

91 Салли
Волыкова О.В.
✶

ФГБОУ В О ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

«Организация диспансерного наблюдения детей с заболеваниями ЖКТ»

Выполнила:

Студентка 5 курса 1 группы

педиатрического факультета

Аликанкина Дарья
Дмитриевна

Волгоград 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Цель научно-исследовательской работы:	7
Задачи научно-исследовательской работы:	7
Основные определения и понятия:	8
Теоретическая часть научно-исследовательской работы	9
Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (повышенная кислотность).....	13
Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (сниженная кислотность).....	15
Схема диспансеризации и реабилитации детей с дискинезией желчевыводящих путей.....	18
Схема диспансеризации и реабилитации детей с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....	21
Собственное исследование	24
Выводы	26
Список литературы.....	28

Введение

Диспансеризация — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики. В условиях постоянного ухудшения здоровья населения диспансеризация позволяет снизить уровень заболеваний, т.к. выявляются категории населения с факторами риска, проведение им профилактических, оздоровительных мероприятий, ориентация на здоровый образ жизни позволяют не допустить развития патологии. Диспансеризация детей предупреждает тяжелое течение заболеваний, возникновение обострений, развитие инвалидизации, уменьшает риск преждевременной смертности. Большое значение для здравоохранения и социальноэкономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны. Диспансеризация детского населения России регламентирована следующими действующими нормативными документами.

Постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2001г. № 916, утвердившим «Положение об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков и молодежи»;

Приказ Минздрава России от 07.05.98 №151 «О временных отраслевых стандартах объемов медицинской помощи детям»;

Приказ Минздрава России от 15.03.02 №81 «О проведении Всероссийской диспансеризации детей в 2002 году»;

Приказ Минздрава России от 14.07.03 №307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним»;

Приказ Минздрава России от 30.12.03 №621 «О комплексной оценке

состояния здоровья детей»;

приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 08.12.04 г. «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».

Приказ №307 МЗ и Социального развития Российской Федерации от 28.04.2007 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни»

Приказ № 60 от 05.05.99. «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»;

Приказ №1346н от 21.12.2012 МЗ и СР РФ «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

В 2002 году проводилась Всероссийская диспансеризация всего детского населения по расширенной программе. Получена подробная информация о здоровье различных категорий детей в разные возрастные периоды. При проведении диспансеризации использовались автоматизированные системы, что позволило получить большой статистический материал о состоянии здоровья, распространенности патологии, ее зависимости от возраста, пола, места проживания и воспитания детей, эффективности и адекватности лечебнопрофилактических мероприятий.

Однако наиболее часто отклонения в здоровье детей диагностируются в определенные возрастные периоды. Поэтому, начиная с 2005 года диспансеризация детского населения проводится в возрастах, определенных приказом Министерства здравоохранения и социального развития от 9 декабря 2004 года № 310 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка»: при достижении ребенком возраста 1 мес., а также в 1, 3, 6, 7, 10, 12 лет, кроме этого в пубертатном периоде (14-15 лет) и перед окончанием школы (16-17 лет). Использован опыт Всероссийской диспансеризации детей 2002 г. и результаты медицинского осмотра каждого ребенка документируются в «Карте диспансеризации» (ф. № 030-Д/у) на электронном и бумажном

носителях. Бумажные варианты карты фиксируются в «Истории развития ребенка», «Медицинской карте школьника», электронные версии направляются на региональный и федеральный уровень.

В настоящее время в Волгоградской области диспансеризация детского населения осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних".

Отдел диспансеризации осуществляет координацию работы по диспансеризации детского населения области, обработку и направление базы диспансеризации на электронных носителях в федеральный центр, ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии» Росмедтехнологий, мониторинг состояния здоровья детей области по результатам диспансеризации.

В отдел мониторинга из ЛПУ карты поступают ежемесячно и направляются в федеральный центр диспансеризации ежеквартально.

Дети декретированных возрастов (1 мес., а также 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14-17 лет), ежегодно проходят тестирование по базовой скрининг-программе, лабораторное обследование, с последующим осмотром врачом-педиатром, далее врачами специалистами в зависимости от возраста ребенка.

Дети, не подлежащие плановым профилактическим осмотрам (2, 4, 5, 8, 9, 11 и 13 лет), также проходят тестирование, лабораторное обследование и осматриваются врачами специалистами по показаниям. Заполнение диспансерных карт в электронном варианте на них не требуется, если не выявлена патология.

Дети, состоящие на диспансерном учете по заболеванию осматриваются и обследуются врачами-педиатрами и специалистами по профилю патологии, с заполнением диспансерных карт. Кратность наблюдения зависит от возраста и характера патологии ребенка.

Проведение диспансеризации не предусматривает регистрацию больных острыми заболеваниями, поэтому изучение заболеваемости по результатам

диспансерных осмотров позволяет определить уровень и динамику хронической патологии в детском возрасте.

Цель научно-исследовательской работы: изучить эффективность диспансерного наблюдения на участке детей с заболеваниями ЖКТ.

Задачи научно-исследовательской работы:

1. Изучить научно-методическую и справочную литературу по вопросу.
2. Изучить соответствующую документацию.
3. Исследовать значение диспансеризации для здоровья ребенка.
4. Рассмотреть плановую диспансеризацию детей с заболеваниями ЖКТ на участке.
5. Изучить диспансерные группы детей на участке.
6. Анализ и синтез полученных данных.

Основные определения и понятия:

Диспансеризация, скрининг (от англ. *screening* — массовое обследование) — комплекс мероприятий в системе здравоохранения, проводимых с целью выявления и предупреждения развития различных заболеваний у населения. Диспансеризация представляет собой профилактические медицинские осмотры, консультации врачей и медицинские исследования, проводимые в определённые возрастные периоды человека.

Ремиссия (лат. *remissio* «уменьшение, ослабление») — период течения хронической болезни, который проявляется значительным ослаблением (*неполная ремиссия*) или исчезновением (*полная ремиссия*) её симптомов.

Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Диспансерное наблюдение детей с различными заболеваниями направлено на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врожденных или приобретенных дефектов.

В настоящее время Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» предоставляет педиатрам и врачам-специалистам четкий алгоритм действий для проведения осмотра и диспансерного наблюдения детей и подростков. Некоторые пункты из данного закона приведены ниже:

2. Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

13. Уполномоченное должностное лицо медицинской организации на основании поименных списков несовершеннолетних составляет календарный план проведения профилактических осмотров с указанием дат и мест их проведения, необходимого количества осмотров врачами-специалистами (с указанием должности, фамилии и инициалов), лабораторных, инструментальных и иных исследований, числа несовершеннолетних по каждой возрастной группе (далее - календарный план).

17. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), давность которых не превышает 3 месяцев с даты проведения осмотра врача-специалиста и (или) исследования, а у несовершеннолетнего, не достигшего

возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров врачами-специалистами и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра врача-специалиста и (или) исследования. Результаты флюорографии легких (рентгенографии (рентгеноскопии), компьютерной томографии органов грудной клетки), внесенные в медицинскую документацию несовершеннолетнего (историю развития ребенка), учитываются, если их давность не превышает 12 месяцев с даты проведения исследования.

18. В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование.

19. Профилактический осмотр является завершённым в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в Перечень исследований, и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций профилактический осмотр является завершённым в случае проведения дополнительных консультаций, исследований, назначенных в соответствии с пунктом 18 настоящего Порядка, и (или) получения информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций (II этап).

22. На основании результатов профилактического осмотра врач, ответственный за проведение профилактического осмотра:

1) определяет группу здоровья несовершеннолетнего в соответствии с Правилами комплексной оценки состояния здоровья несовершеннолетних;

2) определяет медицинскую группу для занятий физической культурой в соответствии с Правилами определения медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой и оформляет медицинское заключение о принадлежности несовершеннолетнего к медицинской группе для занятий физической культурой по форме;

3) направляет информацию о результатах профилактического осмотра медицинским работникам медицинского блока образовательной организации, в которой обучается несовершеннолетний.

При наблюдениях за детьми участковый врач вместе со специалистами оценивают критерии жизнедеятельности, следят за проводимой реабилитацией и ее эффективностью, определяют сроки обследования и снятия с учета. При диспансеризации больных детей необходимо систематически проводить лечебно-просветительную работу с больными детьми и их родителями, объяснять необходимость посещения больничной школы здоровья по профилю болезни. В детской поликлинике учет и контроль за диспансерным наблюдением больного ребенка осуществляется посредством контрольной карты диспансерного наблюдения (форма № 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего" в соответствии с Порядком заполнения учетной формы № 030-ПО/у-17 "Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего", утвержденным настоящим приказом.), в которой указываются сроки текущего и повторного осмотров.

Важнейший раздел диспансеризации больных детей – восстановительное лечение (медицинская реабилитация), отвечающее задачам вторичной профилактики, которая предусматривает активное динамическое наблюдение за выявленными больными, своевременное и качественное оказание детям необходимой квалифицированной лечебно-диагностической помощи, проведение оздоровительных мероприятий с целью обеспечения их полного выздоровления, снижения частоты повторных случаев заболеваний, предупреждения возникновения хронической патологии и инвалидности.

Под реабилитационной педиатрией следует понимать систему государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на полную ликвидацию патологических изменений, нарушающих ход нормального развития детского организма, либо при достижении полного выздоровления, либо при максимально возможной компенсации врожденных или приобретенных дефектов развития и нарушений функций, а также на возвращение ребенка в предельно короткие сроки к свойственному для его возраста образу жизни, обеспечивающему гармоничное физическое и духовное развитие.

Целью реабилитации является эффективное и как можно более раннее возвращение больных и инвалидов к общественно полезной деятельности, формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, семье, обществу. Особенно актуальна организация восстановительного лечения в детских поликлиниках, где должны проводиться выявление детей, нуждающихся в восстановительном лечении, диспансерное наблюдение за ними. Реабилитацию необходимо начинать на самых ранних стадиях болезни. Процесс восстановительного лечения следует осуществлять непрерывно, на каждом своем этапе он должен носить комплексный характер.

Методика диспансерного наблюдения детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) определяется как характером патологии, так и периодом болезни. Выделяют следующие группы диспансерного учета:

1 группа – пациенты в стадии стойкой ремиссии, характеризующейся отсутствием каких-либо проявлений болезни в течении более 2 лет после последнего обострения;

2 группа - пациенты в стадии ремиссии, характеризующейся отсутствием каких-либо проявлений болезни от 1 года до 2 лет после последнего обострения;

3 группа – пациенты в стадии реконвалесценции, длящейся в течении 1 года

после последнего обострения;

4 группа – пациенты в стадии обострения, характеризующейся типичной для данного вида патологии симптоматикой.

В стадии стойкой ремиссии не должно быть клинических проявлений и эндоскопических признаков воспалительного процесса со стороны ЖКТ свыше 2 лет. В стадии ремиссии клинические, лабораторные, рентгенологические и эндоскопические проявления болезни отсутствуют в течении 1-2 лет; функциональное состояние пораженного органа или всей системы приближается к норме. Однако при этом могут наблюдаться умеренно выраженные морфологические изменения.

В стадии реконвалесценции могут отмечаться периодические жалобы и боли в животе, ощущения дискомфорта в области желудка, отрыжка кислым или пищей, изжога, тошнота. Пальпаторно возможно выявление локальной болезненности в соответствующих зонах живота. Функциональные исследования, лабораторные показатели и данные эндоскопического исследования отражают положительную динамику патологических изменений в пораженном органе или системе в целом по сравнению со стадией обострения болезни.

Стадия обострения характеризуется отчетливо выраженными клиническими проявлениями, лабораторно-инструментальными и морфологическими признаками болезни, что является показанием для госпитализации пациента в специализированное детское гастроэнтерологическое отделение для выявления причины обострения патологического процесса, проведения комплекса исследований, позволяющих уточнить клинический диагноз заболевания, и для проведения на этой основе комплексного лечения с рекомендациями по соблюдению реабилитационных мероприятий и выполнению рекомендаций по дальнейшему диспансерному наблюдению.

Основные организационные принципы медицинской реабилитации для детей как с заболеваниями ЖКТ, так и с другими заболеваниями:

- включение реабилитационных мероприятий на самых ранних стадиях

болезней детского возраста;

- индивидуальный подход к составлению программ реабилитации с учетом особенностей течения заболевания, возраста ребенка, особенностей условий его жизни и воспитания;

- непрерывность, последовательность и преемственность мероприятий на различных этапах реабилитации с врачебным контролем за их результатами;

- комплексность в построении программ с учетом использования всего арсенала средств реабилитации;

- доступность методов реабилитации; формы и методы организации должны быть простыми и экономически эффективными;

- активное и сознательное участие родителей больного ребенка в программе медицинской реабилитации;

- заключительным этапом реабилитации является профессиональная ориентация, т. е. возможность возвращения в школу, в детский коллектив.

Объем реабилитационных мероприятий предусматривает применение лечебного питания, медикаментозных средств, минеральных вод и фитотерапии, физиотерапевтических процедур соблюдение режима и т.д.

Для каждого заболевания существуют свои стандарты лечения и последующего диспансерного наблюдения. Выполнение этих установленных алгоритмов способствует увеличению продолжительности ремиссии, что положительно влияет на динамический рост и развитие ребенка.

Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (повышенная кислотность)

Хроническое, рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-деструктивное поражение слизистой оболочки желудка с повышением общей кислотосекретирующей способности слизистой оболочки желудка.

Диспепсическая форма характеризуется кислой отрыжкой, изжогой, чувством давления и распирания в эпигастрии, возникающим после еды,

иногда через 2- 3 часа, у некоторых больных наблюдается рвота при сохраненном аппетите, отрыжка кислым. Прием пищи, молока, воды приносит облегчение. При болевой форме – болевой синдром умеренно выраженный, боли поздние и голодные боли в подложечной области через 2-3 часа после еды, ночные, утренние боли тупого ноющего характера в подложечной области. Часто такой гастрит сопровождается нарушением стула по типу абстиненции (запора).

Диспансерный учет

Таблица 1. Кратность осмотров специалистов, методов обследования детей с хроническим гастритом (повышенная кислотность)

Осмотр специалистами, методы обследования	Кратность наблюдения
Педиатр	после выписки из стационара 4 раза, а затем 2 раза в год
Гастроэнтеролог	4 раза в год, затем 2 раза в год
ЛОР	2 раза в год
стоматолог	2 раза в год
ОАК	2 раза в год
ОАМ	2 раза в год
кал на я/г, лямблии	2 раза в год
Фракционное исследование желудочного сока или РН-метрия	1 раз в год
ФГС, дуоденальное зондирование	По показанию
Дистанционная термография	1 раз в год

Реабилитация

Режим шадящий: прогулки на свежем воздухе, дневной сон.

Стол № 1 в течение 3 месяцев, затем стол №5. Исключаются: ржаной и свежий белый хлеб; слоеное, слоёное тесто; жирные сорта мяса; консервы, копчености; сваренные вкрутую яйца; острые сыры; жиры; соленые,

квашенные, маринованные овощи и грибы, овощные консервы, бобовые; супы на наваристых мясных, рыбных бульонах; шоколад, халва, квас, кофе, газированные напитки, какао, соусы и пряности.

Базисная терапия по показаниям (викалин, викаир, вентер, гастронепин, трихопол), курсы альмагеля, гастротарма.

При наличии гастроуденального рефлюкса – элеутерококк, настойка аралии, женьшень – 1 капля на год жизни в течение месяца.

Седативная терапия: валериана, пустырник, мята перечная, препараты брома.

Спазмолитики: папаверин, но-шпа.

Витаминотерапия: аскорбиновая кислота, витамины группы В.

Стимулирующая терапия: алоэ, пентоксил, метилурацил.

Физиотерапия: электрофорез атропина, новокаина, парафиновые и озокеритовые аппликации, воротник по Щербаку.

Фитотерапия: ромашка, корень аира, лист белой березы, трава зверобоя, семя льна, мята перечная, трава золототысячника, трава чабреца, прополис.

Минеральные воды: Славяновская, Смирновская, Эссентуки № 4 и др. воду пить быстрыми глотками за 1-1,5 часа до еды – 5 мл/кг массы, в течение месяца, 2-3 курса в год.

Иглорефлексотерапия, гомеопатия, ЛФК.

Физкультура: подготовительная группа, затем – основная при стойкой ремиссии.

Санаторно-курортное лечение: Железноводск, Эссентуки, Сергиевские минеральные воды.

Прививки по заключению иммунолога.

Срок диспансерного наблюдения 3 года.

Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (сниженная кислотность)

Хроническое, рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-деструктивное поражение слизистой оболочки желудка с понижением общей кислотосекретирующей способности слизистой оболочки желудка.

У детей подобный гастрит является редким и встречается преимущественно у более старших детей.

Наблюдается нарушение аппетита, плохой вкус во рту, слюнотечение, отрыжка воздухом или отрыжка «тухлым», отрыжка, тошнота (часто после еды), рвота в период обострения, чувство тяжести, полноты в подложечной области, быстрая насыщаемость, глоссит, гингивит. Болевой синдром обычно выражен очень незначительно: ноющие боли через 30- 60 минут после еды, зависящие от качества и количества съеденной пищи. Часто такой гастрит сопровождается нарушением стула по типу диареи или неустойчивого стула, метеоризма.

Диспансерный учет

Таблица 2. Кратность осмотров специалистов, методов обследования детей с хроническим гастритом (сниженная кислотность)

Осмотр специалистами, методы обследования	Кратность наблюдения
Педиатр	4 раза в год (в период ремиссии), далее 2 раза в год
Гастроэнтеролог	4 раза в год, затем 2 раза в год
ЛОР	2 раза в год
Стоматолог	2 раза в год
ОАК	2 раза в год
ОАМ	2 раза в год
кал на я/г, лямблии	2 раза в год
Фракционное исследование	1 раз в год

желудочного сока или pH-метрии	
ФГС, дуоденальное зондирование	По показанию
Дистанционная термография	1 раз в год

Реабилитация

Режим щадящий: прогулки на свежем воздухе, дневной сон.

Стол №2 (2-3 мес.) № 5- исключаются: грубый ржаной хлеб, сдоба, слоеное тесто; жирные сорта мяса, копчености, соленая и вяленая рыба; яйца вкрутую, сливки, мороженное; тугоплавкие жиры, сало; бобовые, пшеничные и перловые крупы; овощи богатые грубой растительной клетчаткой (капуста); острые, жирные соусы, пряности, газированные напитки, виноградный сок.

Заместительная терапия: ацидин-пепсин, натуральный желудочный сок, пепсидил.

Ферменты – абомин, панкреатин. Витаминотерапия: гр. В, аскорбиновая кислота. Стимулирующие средства: нуклеинат натрия, метилурацил, пентоксил.

Излечение: индуктотерапия, электрофорез с платифиллином и новокаином, СМТ.

Минеральные воды: Эссентуки-17, Смирновская за 15-20 мин. до еды 3 раза в день, комнатной температуры – 5 мл/кг в течение месяца – 2-3 курса в год.

Фитотерапия: сбор №1- лист шалфея + цветок ромашки + полынь (1:1:1) сбор №2 корень одуванчика + плоды укропа (3:1). Используются также лист подорожника, трава спорыша.

Иглорефлексотерапия, ЛФК. Гомеопатия.

Группа для занятий по физкультуре: 1 год – подготовительная, 2 год – основная.

Санаторно-курортное лечение: Бугуруслан, Эссентуки, Железноводск, Сергиевские минеральные воды.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Снятие с учета через 3 года.

Схема диспансеризации и реабилитации детей с дискинезией желчевыводящих путей

Клинические проявления различных форм патологии желчевыводящей системы схожи. Наиболее частые клинические симптомы этой патологии следующие: болевой, диспепсический, астеновегетативный. Причинами дискинезии являются заболевания органов пищеварения, расстройства нервно-гуморальной регуляции, аллергии, аномалии желчного пузыря.

Диспансерный учет

Таблица 3. Кратность осмотров специалистов, методов обследования детей с дискинезией желчевыводящих путей

Осмотр специалистами, методы обследования	Кратность наблюдения на первом году
Педиатр	1 раз в квартал в первый год после обострения, далее в период ремиссии 1 раз в 6 мес., в периоде стойкой ремиссии – 1 раз в год
Гастроэнтеролог	1 раз в год, по показаниям чаще
Невропатолог	1 раз в 6 мес.
ЛОР	1 раз в 6 мес.
Стоматолог	1 раз в 6 мес.
ОАК	1 раз в 6 мес.
ОАМ	1 раз в 6 мес.
кал на я/г, лямблии	1 раз в 6 мес.
УЗИ желчного пузыря и печени	1-2- раза в год
Дуоденальное зондирование	
Холецистография	

Реабилитация

Режим щадящий.

Лечебное питание: Диета № 5.

Принимать пищу рекомендуется 5-6 раз в сутки.

-При гипертонически-гиперкинетическом типе ДЖП не следует употреблять в пищу продукты, богатые грубой клетчаткой и способствующие метеоризму: ржаной хлеб, горох, бобы. Исключить прием очень холодных блюд.

-При гипотонически-гипокинетическом типе ДЖП показаны продукты, обладающие желчегонным эффектом. Рекомендуется сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, черный хлеб. Такое питание назначается пациентам не менее чем на 1 год.

Медикаментозная реабилитация: противорецидивное лечение 6 месяцев после обострения по 10 - 14 дней ежемесячно, затем 2 раза в год (весной и осенью) в течение 3-4 недель.

-При гипертонически-гиперкинетическом типе ДЖП:

Спазмолитики: но-шпа (дротаверин), папаверин, галидор (бенциклан), дюспаталин (мебеверин гидрохлорид). Курс 5-7 дней.

Седативные препараты: настой пустырника, отвар корня валерианы, транквилизаторы. Курс 1-3 недели.

Желчегонные средства со спазмолитическим эффектом: оксафенамид, никодин.

Минеральные воды слабой минерализации: Славяновская, Смирновская, Карачинская, Ессентуки 4, 20, Нарзан и др. в подогретом виде, дробно 5-6 раз в день. Курс - 1-1,5 месяца 2 раза в год.

Физиотерапия: электрофорез с новокаином (папаверином) на правое подреберье, парафиновые аппликации № 10 - 2 раза в год, хвойные ванны.

Фитотерапия. Сбор: цветы ромашки - 2 части, мята - 2 части, корень солодки

- 1 часть, корень валерианы - 1 часть, плоды укропа - 1 часть.

- При гипотонически-гипокинетическом типе ДЖП:

Тонизирующие средства: экстракт элеутерококка, левзеи, настойка женьшеня, аралии, лимонника китайского.

Желчегонные препараты по 10-14 дней в течение 3 месяцев (сульфат магния 25%, сорбит, ксилит, фламин, флакумен и др.),

Тюбажи с сорбитом, сульфатом магния, настоем желчегонной травы, минеральной водой 1 раз в неделю. Курс 4-8 процедур 2 раза в год.

Минеральные воды высокой минерализации: Ессентуки № 17, Джермук, Арзни и др. комнатной температуры. Курс - 1-1,5 месяца 2 раза в год.

Физиотерапия: электрофорез с сульфатом магния, фарадизация, СМТ, гальванизация, ДДТ, соляные ванны.

Фитотерапия. Настои и отвары трав: кукурузные рыльца, цветы бессмертника, ромашка, листья крапивы и др., а также сок свеклы, капусты.

Сбор: трава володушки - 1 часть, плоды шиповника - 1 часть, пастушья сумка - 1 часть, лист крапивы - 1 часть, трава гречихи - 2 части, трава зверобоя - 1 часть, трава душицы - 1 часть.

ЛФК.

Профорентация: противопоказаны профессии, сопряженные со значительным физическим и нервно-психическим напряжением, невозможностью соблюдать режим питания, длительным пребыванием в вынужденном положении с напряжением брюшного пресса, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсинами, шумом и вибрацией, всеми видами излучения, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Группа по физкультуре - 6 месяцев в специальной группе, далее до 2-х лет - подготовительная.

Профилактические прививки. Разрешаются после снятия болевого синдрома.

Диспансерное наблюдение: 3 года после последнего обострения.

Схема диспансеризации и реабилитации детей с язвенной болезнью желудка

Язвенная болезнь - хроническое, рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию и вовлечению в процесс других органов пищеварения.

Основным проявлением является болевой синдром, для которого характерны: выраженность и мойнигамовский ритм болей, наличие голодных и ночных болей. У детей излюбленная локализация язвы - луковица 12перстной кишки.

Течение фазное: обострение, неполная ремиссия, полная ремиссия.

Диспансерный учет

Таблица 4. Кратность осмотров специалистов, методов обследования детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Осмотр специалистами, методы обследования	Кратность наблюдения на первом году
Педиатр	После выписки из стационара 4 раза, затем 2 раза в год
Гастроэнтеролог	4 раза в год или чаще по показаниям
ЛОР	2 раза в год
стоматолог	2 раза в год
Невропатолог, аллерголог, Генетик	По показаниям
ОАК	4 раза в год
Биохимия крови	По показаниям
ОАМ	2 раза в год
кал на я/г, лямблии, кал на дисбактериоз, на скрытую кровь – р-ция Грегерсена	4 раза в год

Иммунограмма	По показаниям
Желудочное и дуоденальное зондирование	1 раз в год
ФГС	1 раз в год
Дистанционная термография, УЗИ	1 раз в год
Рентгенография желудка	По показаниям

Реабилитация

Режим щадящий: освобождение от последнего урока, дополнительный выходной, дневной сон, прогулки на свежем воздухе.

Стол № 1 в течение 6 месяцев, затем стол № 5.

Противорецидивное лечение весной и осенью.

Противорецидивное лечение 2 раза в год по 3-4 недели.

-Базисная терапия – через месяц после основного курса лечения (де-нол, омепразол, трихопол).

-Седативная терапия: валериана, пустырник, мята перечная, препараты брома. По показаниям седуксен, сибазон, витамины гр. В.

-Стимулирующая терапия: алоэ, метилурацил, пентоксил.

-Спазмолитики: папаверин, но-шпа.

- Прокинетики: метоклопрамид, домперидон, цизаприд.

При сочетании поражений желудка и 12перстной кишки с поражением пищевода и поджелудочной железы, показаны антациды: альмагель, гастал, маалокс. Препараты нейтрализуют соляную кислоту, обеспечивают адсорбцию пепсина, желчных кислот, лизолецитина, обладают протективным действием за счет усиления секреции слизи и простагландинов.

Фитотерапия: зверобой, ромашка, тысячелистник, водяной перец.

Сборы: корень солодки, цветки ромашки (1:1) или трава тысячелистника, цветки ромашки и календулы (1:1).

Лечение прополисом: прополисный экстракт по 20 капель в воде, молоке или

0,5% р-р новокаина за 1-1,5 часа до еды 2-3 раза в день.

Физиотерапия: электросон, воротник по Щербаку (через день процедур на курсе, 2 раза в год). Парафиновые и озокеритовые аппликации 10 -15 процедур 2 раза в год.

Минеральные воды: Боржоми, Ессентуки №4 и № 17, Славяновская, Смирновская, Сергиевские минеральные воды и др.

При повышенной кислотности минеральную воду – за час до приёма пищи, без газа, комнатной температуры, 5 мл/кг массы, в течение месяца, 2-3 курса в год.

Иглорефлексотерапия, гомеопатия, ЛФК.

Для школьников рекомендуется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов на 2 месяца после обострения.

Инвалидность - при осложненном течении оформляется на 6 месяцев- 2 года.

Профориентация: противопоказаны профессии, сопряженные со значительным физическим и нервно- психическим напряжением, невозможностью соблюдать режим питания, длительным пребыванием в вынужденном положении с напряжением брюшного пресса, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсинами, шумом и вибрацией, всеми видами излучения, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Физкультура: освобождение от физкультуры на 6 месяцев после обострения, затем - ЛФК, затем подготовительная, потом – основная – при стойкой ремиссии.

Санаторно-курортное лечение: Железноводск.

Прививки по заключению иммунолога.

Срок диспансерного наблюдения 3-5 лет.

Собственное исследование

Я прошла практику в ГУЗ ДП №6, участок №12.

Всего на участке наблюдается 1300 детей.

В ходе практики были изучены журналы диспансерных больных за данный и предыдущие три года, откуда стало известно следующее:

Количество больных хроническим гастритом среди детей и подростков увеличилось на 36% по сравнению с 2015г.(см. Приложение 1)

Дискинезией желчевыводящих путей более частая патология, по сравнению с хроническим гастритом. Исходя из анализа больных, находящихся на учете ГУЗ «Детской поликлиники №6», можно сделать вывод, что количество заболевания данной группы выросло на 11% по сравнению с 2015г. (см. Приложение 2)

За последние четыре года язвенная болезнь желудка среди детского и подросткового населения тоже, как и рассмотренные выше патологии ЖКТ, имеет положительную динамику в росте. С 2015г. количество детей с диагнозом язвенная болезнь желудка увеличилось на 45%, что свидетельствует об очень негативной тенденции. (см. Приложение 3)

Критерием эффективности диспансеризации здоровых (I группа диспансерного наблюдения) является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности (отсутствие перевода в группу больных).

Критерием эффективности диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания (II группа диспансерного наблюдения), является полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критерием эффективности диспансеризации лиц, страдающих хронической патологией (III группа диспансерного наблюдения) является стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания).

Среди здоровых за последний год обнаружилось 3 с впервые выявленными хроническими заболеваниями ЖКТ.

Среди детей, перенесших острые заболевания у 15 человек установились стойкие хронические очаги.

Среди детей, уже имеющих хронические заболевания, 56 ребенка достигли стойкой ремиссии с редкими или отсутствующими рецидивами.

Всего с диспансерного учета было снято 22 человек в связи с достижением совершеннолетнего возраста.

Как видно из полученных данных, за последний год показатели диспансеризации ухудшились в связи со повышением заболеваемости ЖКТ.

Выводы

Актуальность проблемы диспансерного наблюдения детей, страдающих патологией гастроэнтерологического профиля, определяется, прежде всего, повсеместной тенденцией увеличения в последние годы заболеваемости органов пищеварения. Совершенно очевидно, что современные методики исследования, позволяют визуально оценить состояние пищеварительной системы почти на всем протяжении, а также прижизненная морфобиопсия ее органов существенно улучшили раннюю диагностику заболеваний пищеварительного тракта у детей и взрослых.

В то же время необходимо признать, что современные успехи в изучении этиологии и патогенеза болезней желудочно-кишечного тракта не сопровождаются адекватной эффективностью их лечения, несмотря на имеющийся прогресс и в этом направлении. В связи с этим особое значение приобретает совершенствование системы диспансерного наблюдения за пациентами данного контингента.

Соблюдение режима, диеты, использование методов фитотерапии способствуют поддержанию реконвалесценции, составляя в ряде случаев основу противорецидивного лечения больных, проводимого в домашних условиях под наблюдением участкового врача-педиатра и/или районного детского гастроэнтеролога. В период ремиссии эти методы лечения являются не менее важными элементами, чем фармакотерапия. Однако организм ребенка подвергается ежедневному и ежеминутному влиянию вредоносных факторов окружающей среды, поэтому даже при полном исполнении протоколов диспансеризации и реабилитации возможны случаи обострения, а также положительный рост заболеваний ЖКТ.

Исследования в этой области необходимо продолжать, эффективность методов лечения и профилактики повышать. Врач-педиатр должен

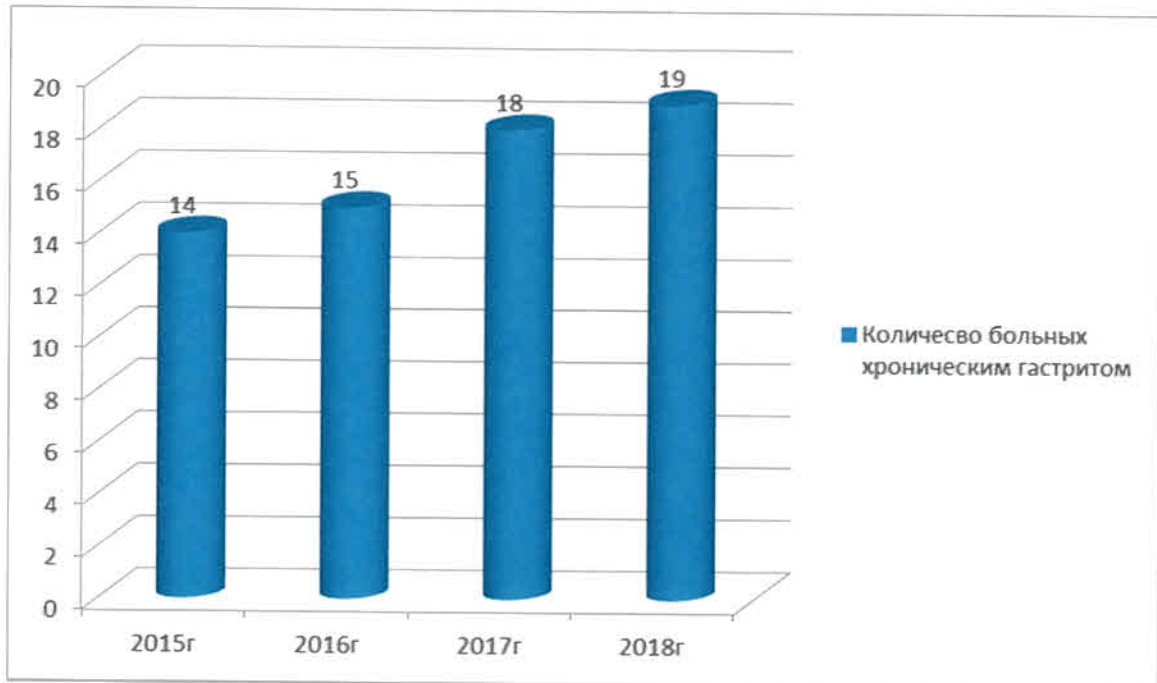
осознавать медико-социальную значимость данной группы болезней и их тенденцию к повсеместному распространению, быть готовым к проведению рутинных профилактических бесед, с целью снизить риск развития заболеваний этой группы, и в любой момент своевременно диагностировать их и реализовать лечебные и реабилитационные программы.

Список литературы

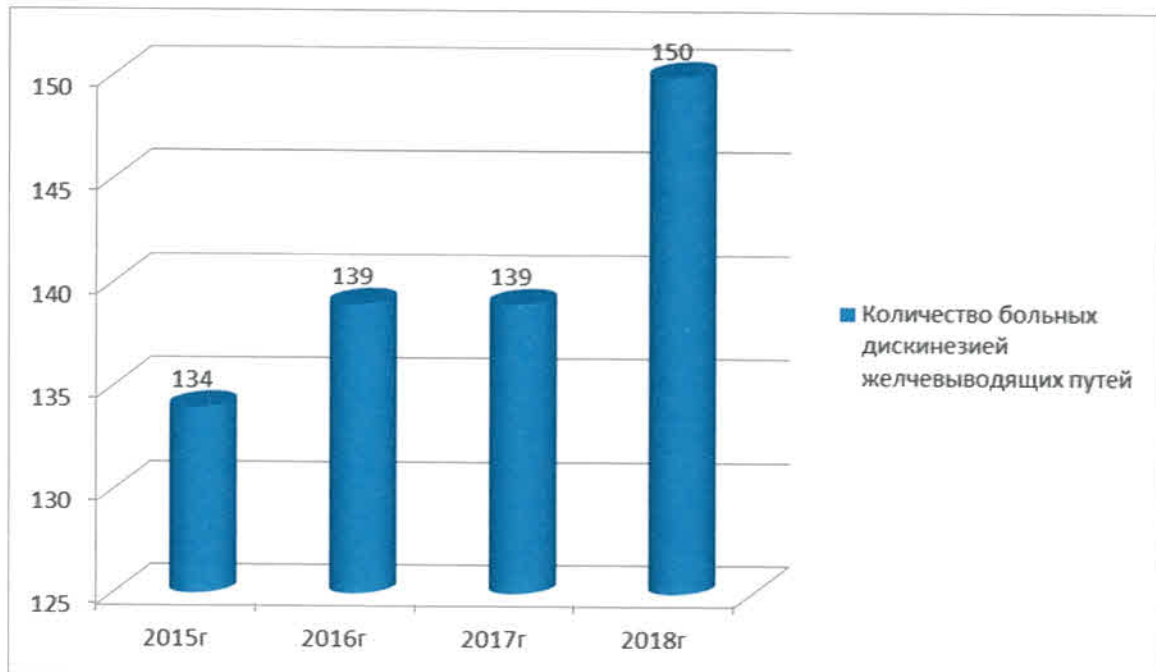
1. Рзянкина М.Ф. , Молочный В.П., Бережанская Е.В. Справочник участкового педиатра: диспансеризация детского населения. Ростов на Дону: Феникс. – 2013. – 446 с.
2. Педиатрия: клинические рекомендации / Под ред. А.А. Баранова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 272 с.
3. Болезни детей старшего возраста. Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс – информ, 2015. – 608.
4. Поликлиническая педиатрия /Чернышов В.Н. – М. ГОУ ВУНМЦ, 2014. – 335с.
5. Поликлиническая педиатрия: диспансеризация детей : учеб. пособие / Под общей ред. Бабцевой А.Ф, Романцовой Е.Б. Благовещенск: Буквица 2013. - 115 с
6. Приказ Минздрава России от 10.08.2017 N 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних"
7. Интернет-ресурсы:
<http://volgazdrav.ru>

Дополнительные материалы

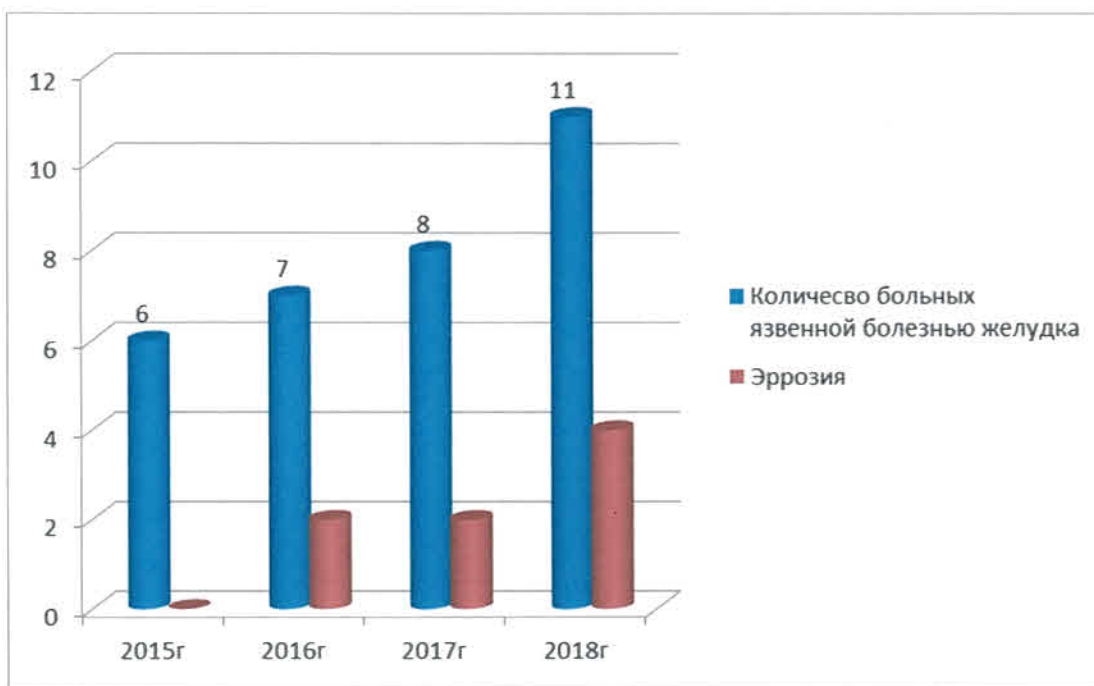
Приложение 1. Динамика роста хронического гастрита среди детей и подростков



Приложение 2. Динамика роста дискинезии желчевыводящих путей среди детей и подростков



Приложение 3. Динамика роста язвенной болезни желудка среди детей и подростков



Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 1 группы

Аликинкина Дарья Дмитриевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова