

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ
ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины Этапность лечения детей и подростков с
хронической неинфекционной патологией

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2022

**Тема 8. Восстановительное лечение и реабилитация при
хронической мальабсорбции у детей.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Этапность
лечения детей и подростков с хронической неинфекционной
патологией»

Разработаны:

доцентом кафедры
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.
Леденевой Л.Н.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,
зав. кафедрой

Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для
обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия
2022 года набора очной формы
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции

1.Цель Ознакомить обучающихся с основами восстановительного лечения и

реабилитация при синдроме мальабсорбции «. Восстановительное лечение и реабилитация при хронической мальабсорбции у детей.», студенты должны научиться диагностировать данное заболевание, определять порядки оказания помощи и назначать медицинскую реабилитацию пациентам.

2.Учебные вопросы

1. Методы терапии (восстановительное медикаментозное и немедикаментозное лечение).
2. Методы реабилитации.
3. Принципы диспансеризации.
4. Профилактика.
5. Прогноз. Исход.

3. Теоретическая часть

Синдром нарушения кишечного всасывания (СНКВ) или синдром мальабсорбции является одной из частых причин характерных расстройств пищеварения и питания в детском возрасте

Различают:

- расстройства пищеварения в просвете кишки или в мембране щеточной каймы энтероцитов (мальдигестия)
- нарушение транспорта нутриентов через мембрану щеточной каймы в ток крови (собственно мальабсорбция).

В основе СНКВ часто лежит дефицит определенных кишечных ферментов

СНКВ может быть как генетически обусловленным заболеванием, так и возникать в результате многих патологических состояний ЖКТ. Часто является причиной отставания в физическом развитии в детском возрасте

Диагностика его затруднена

Возникает важная медико-социальная проблема по реабилитации и социальной адаптации больных с СНКВ

К синдрому мальабсорбции относятся:

Муковисцидоз
Целиакия
Дисахаридная недостаточность
Экссудативная энтеропатия

Порядок оказания медицинской помощи (далее – порядок) – это последовательность действий, обоснованная клиническими рекомендациями и протоколами лечения, для проведения эффективных лечебно-диагностических мероприятий

Правила организации деятельности медицинской организации (ее подразделения, конкретного врача);

- Стандарт оснащения медицинской организации;
- Штатные нормативы медицинской организации;

Этапы оказания медицинской помощи

Первый этап

Сельское поселение

- ФАП
- участковая больница
- районная больница
- амбулатория
- центры обзев (семейной) врачебной практики

Второй этап

Муниципальный район

- ЦРБ
- станция (отделение) скорой медицинской помощи
- станция (отделение) переливания крови
- родильный дом, женская консультации

- диспансеры (межрайонные)
- медицинские центры (межрайонные)

Третий этап

Субъект Федерации

- областная (краевая, окружная, республиканская) больница
- областная (краевая, окружная, республиканская) детская больница
- областной (краевой, окружной, республиканский) родильный дом - диспансеры областные (краевые, окружные, республиканские)
- другие областные (краевые, окружные, республиканские) медицинские учреждения

Формы медицинской помощи

- экстренная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;
- неотложная медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;
- плановая медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью

Обобщая клинико-эпидемиологическую ситуацию МВ у детей СК за 14 лет динамического наблюдения и проведя сравнительную оценку качества помощи больным, в 2008 г. в СК был введен Регистр пациентов с муковисцидозом, созданный ГУ Медико -генетическим научным центром РАМН, Российским центром муковисцидоза и НИИ Пульмонологии ФМБА России. В настоящее время (2015 год) в него занесены 64 пациента СК, страдающий МВ

В 2007 году Россия вошла в рабочую группу, созданную Европейской ассоциацией МВ, по неонатальному скринингу.

По данным МЗ РФ в 2010 году скрининг был проведен 95-96% новорожденных, а частота заболевания в России составила 1:10 000

Алгоритм диагностики МВ:

1 этап

Неонатальный скрининг и/или жалобы + анамнез жизни + семейный анамнез + анамнез заболевания с динамикой его развития

2 этап

Осмотр, описание внешних особенностей (отставание в физическом развитии, обструктивное поражение бронхолегочной системы и панкреатическая недостаточность, нормальные или пограничные показатели пилокарпинового теста)

3 этап

Пилокарпиновый тест, определение ХМ и пре-β-ЛП сыворотки крови и ЛФТХм, Na, В, Рb в волосах

отрицательные результаты

Диагноз

не выставляется

положительные результаты

Диагноз МВ

Диагноз не выставляется

Рекомендации по профилактике обструктивного синдрома

4 этап

С целью подтверждения диагноза МВ генетическое

обследование направление в Российский Центр

Муковисцидоза занесение данных в Регистр

больного МВ РФ **5 5 этап**

Реабилитация
Лечение
Прогноз
Диспансеризация

АМБУЛАТОРНО

Диета с повышенной калорийностью на 40%, доза жира – возрастная
Ребенок должен получать пожизненно ежедневно:

- креон
- пульмозим
- урсосан
- АЦЦ
- антибактериальную терапию
- витаминотерапию
- кинезотерапию

ЦЕЛИАКИЯ - Иммуно-опосредованное системное заболевание, вызываемое глютеном и соответствующими проламинами у генетически предрасположенных индивидуумов, характеризующееся наличием разнообразных сочетаний глютен-зависимых клинических проявлений, специфических антител, HLA DQ2 и DQ8 гаплотипов и энтеропатии
ДИСАХАРИДАЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - Синдром желудочно-кишечных расстройств, обусловленный нарушением расщепления и всасывания дисахаридов (лактозы, сахарозы и др.) в тонкой кишке
ЭКССУДАТИВНАЯ ЭНТЕРОПАТИЯ - Не является отдельной нозологической единицей и встречается при многих заболеваниях, в основном пищеварительной системы, это состояние при котором в силу различных патологических процессов происходит нарушение всасывания сывороточных белков в ЖКТ

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С СНКВ - «Д»

учет Рекомендации по питанию и режиму

- Рекомендации по лечению
- Регулярное наблюдение
- 1-2 раза в месяц первые 3 месяца
 - затем 1 раз в месяц 1 год
 - затем 1 раз в 3 месяца

4. Практическая часть

Задание 1. Курация больного:

- постановка диагноза
- назначение схемы наблюдения за больным
- назначение порядка ведения больного
- назначение реабилитационных мероприятий

Задание 2. Решите задачу

Задача 1

Мальчик 3 лет находился в краевой больнице по направлению районного педиатра для уточнения диагноза. С рождения отмечались запоры, частые респираторные заболевания с длительным мучительным кашлем, отставание в физическом развитии. После обследования в краевой больнице у ребенка удалось выявить легочно-кишечную форму муковисцидоза. Ребенок получил курс лечения, выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Задание:

1. Дайте рекомендации по питанию ребенка
2. Дайте рекомендации по диспансерному наблюдению.

Задача 2

Мальчик 2-х лет поступил в стационар. У ребенка отмечаются вялость, слабость, частый влажный кашель.

Ребенок от второй беременности вторых срочных родов. У матери –

повторный брак. От первого брака имеется сын 5 лет, здоров. Данные беременность и роды – без особенностей. Масса при рождении 3500 г. К груди приложен в родильном зале. С рождения при плаче ребенок синел, закатывался, отмечались кратковременные апноэ. Из родильного дома на 4 сутки переведен в стационар, где получал лечение по поводу Церебральной ишемии с синдромом угнетения ЦНС. Через неделю после госпитализации в результате контакта с больными ОРВИ заболел бронхолитом. Заболевание протекало тяжело и длительно. Домой выписан через 1 месяц с улучшением. На грудном вскармливании – до года. Прикормы введены соответственно возрасту. Часто болел ОРЗ: на первом году жизни 3 раза – острый бронхит, из них 2 раза – обструктивный, на втором году жизни – 2 раза бронхит, 2 раза – пневмония. Заболевания всегда протекали тяжело, длительно сохранялся кашель с трудно отделяемой мокротой, длительно сохранялась гипертермия. Лечение всегда проходило в условиях стационара. При пневмонии оба раза из мокроты высеивались синегнойная палочка и золотистый стафилококк. После года стал отставать в массе. Появилась склонность к запорам.

У бабушки по линии отца умерло 3-е детей в раннем возрасте. Объективно: состояние ближе к тяжелому за счет дыхательной недостаточности. Кожа бледная, повышенной влажности. Увеличены заднешейные лимфоузлы. Грудная клетка – килевидная. В легких – крепитирующие хрипы по всем полям. ЧДД 54 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ЧСС 126 в мин. Систолический шум на верхушке. Печень + 3 см. Мочеиспускание – без особенностей. Стул – 4-5 раз в день, кашецеобразный, зловонный, жирный, плохо смывается с горшка.

Задание:

1. Предположите диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифдиагноз?
3. Какие обследования необходимы для его подтверждения?
4. В консультации каких специалистов нуждается ребенок?

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Методы терапии (восстановительное медикаментозное и немедикаментозное лечение).
2. Методы реабилитации.
3. Принципы диспансеризации.
4. Профилактика.
5. Прогноз. Исход.

6. Тестовые задания

1. Основные направления в лечении непереносимости сахарозы (3): а) исключение из диеты продуктов, богатых сахарозой б) введение в диету продуктов, бедных сахарозой в) введение молока растительного происхождения г) назначение ферментов углеводного цикла

д) добавление в смеси из коровьего молока глюкозы вместо сахарозы

2. Какова длительность аглютеновой диеты при целиакии:

а) 1 месяц

б) 6 месяцев

в) 1 год

г) 5 лет

д) пожизненная

3. Течение и прогноз муковисцидоза определяют в основном изменения: а) бронхолегочные б) кишечные в) урогенитальные

г) поджелудочной железы

4. Методами кинезитерапии являются:

а) флексибол,

б) хаффинг,

в) батут,

г) флаттер-терапия,

д) УВЧ на грудную клетку.