**Пример ответа на экзаменационные задания**

**Билет №..**

1. Смешанное вскармливание. Причины, техника проведения, потребность в основных ингредиентах и калориях, сроки введения прикормов.

2. Хронические гастриты у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение, профилактика Роль врача общей практики в предупреждении заболеваемости.

**Тезисы ответов на вопросы билета:**

**1.** Смешанным называется вскармливание, при котором недостающее количество женского молока восполнятся докормом (заменителями грудного молока), причем объём как грудного молока, так и докорма превышает 1/5 суточного рациона (или более 150 мл в сутки). В качестве докорма используют адаптированные смеси в соответствии с возрастом ребенка и состоянием его здоровья.

Причинами перевода на смешанное вскармливания чаще всего является гипогалактия у матери, невозможность осуществлять 1 и более кормлений в день по социальным причинам (выход матери на работу, учеба и т.д.), назначение лечебных смесей с целью диетотерапии различных заболеваний у детей (синдром рвоты-срыгивания, фенилкетонурия, лактазная недосточность и др.)

При смешанном вскармливании необходимо соблюдать ряд требований:

- Для сохранения лактации у матери чаще прикладывать ребенка к груди.

- При неэффективности лечения гипогалактии ребенку назначают докорм только после контрольного взвешивания, которое проводится 3 раза в течение дня.

- Необходимо прикладывать ребенка к груди при каждом кормлении. NB! Докорм давать после кормления грудью.

- Потребность в килокалориях на 1 кг массы при смешанном вскармливании при использовании адаптированных смесей такая же, как и при естественном вскармливании, и составляет в первом полугодии – 115 ккал/кг/сут, во втором – 110 ккал/кг/сут.

- Суточная потребность в белке при употреблении адаптированных смесей соответствует естественному вскармливанию. Жиры и углеводы назначаются из того же расчета, что и при естественном вскармливании. Прикормы вводятся в те же сроки, как у детей на естественном вскармливании.

- Количество кормлений в сутки рассчитывается так же, как при искусственном вскармливании.

2. ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ – хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, с нарушением процессов физиологической регенерации со склонностью к прогрессированию

ЭТИОЛОГИЯ

1. Инфекционная – НР. 70% гастритов, ассоцииро-ваны с НР. Среди детей 5-6 лет инфицирован-ность НР 40-45%, а к 14-15 г. – 60-70%
2. Неспецифичексие факторы – нарушение режима дня, нерациональное питание, психоэмоциональные нагрузки и стрессы.
3. Длительное влияние веществ, обладающих раздражающим действием: лекарств, желчных кислот при ДГР.
4. Генетическая предрасположенность к развитию заболевания

*Пути передачи НР*

*- Фекально-оральный путь*

- Через зараженную питьевую воду (НР живет до 2 недель в холодной морской и речной воде).

- При употреблении в пищу сырых овощей, для поливки которых используется необработанная сточная вода.

*Орально-оральный путь*

 Имеются данные с высокой выживаемости НР на зубном налете и в слюне.

 Ятрогенный путь передачи (наименее частый) - через плохо дезинфицированные эндоскопы и щипцы для биопсии.

Ведущие патогенетические механизмы хронического гастрита :

* нарушение трофики слизистой оболочки;
* повреждение эпителия;
* расстройство регенерации эпителия, дистрофические изменения слизистой оболочки желудка;
* нарушение секрето- и кослотообразования, выработки слизи;
* микроциркуляторные расстройства

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР:

Первичный (экзогенный); Вторичный (эндогенный, сопутствующий)

ТОПОГРАФИЧЕСКИ: Антрального отдела. Фундального отдела. Пангастрит

По форме поражения желудка эндоскопически выделяют: Поверхностный. Гиперпластический. Эрозивный. Геморрагический. Субатрофический, атрофический. Смешанный

По характеру кислотной продукции желудка:Повышенная. Пониженная. Неизмененная

По периоду заболевания: обострение. неполная клиническая ремиссия . полная клиническая ремиссия .клинико-эндоскопическая ремиссия

Инфицирование Н.pylori - 1.Н.р.-позитивная, Н.р.-негативная

КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: боли в эпигастрии, связанные с приемом пищи, длительность болей от нескольких дней до 1,5-2 недель, При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне,

ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ -Желудочная диспепсия – отрыжка кислым, воздухом, тухлым, изжога, тошнота, рвота;. Кишечная диспепсия – жидкий стул, запор, метеоризм

 СИНДРОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТОКСИКАЦИИ (слабость, вялость, быстрая утомляемость, астенизация**).**

КЛИНИКА ХГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА СЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ

С ПОВЫШЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ: Преобладание болевого синдрома над диспептическим. Аппетит повышен. Боли поздние, приступообразные, через 1,5-2 часа после приема пищи..Диспептические явления – изжога, отрыжка кислым, склонность к запорам.

С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ: Преобладание диспептического синдрома над болевым. Аппетит снижен. Боли ноющие, чувство тяжести в эпигастрии, возникают после еды, зависят от кач-ва и объема пищи. Диспепстические явления: отрыжка пищей, воздухом, тухлым, срыгивания, рвота, диарея

ОСОБЕННОСТИ ХГ У ДЕТЕЙ

* Преимущественно рецидивирующее течение заболевания
* Обострения провоцируются нарушением питания, стрессовыми нагрузками, приемом лекарственных препаратов
* С возрастом приобретает прогрессирующее течение с постоянной симптоматикой (особенно в подростковом возрасте)
* Часто сочетается с дуоденитом
* Морфологические изменения на фоне комплексного лечения с систематически проводимых реабилитационных мероприятий подвергаются обратному развитию

ДИАГНОСТИКА ХГ У ДЕТЕЙ

1. Эндоскопические методы исследования – ФГДС.
2. Эндоскопические признаки гастрита:
* Изменение цвета слизистой оболочки желудка: гиперемия очагового (точечная, сливная) или диффузного характера.
* Появление отека – слизистая оболочка утолщена.
* Гиперплазия или атрофия складок желудка
* Наложение прозрачной слизи или желчи (при ДГР).
* Наличие кровоизлияний или эрозий всегда на фоне эритематозного гастрита

2. Морфологические методы диагностики

* прицельная биопсия слизистой оболочки желудка с пораженных участков с последующим гистологиче-ским и морфологическим исследованием биоптата

3. Исследование кислотообразующей функции желудка:

* Внутрижелудочковая рН-метрия. Натощак кислотность здоровых детей нейтральная или слабощелочная – рН 7,0-7,5.

ДИАГНОСТИКА HP

1. Инвазивные методы (требуют проведения эндоскопического исследования с прицельной биопсией и дальнейшим изучением гастробиоптатов)

 - прямые: гистологический метод, молекулярно-генетический метод – ПЦР в биоптате, бактериологический метод;

- непрямые: быстрый уреазный тест (Хелпил-тест).

2. Неинвазивные методы (эндоскопическое исследование не требуется)

- иммунологические методы: исследование кала на наличие антигенов Helicobacter pylori с применением моноклональных антител;

-серологический метод (выявление антител IgG к Helicobacter pylori)

- биохимический метод: уреазный дыхательный тест с 13С-мочевиной

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХГ

Лечение хронического гастрита проводится с учетом этиологии заболевания, особенностей секреторной, моторно-эвакуаторной функции желудка и включает в себя:

 - режим физического и психического покоя;

 - диетотерапию (лечебное питание);

 - медикаментозное лечение;

 - фитотерапию;

 - санаторно-курортное лечение

ДИЕТОТЕРАПИЯ ХГ

*Гастрит с повышенной секрецией – стол №1.*

 Из рациона питания исключаются продукты, стимулирующие желудочную секрецию. В состав диеты включают продукты обволакивающего действия (слизистые супы, кисель и др) и подавляющие секрецию (молоко и др.). Диету №1 назначают на 1-1,5 мес, затем стол №5.

*Гастрит с пониженной секрецией – стол №2*

 *Исключают механические раздражители желудка, но включают в рацион продукты, стимулирующие секрецию: овощное пюре и салаты с растительным маслом, овощные, мясные и рыбные супы без острых приправ, кисломолочные продукты* . Диету №2 назначают на 1-1,5 мес, затем стол №5.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХГ

*Принципы:*

- эрадикация хеликобактерной инфекции;

- нормализация желудочной кислотной продукции;

- качественная репарация слизистой оболочки желудка

ЭРАДИКАЦИЯ ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Препараты, рекомендуемые для эрадикации НР-инфекции у детей:*

* ингибиторы протонной помпы /ИПП Омепразол (омез) , Эзомепразол (нексиум), Рабепразол (париет), Пантопрозол (нольпаза) 1-2 мг/кг/сут
* препараты висмута (висмут субцитрат – Де-Нол или висмут субсалицилат) 8 мг/кг,
* полусинтетические пенициллины (Амоксициллин 50 мг/кг/сут ), макролиды (Кларитромицин, 20 мг/кг/сут ), Джозамицин (50 мг/кг/сут)
* метранидазол (20 мг/кг/сут), нифурател (30 мг/кг/сут) .

У детей в эрадикационных схемах не используют тетрациклин, рифампицин, фторхинолоны.

ESPGHAN, 2018 РЕКОМЕНДУЕТ

Высокие дозы ИПП, антимикробных препаратов:

- ИПП увеличить до 1,5-2 мг/кг

- Амоксициллин 70-100 мг/кг

- Кларитромицин 20-25 мг/кг

- Метранидазол 35-30 мг/кг

2. Увеличить продолжительность эрадикации до 14 дней

СХЕМЫ ЭРАДИКАЦИИ

*Терапия первой линии*

* ИПП + Амоксициллин + Кларитромицин

При резистентности к кларитромицину или предшествующая терапия кларитромицином

* ИПП + Амоксициллин + Метронидазол
* ИПП + амоксициллин или кларитромицин+ нифурател
* В качестве терапии 2-й линии используются квадротерапия:

Висмута субцитрат + ИПП + Амоксициллин + Кларитромицин

Висмута субцитрат + Амоксициллин + Метранидазол

Висмута субцитрат+ ИПП + амоксициллин или кларитромицин + нифурател

* После проведения эрадикации НР 14 дней терапию необходимо продолжить препаратами висмута или ИПП в течение 2-3 недель.

*При гастрите не ассоциированном с НР с повышенной секреторной функцией* *желудка*

* ИПП (Омепразол, Эзомепразол Рабепразол, Пантопрозол)
* Препараты висмута (висмут субцитрат или субсалицилат)
* Антациды :

 - альмагель не более 2-3 недель;

 - альмагель А, содержит анестезин, применяется при выраженном болевом синдроме;

 - маалокс, гастал, гелусил, гелусиллак в течение месяца.

 - фосфалюгель - 2-3 недели.

*При болевом синдроме - спазмолитики:*

- Неселективные спазмолитики: папаверин; но-шпа;

- Селективные спазмолитики: бускопан – с 6 лет, дюспаталин

ХГ С ПОНИЖЕННОЙ СЕКРЕЦИЕЙ

Заместительная терапияп ферментами

Стимуляторы желудочной секреции: *сок подорожника, плантоглюцид – 3-4 нед., назначение стимулирующих трав (отвар тысячелистника, подорожника,шиповника), препараты лимонной и янтарной кислоты (Лимонтар), горечи*

При тошноте, рвоте – прокинетики –*мотилиум, церукал*

ХГ с *дуоденогастральным рефлюксом*

* Прокинетики: Метоклопрамид (церукал, реглан по 0,5-1 мг/кг в сутки, Домперидон (мотилиум, мотилак, мотониум по ½ -1 таб) за 30 мин до еды 7-14 дней;
* Препараты урсодезоксихолевой кислоты УДХК (урсофальк, урсосан и др.)
* Дробное питание, малыми порциями, последний прием пищи за 3 часа до сна;
* Сон с приподнятым головным концом кровати;
* Устранение факторов, способствующих повышению внутрибрюшного давления;
* Исключение спазмолитиков мотропного действия (но-шпа, папаверин) и желчегонных препаратов.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее оптимальными сроками направления больных на санаторное лечение являются первые 3 месяца после обострения, а не через 3 месяца, как это было принято ранее. Санаторно-курортное лечение включает в себя: лечебный режим двигательной активности, диетическое питание, внутреннее и наружное применение минеральных вод, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, психо- и иглорефлексотерапию, по показаниям - медикаментозные средства. Рекомендуются местные санатории: "Жемчужина", Ижминводы и бальнеологические курорты: Ессентуки, Трускавец, Железноводск. Санаторно-курортное лечение показано проводить ежегодно в течение 3 лет.

*Роль врача общей практики в предупреждении заболеваемости.*

Рекомендации по здоровому образу жизни, рациональное питание, выявление хеликобактернгой инфекции у родителей, лечение всех членов семьи.

**Задача №2 Ситуационная задача по питанию здорового ребенка**

Составить диетотерапию ребенку 2 мес., находящемуся на естественном вскармливании рождении, с массой при рождении 3400г

Питание ребенка в первые 3 мес. жизни выглядит следующим образом.

Пример: ребенку 2 мес, масса тела 3400+600+800=4800 г.

Суточный объем питания составляет 4800/6 =800мл, разовый объем: 800/6 = 135мл

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Часы кормления | **Наименование продуктов** | Объем, мл |
| 6 ч | Грудное молоко | 135 |
| 9 ч 30 мин | Грудное молоко | 135 |
| 13 ч | Грудное молоко | 135 |
| 16 ч 30 мин | Грудное молоко | 135 |
| 20 ч | Грудное молоко | 135 |
| 23 ч 30 мин | Грудное молоко | 135 |

Суточная потребность в белках, жирах, углеводах, энергии: рассчитывается на фактическую массу ребенка с учетом его возраста и согласно среднесуточным нормам физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для детей раннего возраста, 2008

белки= 4,8\*2,2=10,56 г

жиры=4,8\*6,5=31,2 г

углеводы=4,8\*13=62,4

энергия=4,8\*115=552 ккал

**Оценка** - если все расчеты произведены правильно и соблюдалась схема введения прикормов согласно « Национальной программе оптимизации питания ребенка первого года жизни» 100 баллов,  без учета возраста ребенка и нет своевременного введения прикорма или наоборот - <70баллов(%,) , ошибка в расчетах - 70–79 баллов, нет функционального подхода к назначению прикормов или смесей - 80–89 баллов

**Задача 3 Ситуационная задача по заболеваниям детского возраста**

 Девочка в возрасте 10 лет поступила на стационарное лечение с жалобами на кашель с мокротой, общую слабость, одышку, повышение температуры тела до 38-39,7°С, головную боль.

 Анамнез заболевания: больна в течение 10 дней. Заболевание началось с повышения температуры тела до 38,8°С, насморка, чихания. Участковый педиатр назначил следующее лечение по поводу острой респираторной вирусной инфекции: жаропонижающие, антигис-таминные средства, витамины, обильное питье, капли в нос. Через неделю девочка была выписана в школу- В первый же день посещения школы девочка простудилась на уроке физкультуры, вновь поднялась температура тела до 39°С, появился сильный кашель, затрудненный вдох, общая слабость.

 Анамнез жизни ребенка: без особенностей. Росла и развивалась соответственно возрасту. Привита по календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, редкие ОРВИ.

Объективные данные: состояние тяжелое. Выражена респираторная одышка до 32 в минуту, втяжение уступчивых мест грудной клетки. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Мраморность кожных покровов, кожа сухая, горячая на ощупь. Температура тела 39,2°С. Перкуторный звук над легкими справа над нижней долей укорочен, слева - тимпанический. Дыхание слева жесткое, справа над нижней долей ослабленное. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны чистые, ясные, ритмичные. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный, при пальпации печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

 Гемограмма: эритроциты 4,1х1012/л, гемоглобин 128 г/л, лейкоциты 12,5х109 /л, эозинофилы 2%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 59%, лимфоциты 29%, моноциты 6%, СОЭ 38 мм/час.

 Рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, корни легких инфильтрированы, справа в нижней доле определяется инфильтративное затемнение с нечеткими контурами. Синусы прослеживаются. Сердце в пределах нормы.

 Общий анализ мочи: удельный вес 1014, белок 0,099%, микроскопия без особенностей.

Задание:

1 Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2 Какие необходимы дополнительные методы исследования?

3 Назначьте лечение.

 ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Правосторонняя очагово-сливная пневмония, внебольничная, острое течение, ДН Iст. на основании следующих данных:

- жалобы на кашель с мокротой - респираторный, общую слабость- интоксикационный, одышку – дыхательных расстройств, повышение температуры тела до 38-39,7°С, головную боль- интоксикационный . К синдрому локальных изменений относится – отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими справа над нижней долей укорочен, слева - тимпанический.

- рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, корни легких инфильтрированы, справа в нижней доле определяется инфильтративное затемнение с нечеткими контурами.

Характерны также изменения в ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз, ускорена СОЭ.

2.Дополнительные методы исследования: биохимический анализ крови – общ.белок, глюкоза, СРБ, коагулограмма,рН; ФВД, ЭКГ, бакпосев мокроты, повторить общий анализ мочи

3. Принципы терапии – антибактериальная этиотропная терапия – амоксициллин, дезинтоксикационная, симптоматическая, физиотерапия, дыхательная гимнастика, массаж

**Оценка**  - только предварительный диагноз – «пневмония», без учета клинической формы и определения тяжести и т.д. согласно рабочей классификации - <70баллов(%,) , диагноз не полный, нет интерпритации анализов, синдромов. - 70–79 баллов, нет посиндромной диагностики, не полные принципы терапии - - 80–89 баллов, полные ответы на вс е 4 вопроса, с обоснованием диагноза – 100 баллов

**Задача № 4 Ситуационная задача по детским инфекциям**

 Ребенок 8 лет заболел вечером: повысилась температура до 39 °С, появились боли в горле, однократная рвота, на следующий день появилась сыпь. При поступлении в клинику (на 2-й день болезни) отмечались вялость, анорексия, на гиперемированной коже обильная мелкоточечная сыпь по всему телу, с преимущественной локализацией в кожных складках. В зеве - яркая отграниченная гиперемия. Миндалины увеличены до 2 ст., в лакунах – гнойные наложения. Язык обложен густым беловато-желтым налетом. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 136 в мин. Живот мягкий. Печень на 1 см ниже края реберной дуги. Стул и мочеиспускание в норме.

ОАК: Er - 3,8х109/л, Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, L - 12х106/л, э 1%, п 4%, с 78%, л 13%, м 4%, СОЭ 28 мм/ч.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. Обоснуйте диагноз.

3. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

4. Составьте план лечения данного ребенка.

5. Составьте план профилактических мероприятий в очаге инфекции.

Эталон ответа:

1. Скарлатина, типичная, среднетяжелая форма

2. На основании наличия в клинике 3 типичных синдромов скарлатины:

 -синдром интоксикации ( лихорадка до 39 °С, вялость, анорексия)

-синдром экзантемы (на гиперемированной коже обильная мелкоточечная сыпь по всему телу, с преимущественной локализацией в кожных складках)

- синдром ангины (яркая отграниченная гиперемия слизистых ротоглотки, миндалины увеличены до 2 ст., в лакунах – гнойные наложения)

Лабораторных данных: лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

3. Диагноз скарлатина ставиться клинически. Для исключения осложнений на 3-10 и 21 день болезни ОАМ, на 21 день болезни ОАК.

4. Этиотропная терапия Препаратом выбора является бензилпенициллин (50000-100000 ЕД/кг в течение 7-10 дней). Альтернатива- другие пенициллинового ряда, феноксиметилпенициллин, цефалоспорины 1 и 2 поколений, макролиды, клиндамицин, ванкомицин.

 Патогенетическая и симптоматическая терапия

- десенсибилизирующие препараты (антигистаминные препараты);

- витаминотерапия;

- местное лечение ангины (обработка миндалин и орошение зева растворами антисептиков);

- симптоматическая терапия (анальгетики, жаропонижающие и т.п.).

5. - Больной изолируется на 22 дня..

 - На контактных детей до 2-го класса накладывают карантин на 7 дней, если больной был изолирован; на 17 дней - в тех случаях, когда изоляция больного не проводилась.

- Дезинфекция (влажная уборка и проветривание помещений) проводится силами родителей и персонала ДДУ.