fois par an).

Test sanguin général: HGB-60 g / l, RBC-2,6 à 1012 / l, MCV - 56 fl, MCH-20 pg, mchc-274 g/l, RDW-19%, Retic. – 3,9%, WBC-7,2-109 / l, N -2%, C-20%, e – 4%, L – 64%, M – 10%, ESR – 18 mm/H.

Analyse biochimique du sang: protéine totale - 68 g/l, urée - 3,2 mmol / l, bilirubine totale - 20,0 µmol/l, fer sérique (SJ) – 4,1 µmol/l (norme 10,6-33,6 µmol/l), capacité de liaison au fer sérique (SJ) – 103 µmol/l (norme 40,6-62,5), ferritine sérique (SF) – 18 ng/ml.
Analyse des selles pour le sang latent (Triple): négatif.

Questions
1. Formulez un diagnostic final.
2. Quelles méthodes d'examen supplémentaires devez-vous effectuer pour clarifier le diagnostic, quels changements vous attendez-vous à recevoir?
3. Quelles causes ont contribué au développement de la maladie chez cet enfant?
4. Faire le plan de traitement pour la patiente?
5. La transfusion de sang et/ou de ses composants individuels dans cette maladie est-elle indiquée?
6. Quels médicaments sont actuellement préférés dans le traitement de ces conditions?
7. Dans quel département/sections intestinales le fer est-il le plus intensément absorbé?

Situation 2
Au cours de la dernièree visite patronale d'un enfant de 1 an, l'ambulancier a remarqué la forte pâleur de la peau et des muqueuses. La mère a déclaré que l'enfant était rapidement fatigué, irritable, pas actif, a observé la perte d'appétit. Lorsqu'elle a été interrogée, la mère a réussi à établir que le repas de l'enfant n'était pas riche, la bouillie de lait deux fois par jour. Elle préfère ne pas donner des fruits et légumes, craignant des troubles digestifs. A cette alimentation, l'enfant prend du poids, ce qui plaît à la mère. Ils vivent dans une auberge, ils marchent rarement. À l'examen: l'état de l'enfant est satisfaisant. Pâleur exprimée de la peau et écoulement des muqueuses, les ganglions lymphatiques périphériques ne sont pas hypertrophiés. Du côté du cœur: un bruit systolique est entendu. L'abdomen est mou, le foie dépasse de 2 cm de l'hypochondre. De l'histoire,

on a été constaté que l'enfant est né à terme, reçoit l’ alimentation mixte depuis 1 mois, souvent malade de l’IRVA.

Questions

1. Formulez et justifiez le diagnostic présumé.
2. Nommez des symptômes supplémentaires pour clarifier le diagnostic, parlez de la méthode pour les identifier.
3. Parlez des principes de traitement de la maladie.
4. Comment faire cuire la purée de légumes.

Test 2

1. L'anémie est:

1. diminution du taux d'Hb dans le sang;
2. état pathologique caractérisé par la diminution du taux d'Hb souvent associée à la diminution de la quantité de globules rouges par unité de volume sanguin;
3. diminution du niveau de globules rouges par unité de volume sanguin;
4. diminution du taux de fer dans le sang.

2. Anémie ferriprive est:

1. carence en fer dans le corps en raison de l’apport insuffisant de fer avec de la nourriture;
2. carence en Hb dans le sang;
3. diminution de taux d’Hb due à une carence en fer dans le corps à la suite d'une trouvle de son apport, de son absorption ou de ses pertes pathologiques;
4. état pathologique caractérisé par une diminution de taux d’Hb due à une altération de l'absorption du Fe (fer) des aliments.

3. Les groupes à risque du développement de l’anémie ferriprive comprennent:

1. prématurés et jeunes enfants;
2. adolescents;
3. femmes enceintes et allaitantes;
4. végétariens;
5. enfants atteints de maladies gastro-intestinales chroniques;
6. enfants dont le régime alimentaire comprend une variété de viandes;

4. Dans l’anémie ferriptive, il y a une microcytose, une anisocytose et une poïkilocytose. La poikilocytose est:

1. Globules rouges;
2. Petites globules rouges (moins que la norme);
3. Globules rouges de taille différente.

5. Le meilleur de tous, le fer est absorbé:

1. des pommes vertes et grenades;
2. du jaune d'oeuf et de la bouillie;
3. du lait et du fromage blanc;
4. des produits carnés;

5. des noix.

6. Selon les recommandations de l'OMS, la limite inférieure de la norme pour les enfants de moins de 6 ans est le taux d'hémoglobine:

1. 120g / l;
2. 90 g / l;
3. 110g / l;
4. 115g / l.

7. Anémie ferriptive est caractérisée par:

1. troubles trophiques (pâleur de la peau, des muqueuses, peau sèche, fragilité et stratification des ongles; terne, cassant, perte de cheveux)
2. goût pervers;
3. augmentation de l'incidence des infections respiratoires aiguës;
4. tachycardie, tonalités cardiaques sourdes;
5. retard du développement psychomoteur;
6. troubles de vision;

8. Aux médicaments contenant du fer correspondent tous, sauf un:

1. ferrum-Lek;
2. actiferrine;
3. teraflex;
4. tardiferron;
5. hemopher.

9. Le purpura thrombocytopénique idiopathique (maladie de Verlhof) est dû à l'insuffisance plaquettaire quantitative et qualitative causée par le processus immunologique. Il survient à tout âge, mais plus souvent:

1. chez les nourrissons
2. à l'adolescence
3. à l'âge préscolaire et scolaire

10. Hémorragie massive, profonde et douloureuse dans les grandes articulations, les muscles, le tissu sous-cutané et rétropéritonéal; saignement post-traumatique ou postopératoire spontané, y compris des organes internes, ne se produisent pas immédiatement, mais après quelques heures. Ceci est caractéristique du type de saignement:

1. mixte;
1.maculo-pétéchiale;
2.purpré-vasculaire;
3.de hématome;
4.angiomatose.

11. La vascularite hémorragique est:

1. thrombopénie
2. coagulopathie
3. maladie de Schönlein-Genoch (basopathie avec lésions systémiques des capillaires, des veinules, des artérioles, de la peau, des articulations, de la cavité abdominale et des reins, caractérisée par une tendance à l'hypercoaculation)

12. La vascularite hémorragique se manifeste cliniquement par tout, sauf:
1. forme cutanée
2. dermo-articulaire
3. dermo-abdominale
4. fièvre faringo-cojuctiviale
5. purpura cutané avec néphrite (hématurie)

13. A la base de l'augmentation du saignement est un trouble de
1.coagulation du sang;
2.mécanismes de l'hémostase: plasmatique, plaquettaire et vasculaire;
3.formation de globules rouges, de globules blancs, de plaquettes.
5. d'angiomatose.

14. La norme des plaquettes dans le sang:
1.200-500*10^9/l
2.100-400*10^9/l
3.150-400*10^9/l

15. Les hémorragies superficielles de la peau, indolores, ne serrent pas les tissus; les ecchymoses, les pétéchies et les ecchymoses se produisent spontanément ou au moindre traumatisme. Saignements gingivaux et nasaux. Cette clinique est caractéristique de type de saignement:
1. d'hématome;
2. maculo-pétéchial;
3. d'angiomatose;
4. purpré- asculaire;
5. mixte.

16. La maladie est causée par le déficit héréditaire des facteurs de coagulation plasmatiques VIII et IX, dont la synthèse est codée par le gène situé sur le chromosome X (type d'héritage autosomique récessif lié au sexe) c'est:
1. vascularite hémorragique (maladie de Schönlein-Genoch)
2. hémophilie (A, B)
3. purpura thrombocytopénique idiopathique (ITP, maladie de Verlhof)
4. thrombocytopathie (maladie de Willebrand)

17. Les hémarthroses sont typiques pour:
1. maladie de Verlhof
2. maladi de Willebrand
3. l'hémophilie

18. Les critères de diagnostic de l'hémophilie A (déficit en facteur VIII) sont:
1 type d'hématome de saignement de nature retardée
2.histoire familiale positive
3.seuls les garçons sont malades
4.diminution de l'activité du facteur VIII inférieure à 60% de la norme
5.seules les filles sont malades

19. Le syndrome hémorragique sous la forme de manifestations cutanées manifeste la diminution du nombre de plaquettes dans le sang:

1.moins de $150*10^9$/ l

2.moins de $30\text{-}50*10^9$/ l

3.moins de $400*10^9$/ l

20. PTI (maladie de Verlhof) est due à l'insuffisance plaquettaire quantitative et qualitative causée par le processus immunologique. Il ssurvient à tout âge, mais plus souvent:

1. chez les nourrissons
2. à l'adolescence
3. à l'âge préscolaire et scolaire

21. Dans la maladie de Verlhof, le syndrome hémorragique est caractérisé par:

1.hémorragie dans la peau, les muqueuses, la rétine et la conjonctive de l'œil; il peut y avoir des saignements dans le tractus gastro-intestinal, les reins

2.éruption hémorragique de nature polymorphe (pétéchies, ecchymoses de différentes tailles)

3.les éléments ne sont pas symétriques

4.les pétéchies, les ecchymoses sont facilement provoquées par un traumatisme minimal des microvaisseaux (frottement des vêtements, ecchymoses légères, injections)

5.les éléments sont symétriques

22. Le traitement de la maladie de Verlhof (PTI) comprend tout sauf:

1. régime hypoallergénique
2. prévention des blessures
3. prednisolone
4. 5% solution d'acide Ɛ-aminocaproïque éthamzylate, ascorotine
5. defence de la natation

23. La vascularite hémorragique (maladie de de Henoch-Schönlein) est caractérisée par tout, sauf:

1. purpura est situé sur les surfaces extensives des membres et se termine par une pigmentation

2.hémarthroses

3.arthrites symétriques nigreuses de grandes articulations avec une éruption fusiforme à petits points au-dessus d'elles

4.syndrome abdominal (appendicite simulée, cholécystite, pancréatite)

5.néphrite hématurique

24. Le temps de saignement selon Duke c'est le temps avant l'arrêt du saignement après la ponction de la peau au bord du lobe de l'oreille et en normal il fait:

1.6-10min.

2. 2-4 min

3. 4-7 min.

25. Temps de coagulation de Lee-White fait:

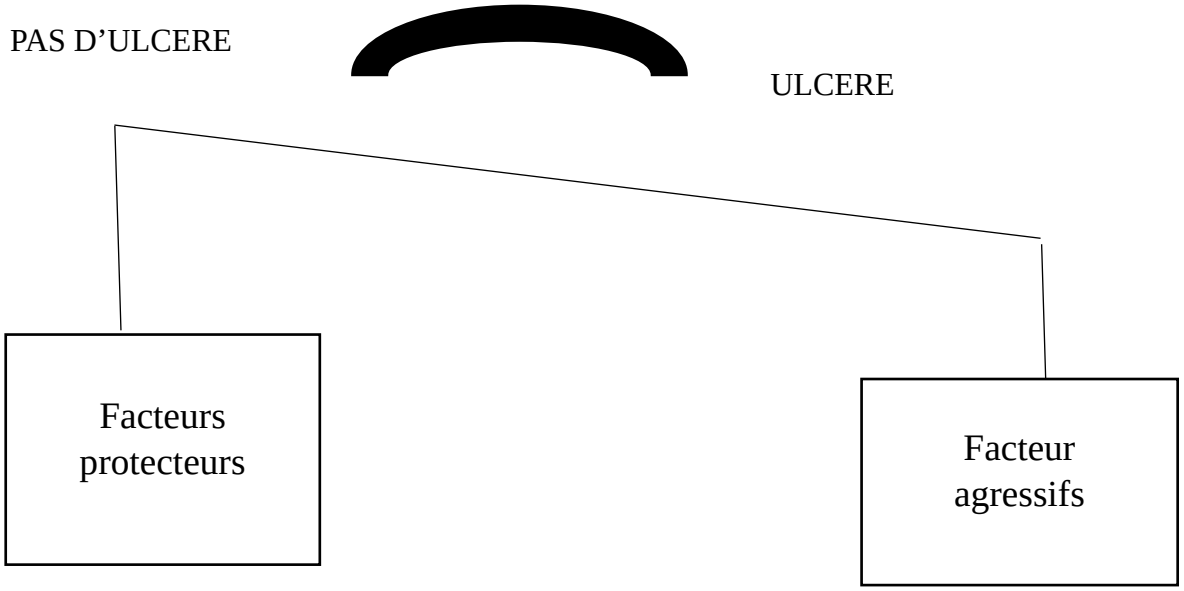
1. 2-4 min.
2. 4-7 min
3. 6-10 min

Sujet: *Maladies de l'appareil digestif et du systeme hépatobiliaire*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Gastrite aiguë et chronique chez les enfants. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention.
2. Duodénite chez les enfants. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention.
3. Ulcère gastro-uodénal chez les enfants. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention.
4. Dyskinésie des voies biliaires. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention.
5. Cholécystite aiguë et chronique chez les enfants. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention.
6. Pancréatite chez les enfants. Étiologie, pathogenèse, clinique, diagnostic, traitement et prévention

Devoir. Remplissez la balance de Shiaya (Balance entre les facteurs protecteurs et agressifs qui déterminent la possibilité de formation d'ulcères)



Test 1

1**. Cochez les signes cliniques caractéristiques de l'œsophagite:**

1. Douleur derrière le sternum.
2. Selles liquides.
3. Constipation.
4. Brûlures d'estomac.

2. Qu'est-ce qui peut contribuer au développement de reflux gastro-œsophagien?
1. Prise des anti-acides avant les repas.
2. Diarrhée.
3. Repas nocturne.
4. Travailler en position inclinée.

3. Cochez les complications de l'œsophagite:
1. Hémorragies.
2. Hernie du hiatus diaphragmatique.
3. Sténose de l'œsophage.
4. Métaplasie de la muqueuse.

4. Cochez le signe clinique le plus fiable de l'ulcère peptique:
1. Saisonnalité des douleurs.
2. Saignement.
3. Douleur dans la région épigastrique à jeun.
4. Brûlures d'estomac.

5. Cochez le signe radiologique le plus fiable de l'ulcère duodénal:
1. Convergence des plis.
2. Tache résiduelle de baryum.
3. Bulbe "irrité".
4. Passage rapide du mélange de baryum.

6. Cochez l'indicateur de laboratoire du syndrome de cholestase:
1. Hypercholestérolémie.
2. Hypertransaminazémie.
3. Dysprotéinémie.
4. Hyperfibrinogénémie.

7. Cochez les symptômes cliniques caractéristiques de la cholécystite aiguë chez les enfants:
1. Douleurs abdominales, selles molles, flatulences.
2. Douleur dans l'hypochondre droit, symptômes d'intoxication, nausées.
3. Douleur en ceinture, vomissements répétés.
4. Douleur dans la région périombilicale, flatulence.

8.Quel signe de laboratoire est typique pour le syndrome de Gilbert?
1. Hyperbilirubinémie indirecte.
2. Augmentation des transaminases.
3. Hyperbilirubinémie directe.
4. Hypercholestérolémie.

9. Cochez les signes cliniques de l'hypertension portale:
1. Constipation.
2. Diarrhée.
3. Ascite.
4. Hépatosplénomégalie.

10. Spécifiez les caractéristiques du cirrhose:
1. Jaunisse persistante.

2. Hépatomégalie.
3. Hypertension portale.
4. Insuffisance hépatique fonctionnelle.

11. Cochez les principaux signes de pancréatite aiguë à l'échographie:

1. Augmentation de l'échogénicité du tissu pancréatique.
2. Réduction de l'échogénicité du tissu pancréatique.
3. Ombres hyperéchogènes focales du pancréas.
4. Augmentation diffuse de la taille du pancréas.

12. Cochez les principaux signes cliniques de la réctocolite hémorragique:

1. La présence du mucus et du sang dans les selles.
2. Stéatorrhée.
3. Jaunisse.
4. Fièvre.

13. Quels symptômes sont une indication à la coloscopie?

1. Constipation spastique.
2. Saignements intestinaux répétés.
3. Constipation atonique.
4. Douleur long du côlon.

14. Pour quelle maladie du côlon la paraproctite est-elle typique?

1. réctocolite hémorragique.
2. maladie de Crohn.
3. Proctosigmoïdite.
4. Dysenterie.

Situation

Garçon de 10 ans, au cours de la dernière année, il a des douleurs épigastriques apparaissant le matin avant le petit déjeuner, 1 à 2 heures après avoir mangé, nocturnes et parfois juste après avoir mangé. La douleur est arrêtée par la prise du repas, Maalox, No-Spa. Plaintes dyspeptiques: éructations après avoir mangé, nausées, grouillement des intestins en cas de faim. Ladite exacerbation est survenue penant la semaine qui suit le facteur de stress à l'école.

Antécédents familiaux: la mère de l'enfant a une gastrite chronique, le grand-père du père a l'ulcère peptique, le grand-père de la mère est mort du cancer de l'estomac.

À l'examen: taille 150 cm, poids 35 kg, peau rose pâle, propre. L'estomac n'est pas gonflé, doux, le symptôme de Mendel est positif dans l'épigastrie, la douleur à la palpation dans l'épigastrie et la région pyloroduodénale, le foie - au bord de l'arc costal, la palpation est indolore. La rate n'est pas palpable.

Test sanguin général: HGB – 130 g/l, RBC – 4,4, 1012/l, MCV – 80 fl, MCH – 27 pg, mchc – 31 g/l , RDW – 11,5%, PLT - 270 C 109/l, MPV – 8,3 fl, PDW – 12%, PCT – 0,36%, WBC – 5,6 C 109/l, n/I 3%, C/I 56%, éoz. 2%, lymphocytes 33%, monocytes 6%, ESR 7 mm / H.

Test d'urine générale: quantité=60 LM, COULEUR jaune, CLA clair, RN-5,5, UV = 1019, PRO – NEG, BNL - NEG, yro - NORM, KET – NEG, GLU – NEG, WBC–1-2-3 en champ de vision , RBC-non, épithélium plat-0 - 1 en champ de vision., mucus +.

Test sanguin biochimique: protéine totale 67 g / l, Bilirubine totale 17 µmol / l, directe 2 µmol/l, phosphatase alcaline 300 unités (norme à 600 unités), ALAT 21 unités/l, ASAT -24 unités/l, amylase 100 unités / l (norme à 120), thymol 3 unités (N. -5).

Oesophagogastroduodénoscopie: la muqueuse de l'œsophage est rose pâle. Dans l'estomac, une quantité modérée de mucus trouble, dans le corps et la partie antrale, de multiples gonflements divers, une hyperémie focale. Le portier est arrondi, béant. Le bulbe de taille moyenne est vide, déformé en raison du gonflement de la membrane muqueuse. La membrane muqueuse du bulbe duodénal est hyperémique, œdémateuse. Sur la paroi antérieure du tiers moyen, un ulcère en forme de fente avec des bords lisses et un fond peu profond rempli de fibrine est déterminé. Les dimensions du défaut sont 0, 3x0, 6 cm. Sur la paroi arrière au même niveau – ulcère en forme de fente avec des bords lisses et un fond profond avec des superpositions de détritus, taille 0,4x0,6 cm sur la paroi arrière. Biopsie de la muqueuse antrale.

Résultats de la biopsie: 2-me degré de contamination de la muqueuse antrale de Helicobacter pylori a été identifié.

Test d'uréase rapide: positif (2 min)

Questions:

1. Diagnostic clinique et sa justification
2. Énumérez les méthodes d’examens supplémentaires nécessaires pour préciser le diagnostic.
3. Évaluez les résultats des examens réalisés
4. Énumérez les principaux liens de l'étiopathogenèse de la maladie
5. Prescrivez au patient le régime, quels sont ses principes de base.
6. Principes modernes de traitement de cette maladie.

Test 2

1. Le signe le plus caractéristique et le plus informatif des maladies du système digestif chez les enfants c’est

1. douleur abdominale
2. trouble de l'appétit
3. phénomènes dyspeptiques
4. perte de poids

2. La stomatite est:

1. inflammation de la muqueuse buccale
2. inflammation de la muqueuse gastrique
3. inflammation de la muqueuse de l'intestin grêle
4. inflammation de la muqueuse du gros intestin

3. Les vomissements chez les enfants, qui surviennent à jeun, ayant l'odeur aigre et muciformes, sont typiques pour

1. gastrite aiguë
2. gastrite chronique
3. maladie ulcéreuse gastrique
4. pancréatite

4. La première place parmi les maladies du système digestif dans l'enfance est occupée par les maladies de

1. œsophage
2. estomac et duodénum
3. pancréas
4. système biliaire

5. Vomissements "marc de café" chez les enfants surviennent dans

1. saignement de l'ulcère
2. déformations du bulbe duodénal
3. pénétrations de l'ulcère
4. perforation de l'ulcère

6. L'importance principale dans le développement de la pancréatite aiguë chez les enfants est à / aux

1. la malnutrition
2. allergies alimentaires et médicamenteuses
3. l'helminthiase
4. infections virales et bactériennes

7. La pancréatite chronique chez les enfants est une maladie

1. inflammatoire
2. inflammatoire-dystrophique
3. immuno-allergique
4. endocrinienne

8. Nommer les signes cliniques de saignement gastro-intestinal:

1. Flatulence exprimée.
2. Vomissements de "marc de café".
3. Douleurs abdominales en ceinture.
4. Selles en forme de goudron.

9. Nommer les signes cliniques de perforation de l'ulcère gastrique:

1. Sang écarlate dans les selles.
2. Selles liquides.
3. Douleur « en coup de poignard » dans la région épigastrique.
4. Tension « de bois » des muscles de la paroi anterieure

10. Les principaux symptômes cliniques de l'entéropathie exsudative sont:

1. Hyperthermie.
2. Syndrome oedémateux.
3. Constipation.

4. Hypoprotéinémie.

11. Quelles maladies peuvent être accompagnées du syndrome d'absorption altérée?

1. maladie de Crohn.
2. réctocolite hémorragique.
3. cirrhose.

Sujet: *Pathologie des organes urinaires*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Clinique, diagnostic de la glomérulonéphrite aiguë chez les enfants
2. Principes de traitement, de prévention, de dispensation de la glomérulonéphrite aiguë
3. Caractéristiques du développement de la pyélonéphrite aiguë et chronique chez les jeunes enfants et les plus âgés.
4. Clinique, diagnostic, principes de traitement, prévention de la pyélonéphrite, surveillance de dispensaire.
5. Insuffisance rénale aigue et insuffisance rénale chronique.
6. Évaluation du test d'urine d'un bébé en bonne santé
7. Test de Zimnitsky. Le concept de la renographie radio-isotopique, du test de Rehberg-Tareev, de la cystoscopie

Devoir. Remplissez la grille Tableau clinique de la pyélonéphrite chez les jeunes enfants et les enfants plus âgés

Symptomes	**1-re année de la vie**	**Enfants plus âgés**
Sexe		
Début		
Intoxication		
Symptomes méningé		
Fièvre		
Régurgitation, vomissements		
Couleur de l'épiderme		
Appetit		
Poids		
Douleur abdominales et lombaires		

Test 1

1. Cochez les symptômes spécifiques à l'insuffisance rénale aigue:

1. Oligurie.
2. Polyurie
3. Dysurie.
4. Douleurs abdominales, vomissements.

2. Cochez les symptômes spécifiques à l'insuffisance rénale chronique:

1. Oligurie.
2. Polyurie.
3. Dysurie.
4. Diminution de la clairance de la créatinine endogène.

3. Cochez les symptômes de la tubulopathie avec la violation prédominante du métabolisme calcium-phosphore:
1. Phosphaturie.
2. Calciuria.
3. Oxaluria.
4. Protéinurie.

4. Cochez les principales causes de l'oligurie dans la glomérulonephrite aiguë:
1. Diminution du nombre de néphrons fonctionnels.
2. Thrombus intravasculaire.
3. Trouble de la réabsorption de l'eau.
4. Trouble du passage de l'urine.

5. Cochez les mécanismes de base de l'hypertension arterielle dans la glomérulonephrite aiguë:
1. Rétention de sodium.
2. Augmentation de la pression colloïdale-osmotique.
3. Amélioration de la fonction de l'appareil juxtaglomérulaire.
4. Blocage du système callécréine-kinine.

6. Cochez les caractéristiques du syndrome néphrotique:
1. œdèmes massifs.
2. Hématurie.
3. Hypertension arterielle.
4. Protéinurie prononcée.

7. Quels sont les signes les plus caractéristiques du processus inflammatoire bactérien dans les organes du système urinaire?
1. Leucocyturie lymphocytaire et bactériurie.
2. Leucocyturie neutrophile et bactériurie.
3. Leucocyturie lymphocytaire et protéinurie.
4. Leucocyturie neutrophile et protéinurie.

8. Quels sont les facteurs principaux dans la pathogenèse de la pyélonéphrite?
1. Troubles de la circulation sanguine.
2. Trouble de l'écoulement de l'urine.
3. Présence de dysembriogenèse rénale.
4. Formation d'auto-anticorps.

9. Indiquez les symptômes communs à la pyélonéphrite et à la cystite:
1. Douleur abdominale.
2. Leucocyturie.
3. Cylindrurie.
4. Densité relative basse de l'urine.

10. Quelles conditions pathologiques sont le plus souvent observées dans la néphrite héréditaire?
1. Surdité.
2. Néphropathie.

3. Changements du tractus gastro-intestinal.
4. Oligophrénie.

11. Cochez le mécanisme pathogénique du développement de la tubulopathie:

1. Lésion des glomérules rénaux.
2. Perturbation du transport membranaire.
3. Néphrosclérose.
4. Microtrombovasculite.

12. Cochez les maladies associées à la déshydratation:

1. Syndrome d'Alport.
2. Diabète insipide rénal.
3. Diabète rénal.
4. Hypophosphatémie familiale.

13. Choisissez le complexe symptomatique le plus caractéristique de la cystite:

1. Hyperthermie, vomissements, incontinence urinaire.
2. Dysurie, macrogématurie, symptôme positif de panais.
3. Vomissements, douleurs abdominales, dysurie.
4. Douleur dans la région supra-pubienne, dysurie, macrogématurie terminale, leucocyturie.

14. Spécifiez la méthode permettant de différencier la néphrite interstitielle de l' infection urinaire:

1. Uroleucogramme.
2. Définition de la protéinurie quotidienne.
3. Clairance de la créatinine endogène.
4. Urographie excrétoire.

15. Quelles maladies peuvent se développer à la suite de la cystite transférée?

1. Reflux vésico-urétéral
2. Pyélonéphrite.
3. Insuffisance rénale aigue.
4. Glomérulonephrite.

16. Qu'est-ce qui caractérise le syndrome hémolytique-urémique?

1. Anémie hémolytique.
2. Glycosurie.
3. Leucocyturie.
4. Urémie.

17. Qu'est-ce qui caractérise le syndrome urinaire dans l'hyperoxalurie primaire?

1. Isostenurie.
2. Hématurie.
3. Leucocyturie.
4. Acidurie.

Situation

L'enfant de 10 mois est tombé gravement malade. La température a augmenté à 38,9 ºC. La condition s'est considérablement détériorée, il est devenue très léthargique, il y avait des vomissements uniques, il refuse de manger. Il urine souvent, en petites portions, pendant l'acte d'uriner il est inquiet.

Dans le test d'urine: protéines-traces, globules blancs-entièrement en vue.

E. coli est isolé de l'urine, le titre de 500.000 corps microbiens dans 1 ml.

Questions

1. Formulez le diagnostic hypothétique. Justifiez la réponse.
2. Où cet enfant devrait-il être traité?
3. Caractéristiques du régime alimentaire pour cette maladie.

Test 2

1. Œdème périphérique disséminé, ascite associée à la protéinurie massive chez les enfants sont observés dans:

1. syndrome dysurique
2. syndrome néphrotique
3. syndrome hypertensif
4. syndrome abdominal

2. L'apparition d'hypertension en même temps que l'hématurie, l'œdème chez les enfants est caractéristique de:

1. glomérulonéphrite
2. cystite
3. pyélonéphrite
4. néphroptose

3. Pour la variante protéinurique du syndrome urinaire chez les enfants, il est typique la prédominance dans l'urine de:

1. leucocytes
2. erythrocytes
3. glucose
4. protéines

4. Leucocyturie élevée et bactériurie chez les enfants sont caractéristiques de:

1. pyélonéphrite
2. glomérulonéphrite
3. tumeurs rénales
4. cystite

5. Alimentation thérapeutique d'un enfant atteint de pyélonéphrite est basée sur le principe de:

1. régime à base de lait avec restriction modérée en protéines et en sel
2. alimentation protéique renforcée

3. régime sans sel
4. régime laitier-végétal avec restriction de sucre

6. Augmentation de la pression arterielle, en particulier diastolique, chez les enfants est caractéristique de:

1. glomérulonéphrite aiguë
2. pyélonéphrite aiguë
3. glomérulonéphrite latente
4. cours latent de pyélonéphrite

7. La diminution du volume quotidien d'urine chez l'enfant est:

1. oligurie
2. anurie
3. polyurie
4. pollakiurie

Sujet: *Caractéristiques et pathologie du système endocrinien chez les enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Hypothyroïdie congénitale, clinique et diagnostic
2. Manifestations cliniques du goitre toxique diffus,
3. Manifestations cliniques du diabète sucré chez les enfants.
4. Changements spécifiques de la membrane muqueuse et complications dans la cavité buccale dans le diabète sucré.
5. Coma hyper- et hypoglycémique. Étiologie. Pathogenèse. Clinique. Diagnostic de laboratoire. Premier secours..

Devoir

Indicateurs	**Hypothyroïdie**	**Hyperthyroïdie**
Thyroïde /		
Développement physique		
Développement psychomoteur		
Etat général de la santé et comportement		
Peau, cheveux, tissu adipeux sous-cutané		
Yeux		
Système cardiovasculaire		
Tractus gastro-intestinal		
Changements dans les tests		

Devoir. Décrivez les symptômes du diabète de type 1

Test 1

1. Cochez les principaux signes paracliniques de l'hypothyroïdie primaire congénitale:
1. Réduction de la tension des ondes P, R sur l'ECG.
2. Allongement de l'intervalle Q-T.
3. Augmentation de la concentration de TSH dans le sang.
4. Concentration réduite de TSH dans le sang.

2. Indiquer les symptômes tardifs de l'hypothyroïdie primaire congénitale (en l'absence de traitement):
1. Retard du développement psychomoteur.
2. Diarrhée.
3. Poids corporel excessif.
4. Hypotrophie.

3. Quels symptômes sont caractéristiques du goitre toxique diffus?
1. Constipation.
2. Exophtalmie.
3. Tachycardie.
4. Bradycardie.

4. Cochez les symptômes caractéristiques du diabète sucré:
1. Polydipsie, polyphagie.
2. Ictérisme de la peau.
3. Envie de pleurer.
4. Sécheresse, démangeaisons de la peau et des muqueuses.

5. Quels médicaments doivent être administrés dans le coma hypoglycémique diabétique?
1. 20-40% solution de glucose
2. Épinéphrine.
3. Insuline.
4. Glucagon.

6. Quels signes confirment le diagnostic de coma acidocétotique diabétique?
1. Inconscience.
2. Abondance de râles dans les poumons.
3. Hypotension musculaire.
4. Sudation.

7. Quels signes doivent être pris en compte dans le diagnostic différentiel de l'appendicite aiguë et du syndrome abdominal chez le patient atteint du précome acidocétose dans DM?
1. Hypercholestérolémie.
2. Acétonurie.
3. Hyperglycémie.
4. Hypoglycémie.

8. Indiquer les signes cliniques d'insuffisance surrénalienne chronique (maladie d'Addison):
1. Hyperpigmentation de la peau.
2. Ictère de la peau.

3. Surpoids.
4. Amaigrissement.

9. L'insuffisance surrénalienne primaire chronique (maladie d'Addison) est caractérisée par:

1. Abaissement de la pression artérielle.
2. Taux réduit de cortisol dans le sang.
3. Taux réduit d'ACTH dans le sang.
4. Taux réduit d'aldostérone dans le sang et l'urine.

10. Nommez les formes cliniques du syndrome adrénogénital:

1. Virile.
2. Fuite sodée.
3. Hypotonique.
4. Hypoglycémique.

11. Chez le patient atteint de la forme fuite sodée du syndrome adrénogénital, quels symptômes cliniques sont typique:

1. Hypotension musculaire.
2. Constipation.
3. Déshydratation.
4. Démangeaisons cutanées.

12. La maladie d'itsenko-Cushing se caractérise par:

1. Hypotension.
2. Hypoglycémie.
3. Retard du développement pubertaire.
4. Obésité.

Devoir. Lisez les « Recommandations cliniques de l'Association russe des Endocrinologues pour le diagnostic et le traitement de la thyroïdite auto-immune chez les enfants» et résumez les principales dispositions par écrit.

Recommandations cliniques de l'Association russe des Endocrinologues pour le diagnostic et le traitement de la thyroïdite auto-immune chez les enfants

Thyroïdite auto-immune – (TAI) est une maladie chronique qui, dans l'enfance et l'adolescence, se distingue par un certain nombre de caractéristiques du tableau clinique et de l'évolution, en raison des débuts récents de la maladie et donc des changements morpho-fonctionnels minimes de la glande thyroïde aux stades initiaux du processus immunopathologique

1. CRITÈRES DE DIAGNOSTIC

Les critères de diagnostic de TAI (forme hypertrophique de TAI, goitre de Hashimoto) chez les enfants et les adolescents doivent être considérés comme la présence combinée des signes suivants:

1. augmentation de la glande thyroïde plus de 97 percentiles par sexe (selon les normes de l'OMS 2001 - par surface corporelle);

2. présence d'anticorps contre la peroxydase thyroïdienne (ou la fraction microsomale des thyrocytes) dans des titres élevés;

3. la présence de modifications ultrasonores caractéristiques de la structure de la glande thyroïde (hétérogénéité diffuse et échogénicité réduite).

La diminution de la fonction de la glande thyroïde chez les enfants et les adolescents atteints d'ait n'est pas un symptôme obligatoire de la maladie et ne peut pas servir de critère de diagnostic principal. Cependant, la présence d'hypothyroïdie primaire acquise dans l'enfance et l'adolescence doit être considérée comme le résultat de TAI (forme atrophique ou hypertrophique).

Le diagnostic de TAI est probable chez les patients ayant:

1. augmentation de la glycémie et changement caractéristique de son échostructure, selon l'échographie, en l'absence d'anticorps anti-TPO (MF);

2. augmentation de la glycémie et présence d'anticorps anti-TPO (MF) en l'absence de modifications caractéristiques de l'échostructure du tissu thyroïdien, selon l'échographie;

3. augmentation de la glycémie en l'absence de modifications caractéristiques des modifications échographiques et de taux élevés d'autoanticorps antithyroïdiens dans les cas risque individuel accru d'ait (la présence de maladies auto-immunes endocriniennes et non endocriniennes chez l'enfant, la présence de maladies auto-immunes de la glande thyroïde chez les parents les plus proches).

Dans ces cas, la biopsie à l'aiguille fine du goitre peut être réalisée pour vérifier le diagnostic.

2. TRAITEMENT DE TAI CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Actuellement, il n'y a aucune preuve de l'efficacité de toutes les méthodes d'influence sur le processus auto-immun proprement dit dans la glande tiroïde (immunosuppresseurs, immunomodulateurs, glucocorticoïdes, plasmaphérèse, préparations d'hormones thyroïdiennes).

Le traitement par la lévothyroxine est indiqué aux

1. enfants ayant la diminution évidente de la fonction thyroïdienne (augmentation du taux de TSH et diminution du taux de ST4);

2. enfants atteints d'hypothyroïdie subclinique (niveaux normaux de ST4 et niveaux élevés de TSH confirmés par une étude double);

3. enfants avec une augmentation significative du volume de la glande thyroïde (plus de 30% de la limite supérieure de la norme) avec des indicateurs normaux de ST4 et un niveau de TSH supérieur à 2 U/ml – pour la prévention de la formation de nodules et de la compression. Les patients de ce groupe doivent être traités avant la normalisation de la taille de la glande thyroïde sous le contrôle de l'échographie et des paramètres hormonaux 1 tous les 6 mois.

La lévothyroxine doit être administrée à une dose adéquate. Le critère d'adéquation du traitement doit être considéré comme la réalisation d'un niveau normal de TSH et le maintien persistant à un niveau optimal (0,5-2,0 U/ml).

Les enfants ayant un goitre diffus avec une structure hétérogène en l'absence d'anticorps anti-corps TPO, il est recommandé de prescrire de l'iodure de potassium à une dose de 200 µg/jour pour une période de 6 à 12 mois. Avec l'effet positif de la thérapie (goitre diminué ou disparu), le goitre est traité comme endémique (carence en iodé) et la réception d'iodure de potassium se poursuit. En l'absence d'effet (le goitre progresse), un traitement à la lévothyroxine est prescrit.

Les patients atteints d'ait vivant dans des zones de carence en iode peuvent recevoir des doses physiologiques d'iode (100-200 µg).

3. SURVEILLANCE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TAI

1. Tous les enfants ayant un diagnostic confirmé de TAI et un diagnostic probabiliste de TAI ont besoin d'une surveillance constante au dispensaire.
2. L'examen hormonal (TSH et ST4) doit être effectué chez tous les enfants lors de l'examen initial et une fois tous les 6 mois chez les patients ne recevant pas de traitement. Chez les patients traités, le niveau de TSH doit être surveillé 1 fois tous les 6-12 mois.
3. L'échographie de contrôle de la glycémie doit être effectuée chez tous les enfants 1 tous les 6 à 12 mois.

L'examen répétée des anticorps antithyroïdiens chez les enfants avec le diagnostic confirmé de TAI n'est pas pratique, car ils n'ont pas de signification pronostique dans le développement de la maladie. Chez les enfants avec un diagnostic probabiliste de TAI en l'absence d'anticorps lors de l'examen initial, leur détermination répétée au cours de la première et de la deuxième année de suivi est indiquée.

Test 2

1. Le facteur étiologique le plus important du diabète sucré chez les enfants est:
1. sous-refroidissement
2. surchauffe
3. apport excessif de protéines
4. fardeau génétique

2.Symptômes cliniques du diabète sucré chez les enfants:
1. polyphagie, polydipsie, polyurie
2. fièvre, toux avec flegme
3. douleur lombaires, oeudèmes
4. tachycardie, tremblements, exophtalmi

3.En cas de diabète chez les enfants dans le test générale de l'urine sont détectés:
1. densité relative élevée, hématurie
2. densité relative élevée, glucosurie

3. densité relative basse, bactériurie
4. densité relative basse, leucocyturie

4. Le profil glycémique et glucosurique est étudié chez les enfants lors du diagnostic:

1. maladie de Down
2. pyélonéphrite
3. diabète sucré
4. phénylcétonuries

5. Pour déterminer le niveau de glucose dans le sang de l'enfant doit être envoyé au laboratoire:

1. 10min après avoir mangé
2. 20min après avoir mangé
3. 30min après avoir mangé
4. à jeun

6. L'odeur de l'acétone dans l'air expiré de l'enfant apparaît dans le coma:

1. hyperglycémique
2. hypoglycémique
3. hépatique
4. urémique

7. Après l'injection d'insuline, l'enfant a une sensation de faim, de transpiration, de tremblements. C'est:

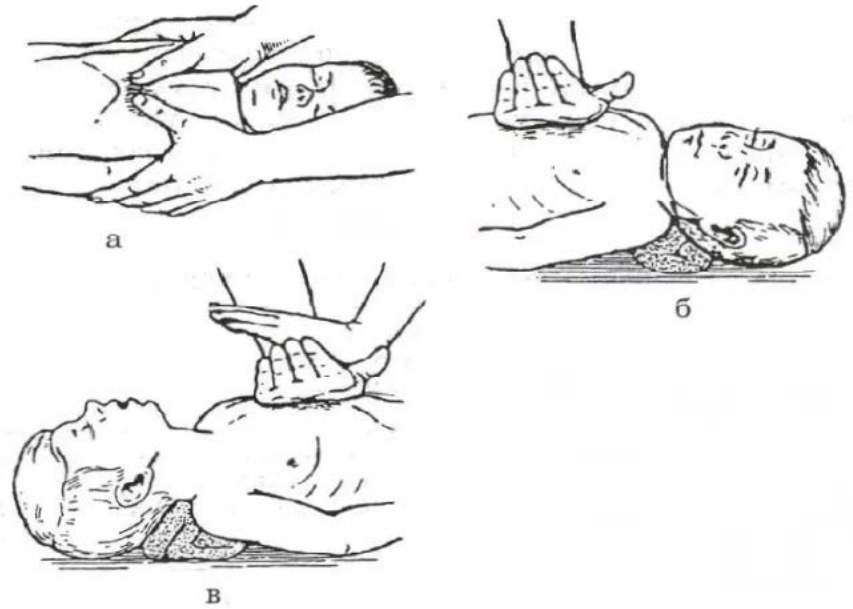
1. coma hyperglycémique
2. coma hypoglycémique
3. première période de fièvre
4. troisième période de fièvre

Sujet: *Etats d'urgence chez les enfants*

Questions pour l'auto-formation avant le cours

1. Syndrome hyperthermique.
2. Syndrome convulsif.
3. Coma.
4. Corps étrangers dans les voies respiratoires.
5. Intoxication aiguë. Exposition à des facteurs physiques
6. Insuffisance respiratoire aiguë
7. Insuffisance cardiovasculaire aiguë
8. Insuffisance rénale aiguë et chronique, coma.
9. Techniques de réanimation et de premiers soins en cas d'arrêt cardiaque, de choc anaphylactique, de blocage des voies respiratoires supérieures, d'effondrement, d'hémorragie/saignement, de crise d'épilepsie ou d'autres situations d'urgence
10. Algorithme d'action pour fournir les premiers soins aux enfants.

Devoir. Notes l'âge de l'enfant dans lequel les techniques appropriées de massage du cœur extérieur sont utilisées



а -

б -

в -

Devoir. Décrivez les techniques utilisées pour éliminer les corps étrangers des voies respiratoires.

Test 1

1**. Choisissez la méthode de traitement de l'apnée développée en raison d'une hypercapnie aiguë chez un patient souffrant de dépression du SNC:**
1. Cytiton par voie sous-cutanée.
2. Oxygénothérapie et ventilation.
3. Trachéotomie.
4. Intubation trachéale.

2. Spécifiez le marqueur principal de l'insuffisance respiratoire aigue de ventilation:
1. Augmentation du p_aCO_2
2. Déclassement de p_aCO_2
3. Augmentation de p_aO_2
4. Diminution de p_aO_2
5. Augmentation de p_aCO_2 et p_aO_2

3. La mesure prioritaire chez le patient présentant la sténose laryngée de degré III-IV (menace d'asphyxie) est:
1. ventilation artificielle.
2. Oxygénothérapie.
3. Intubation trachéale.
5. Inhalation d'adrénaline.

4. La correction de l'acidose respiratoire est mieux obtenue en utilisant:
1. Administration d'une 4% solution de bicarbonate de sodium par voie intraveineuse.
2. Introduction du tampon tris.
3. intubation de la trachée.
4. ventilation artificielle.
5. Oxygénothérapie.

5. En cas d'œdème pulmonaire chez les enfants afin de déshydrater, le médicament de choix doit être:
1. Mannitol.
2. Urée.
3. Albumine.
4. Lasix.
5. Diacarbe.

6. Qu'entend - on sous «état syncopal »?
1. Évanouissement.
2. Collapsus.
3. Choc.
4. Syndrome convulsif.
5. Asphyxie.

7. Quels médicaments ne sont pas recommandés dans le traitement de l'hyperthermie chez les enfants
1. Métamizole sodique (Analgine)
2. Ibuprofène
3. Nimésulide
4. Paracétamol

8. Qu'est-ce qui provoque le plus souvent le développement du syndrome de Rey (maladie d'Adie):
1. Salicylates.
2. Antibiotiques.
3. Cytostatiques.
4. Ammoniac.

9. Le médicament de choix dans le traitement du choc anaphylactique
1. Suprastin
2. Mesaton
3. Adrénaline
4. Prednisolone

Situation 1

Une fille de 7 ans. Dans le contexte de la prise intraveineuse du médicament, elle a une forte pâleur du visage, une cyanose de la muqueuse des lèvres, des vomissements, un essoufflement, des convulsions, un pouls filiforme. Les membres sont froids.

Questions
1. Déterminez l'état du patient.
2. Faire l’algorithme pour les interventions d'urgence

Situation 2

Le garçon de 5 ans est tombé gravement malade: la température a augmenté à 38 C, il y avait un nez qui coule, un mal de tête. J'ai reçu des médicaments antipyrétiques, y compris de l'aspirine pendant 5 jours pour 0,5 g 2 fois par jour. Une semaine plus tard, il y avait des vomissements répétés non associés à la consommation de nourriture, de faiblesse, de vertiges, refusait de manger et de boire, entrait en contact mal, ne voulait pas parler. Le lendemain, l'état s'est considérablement aggravé, il y avait de la léthargie, de l'adynamie. Le garçon a été emmené à l'unité de réanimation et de thérapie intestive avec un diagnostic d '" encéphalite aiguë?».

Lors de l'examen: l'état de l'enfant est grave, la conscience est opprimée, SOPOR. La peau est pâle, propre. Les muqueuses sont roses. Il n'y a pas de symptômes méningés et focaux. Les tons du cœur sont étouffés, la fréquence cardiaque est de 86 par minute, la pression ARTÉRIELLE est de 90/60 mm/heure. Dans les poumons, la respiration est effectuée dans tous les départements, raide, il n'y a pas de respiration sifflante. L'abdomen est mou, douloureux dans la moitié droite, le foie +3 cm, dense, la rate n'est pas élargie. Les selles et la diurèse ne sont pas perturbées. Quelques heures après son accueil à l'unité de soins intensifs et de soins intensifs, la dépression supplémentaire de la conscience a été observée jusqu'au coma I. Il a été passé à la ventilation artificielle.

Test sanguin général: Hb - 102 g/l; érythrocytes - 3,4 x1012 / l; leucocytes - 3,5 x 109/l, neutrophiles n/I – 14%, C/I – 64%, lymphocytes – 19%, monocytes – 3%; ESR – 8 mm/H.

Analyse biochimique du sang: protéine totale - 56 g /l, ALAT - 620 U/l, AST - 780 U/l, bilirubine totale - 12,2 µmol/l, ammoniac - 98 µmol/l, glucose - 1,2 mmol /l. Normes d'analyse biochimique du sang: protéine totale – 51-73 g / l; ALAT-jusqu'à 40 U / l, ASAT

- jusqu'à 40 U / l, bilirubine totale-3,4-24 µmol / l, ammoniac - 21-50 µmol/l, glucose – 3,6-6,1 mmol/L.

Test du LCR: cytose-5 cellules/mm3, lymphocytaire, protéine-0,09 g/l, glucose - 5,4 mmol/l, chlorures - 120 mmol/l.

Questions:

1. Formulez le diagnostic.
2. Quelle est la détérioration de l'état du patient?
3. Que savez-vous de l'étiologie et de la pathogenèse de cette maladie?
4. Quels examens supplémentaires sont indiqués à l'enfant? Quels changements attendez-vous à révéler?
5. Quelle est la tactique du traitement?

Test 2

1. Le patient a 12 ans, ne répond pas aux mots, aux stimuli douloureux, il a une hypotension musculaire, les réflexes tendineux ne sont pas déclenchés. Les pupilles sont larges, la photoréaction est faible. AD 80 / 40mm HG. St. Respiration bruyante, profonde. Établir un diagnostic:

A) Somnolence.

B) Sopor.
C) Stupeur (stupéfaction).
D) Coma.

2. Cochez le marqueur principal de l'insuffisance respiratoire aigue de ventilation:

A) Augmentation de p_aCO_2
B) abaissement de p_aCO_2.
C) Augmentation de p_aO_2
D) Diminution de p_aO_2.
E) Augmentation du p_aCO_2 et de p_aO_2.

3. Choisissez la méthode de traitement de l'apnée développée en raison d'une hypercapnie aiguë chez le patient souffrant de dépression du SNC:

A) Cytiton par voie sous-cutanée.
B) Oxygénothérapie et ventilation artificielle.
C) Trachéotomie.
D) Intubation trachéale.
E) Oxygénothérapie.

4. Nommez le médicament qui n'est pas administré lors du syndrome de Morgan-Stokes-Adamse:

A) Adrénaline.
B) Éphédrine.
C) Atropine.
D) Strophantine.
E) Dopamine.

5. Nommez la triade des principaux signes du SHU (syndrome hémolytique et urémique):

A) Érythrémie, anurie, azotémie.
B) Anémie, anurie, thrombocytopénie.
C) Anémie, azotémie, hypercholestérolémie.
D) Anémie, polyurie, schizocytose.

6. Choisissez les symptômes caractéristiques du syndrome de Reye:

A) Convulsions.
B) Coma.
C) Jaunisse.
D) Hyperammoniémie.
E) Hépatomégalie.

.

ANNEX

MODELE DE L'HISTOIRE DE MALADIE (SIMULATION)

Données personnelles

1. Nom, prénom, patronyme du patient
2. Date de naissance, l'âge
3. Date de l'accueil à la clinique
4. Occupation des parents
5. Adresse

Plaintes du patient à l'admission à la clinique. Les plaintes doivent être brèves, d'abord – de base, puis générales.

Plaintes pour le jour de la curation, si le patient avant le moment de la curation était à la clinique pendant une longue période.

L'apparition et l'évolution de la maladie en cours. Cette section comprend des informations sur le développement de la maladie avant l'accueil à la clinique, pendant le séjour à la clinique jusqu'au moment de la curation (types du compte rendu d'hospitalisation). On décrit l'évolution de la maladie dans la clinique, le traitement effectué et les résultats.

Anamnèse de la vie

Les sections suivantes sont mises en évidence:

1. L'état de santé de la mère pendant la grossesse, la toxicose lors de la 1-e et 2-e moitié de la grossesse, leurs manifestations, les maladies de la grossesse. Conditions de vie, travail, Nutrition pendant la grossesse.
2. Accouchement. Caractéristique, les complications de l'accouchement, les aides médicales. L'état du nouveau-né, les indicateurs de développement physique (poids, taille, circonférence de la tête). Développement pendant la période néonatale: perte de poids physiologique, temps de chute du cordon ombilical et de guérison de la plaie ombilicale, maladie du nouveau-né. Quel jour et avec quel poids est sorti de l'hôpital
3. Allaitement. Quand il a été mis au sein, comment a pris le sein. Alimentation dans les périodes suivantes de la vie: 1-2 ans et plus tard. Nutrition dans la période ultérieure de la vie avant l'accueil à la clinique. On donne la caractéristique complète, avec l'indication des mélanges pour l'alimentation artificielle, des aliments complémentaires.
4. Développement physique de l'enfant à 1-2 ans et plus tard (poids, taille, circonférence de la tête). Le développement de fonctions statiques et les capacités motrices (données de base, quand il a commencé à tenir la tête, s'asseoir, marcher). Avant de l'accueil à la clinique.
5. Le développement mental de l'enfant, on note les étapes de base pour les périodes d'âge différentes. Le moment où l'enfant a commencé à fixer des objets avec ses yeux, à sourire, à prononcer les premiers mots, à parler. Son comportement dans la famille, dans l'équipe, quand il a commencé à aller à l'école, la performance scolaire.
6. Maladies subies. Dans cette section, à partir de la période du nouveau-né, toutes les maladies subies sont mentionnées avec l'âge et une brève description de leur gravité, la durée de l'évolution de la complication. L'attention particulière est accordée aux maladies répétées, à la tendance aux

maladies aiguës des voies respiratoires supérieures, aux éruptions cutanées, aux troubles gastro-intestinaux, etc.
7. L'attention particulière est accordée aux vaccinations préventives. Il est nécessaire d'indiquer la durée exacte de la vaccination et la réponse à celle-ci.
8. Santé familiale. L'âge des parents, leur état de santé. Si des parents sont décédés, l'âge et les causes du décès sont indiqués. Les maladies des parents, les contacts occasionnels et familiaux sur la tuberculose sont également indiqués ici.
9. Les grossesses de la mère sont notées dans l'ordre, on indique leurs cours, l'âge et la santé des enfants, s'ils sont morts, on indique la cause du décès.
10. Conditions matérielles de vie de la famille. Qui et comment s'occupe de l'enfant
11. Contacts avec des patients infectieux au cours des 3 dernières semaines, y compris la grippe et les catarrhes des voies respiratoires supérieures.
L'état général du patient (l'état objectif du jour de la curation doit etre décrit la date du remplissage de l'histoire).
Système nerveux: conscience, humeur, sommeil, appétit, contact avec les enfants, intérêt pour les jouets, symptômes méningés. La position du patient au lit est active, passive, forcée.
Évaluation du développement physique (données anthropométriques - masse, taille, circonférence de la tête, de la poitrine, indice de masse corporelle), évaluation du développement psychomoteur. Conclusion sur les résultats obtenus.
La peau est propre, avec la présence d'éruptions cutanées, d'hémorragies, de leur couleur et de leur localisation, du degré d'humidité, de la turgescence des tissus, de l'élasticité de la peau.
Couche de graisse sous-cutanée – le degré de son développement sur l'abdomen, les hanches, les mains, les joues. Gonflement, leur emplacement.
Les muqueuses des lèvres, de la bouche, des paupières, du palais, leur couleur, la présence d'éruptions cutanées, de plaques sur la langue, les amygdales, les tissus mous de la gorge.
Système musculaire. Tonus musculaire.
Les ganglions lymphatiques: leur taille, leur localisation, leur consistance, s'ils sont soudés aux tissus environnants, leur douleur au toucher.
Système osseux - la forme du crâne, la taille d'une grande Fontanelle, l'état des sutures, la poitrine, les membres: articulations – mouvements actifs, passifs, leur configuration, douleur au toucher, mouvements, crépitation.
Organes circulatoires: examen externe de la région cardiaque, la nature du choc systolique, sa position, la force: normale, renforcée, surélevée, renversée; auscultation et percussion du cœur, la nature des tons du coeur, des bruits, leur nature, le lieu l'auscultation maximale, la conductivité; pouls – remplissage, tension, rythme, fréquence; pression artérielle, tests fonctionnels.
Les organes de la respiration: une voix - normale, rauque, aphonique; la respiration nasale; la nature de respiration superficielle, profonde, respiration de Biot et Savard, de Kussmaul; la participation de la musculature auxiliaire; la fréquence de la respiration; percussions du poumon, la mobilité des bords pulmonaires, bronchophonie, vibrations thoraciques, l'auscultation: la nature de la respiration – puérile, vésiculaire, rude, bronchique, amphorique, la localisation des rales, leur calibre, frottement pleural, nœuds bronchique .

Appareil digestif et la cavité abdominale: l'examen de la langue, de la gorge, des dents, de la forme du ventre, les données de la palpation et la percussion du foie et de la rate; la tension des muscles de l'abdomen, la configuration, l'état de l'anneau ombilical, le nombril, les veines et les artères ombilicales, douleur à la palpation, les points de douleur; la nature des selles – la consistance, la couleur, les impuretés; le foie – la taille, la consistance, la sensation de la douleur, la surface, l'état de la vésicule biliaire – palpable, la sensation de la douleur, les symptômes de Murphy, d'Ortner, de Mussi, etc.
Système urinaire - palpation du rein, symptômes de Pasternatsky, nature et fréquence de la miction, urine - couleur, transparence, sédiment.
Diagnostic préliminaire. Sa justification.
Plan d'enquête et justification.
Données d'examen complémentaire: données de laboratoire, ECG, examen radiologique, etc. Évaluer les résultats des études.
Il est nécessaire de donner des idées spécifiques sur l'enfant malade, quelles causes pourraient provoquer cette maladie comment comprendre le développement des principaux troubles dans le corps de l'enfant. Exprimer des considérations théoriques en basant sur le matériel travaillé (bibliography), indiquer les caractéristiques existantes du cas particulier.
Diagnostic différentiel.
Justification du diagnostic.
Le plan de traitement.
Compte rendu d'hospitalisation et diagnostic de sortie.
Plan de surveillance de dispensaire.

BIBLIOGRAPHY

1. Bellmer, S. V. Pédiatrie hospitalière: manuel / éd. Belmera S. V., Ilyenko L. I.-Moscou: GÉOTAR-Médias, 2022. - 1072 pages.

2. Kildiyarova, RR Polyclinique et pédiatrie d'urgence: manuel [Ressource électronique]/ Kildiyarova, RR , Makarova, VI – Moscou: GEOTAR-Media, 2021. 496 p

2. Kalmykova A.S. Propédeutique des maladies infantiles [ressource électronique]: manuel / Ed.kalmykova A. S. - M: GEOTAR-Media, 2018. - 768 p.

3. Néonatologie, n ° 2 (20), 2018 [ressource électronique] / - M.: GEOTAR-Media, 2018.

4. Shaytor V.M., Soins pré-médicaux et d'urgence pour enfants [ressource électronique] / Shaytor V.M. - M : GEOTAR-Media, 2017. - 416 p.

5. Avdéeva T.G., Guide du pédiatre de district [ressource électronique] / T.G. Avdéeva - M.: GEOTAR-Media, 2017. - 656 p.

6. Dédov I.I, Endocrinologie des enfants [ressource électronique] : manuel / I.I. Dédov, S.A. Péterkova, O.A. Malievskiy, T.U. Chiryaéva - M : GEOTAR-Media 2016. - 256 p.

7. Kalmykova, A. S. Polyclinic and emergency pediatrics : textbook / edited by A. S. Kalmykova. - 2nd ed. , revised and add. - Moscow : GEOTAR-Media, 2020. - 864 pages

8. Koutchma V.R. Développement morphofonctionnel des écoliers modernes [ressource électronique] / V.R. Koutchma - M. : GEOTAR-Media, 2018. - 352 p

9. Samsygina G.A., Pneumonie chez les enfants [ressource électronique] / Samsygina GA-M : GEOTAR-Media, 2018. - 176 p. (Série "Bibliothèque du médecin spécialiste")

10. Kildiyarova R.R., Eaxamen physique de l'enfant [ressource Électronique] / R.R. Kildiyarova, Yu. V. Lobanov, T.I. Legognekova - M : GEOTAR-Media 2018. - 264 p.

11. Kildiyarova R.R., Examens de laboratoire et explorations fonctionnelles dans la pratique du pédiatre [ressource Électronique] / kildiyarova RR - M : GEOTAR-Media, 2017. - 192 p.

Электронное учебное издание

Агапитов Леонид Игоревич, **Аверина** Ирина Анатольевна,
Черепнина Инна Владимировна, **Марченко** Ольга Викторовна

**RECUEIL DE QUESTIONS ET DE DEVOIRS ECRITS
POUR LE TRAVAIL AUTONOME DES ETUDIANTS
POUR LA DISCIPLINE «PEDIATRIE»
SPECIALITE «STOMATOLOGIE»**

Выпускающий редактор Г. А. Письменная
Подготовка оригинал-макета П. Я. Бурьянов

Подписано к использованию 22.05.2025. Формат 60x84/8. Усл. печ. л. 11,62.
Заказ 2265.

Издательство «Бук». 420029, г. Казань, ул. Академика Кирпичникова, д. 25.

БУК
ИЗДАТЕЛЬСТВО
www.bukbook.ru

ISBN 978-5-00254-109-6