

д-р Баба  
Александрова О.В.  
Ф

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

**«ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО  
НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ПОЧЕК»**

Выполнила:

Обучающаяся 5 курса 10 группы  
педиатрического факультета  
Артемьева Юлия Вячеславовна

Волгоград 2018г.

## Содержание

1. Введение.....	3
2. Цель научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	4
4. Основные определения и понятия.....	5
5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы.....	6
а) Диспансеризация детей с пиелонефритом.....	6
б) Диспансерное наблюдение за детьми с дисметаболическими нефропатиями.....	7
в) Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом.....	8
6. Роль врача в организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек.....	10
7. Собственное исследование.....	11
8. Выводы.....	19
9. Список литературы.....	20

## I. Введение

Актуальность темы обусловлена высокой распространенностью заболеваний почек, а также значительным влиянием данной патологии на качество жизни детей и подростков, а в дальнейшем – взрослых. В структуре общей заболеваемости детей болезни почек занимают 8-е место (распространенность - 49,4 случаев на 1000 населения), причем за последние 5 лет показатель заболеваемости вырос на 30%. Диспансерное наблюдение за детьми, страдающими заболеваниями почек, необходимо для снижения заболеваемости, предупреждения рецидивов заболевания, инвалидности.

## 2. Цель научно-исследовательской работы

Освоить алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с патологией почек в амбулаторно – поликлинических условиях, используя в качестве основы историю больного ребенка с конкретной нозологической единицей.

## 3. Задачи научно-исследовательской работы

1. Проанализировать историю развития ребенка с конкретной нозологической единицей.
2. Провести опрос и физикальное обследование данного пациента, составить план обследования, выставить и обосновать клинический диагноз.
3. Изучить схему диспансеризации детей с заболеваниями почек в условиях детской поликлиники: сроки, длительность наблюдения, объем и кратность обследования, критерии эффективности диспансеризации, порядок снятия с учёта.
4. Разработать индивидуальный план диспансерного наблюдения для пациента с конкретной нозологической единицей.
5. Дать рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, закаливанию, воспитательным воздействиям, немедикаментозной и медикаментозной коррекции, дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям.

#### 4. Основные определения и понятия

Диспансеризация – это активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённого контингента населения (в данном случае – детей) с целью раннего выявления заболеваний.

Основные принципы диспансеризации:

1. Этапность: детская поликлиника – стационар – местный санаторий – отделение восстановительного лечения – детская поликлиника.
2. Индивидуальный подход.
3. Систематичность и непрерывность диспансерного наблюдения.
4. Внедрение в практику здравоохранения научно обоснованных, унифицированных подходов к лечению и профилактике хронической и врожденной патологии.
5. Стандартизация, разработка организационных мероприятий по совершенствованию педиатрической помощи больным детям.

Реабилитация – комплекс медицинских, педагогических, профессиональных, социальных, экономических, юридических мероприятий, направленных на восстановление (компенсацию) нарушенных в ходе болезни или травмы функций организма и трудоспособности.

Пиелонефрит – это микробно-воспалительное заболевание, вызванное инфицированием чашечно-лоханочной системы и тубуло-интерстициальной ткани почек.

## 5. Теоретическая часть научно-исследовательской работы

Условия проведения диспансерного наблюдения и реабилитации больных с заболеваниями почек отражены в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 380 от 22 октября 2001 года.

При организации диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями почек чрезвычайно важно и необходимо соблюдение принципов:

1. Этапность наблюдения в поликлинике, стационаре (специализированном или соматическом), местном санатории и на курорте;
2. Согласованность в решении вопросов диагностики и прогноза с медицинским генетиком (при наличии в семье заболеваний почек, обменных нарушений, патологии сердечно-сосудистой системы);
3. Преемственность проведения консервативной и заместительной терапии при ХБП.

Задача диспансеризации в поликлинике при болезнях почек заключается в продолжении лечения, рекомендованного стационаром, сезонной профилактике, лечении в период интеркуррентных заболеваний, выявлении и санации очагов хронической инфекции, лечении в случае обострения хронического процесса.

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

- пиелонефритами;
- гломерулонефритами;
- дети с дисметаболическими нефропатиями.

### а) Диспансеризация детей с пиелонефритом

**Острый пиелонефрит (N10) - срок наблюдения 3 года (острый вторичный пиелонефрит - 5 лет):**

*Частота осмотра специалистов* - педиатр 1-й год 1 раз в месяц; 2-й год 1 раз в 2-3 мес.; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог - 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1-2 раза в год. Стоматолог - 1 раз в год, отоларинголог - 1 раз в год, гинеколог - 1 раз в 6 мес., уролог - 1 раз в год.

Симптомы, которые требуют внимания: общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдрома (лейкоциты, эритроциты), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), изменение размеров почек при УЗИ.

*Дополнительные методы исследования* - анализ мочи: первые 6 месяцев - 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Печиноренко) - 1 раз в 3 мес. Клинический анализ крови 1 раз в год. Проба Зимницкого - 1 раз в 6-12 мес. Посев мочи 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год (при вторичном ПН). Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия - по показаниям). Суточная экскреция оксалатов и уратов по показаниям.

*Критерии эффективности диспансерного наблюдения* - снятие с учета через год от полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара.

**Хронический пиелонефрит (N 11) - срок наблюдения - пожизненно:**

*Частота осмотра специалистов* - педиатр 1-й год 1 раз в месяц; 2-й год 1 раз в 2 мес.; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог - при хр. первичном ПН 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1-2 раза в год; при хр. вторичном 1 год 1 раз в 3 мес., 2-ой год 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. При снижении функции почек 1 раз в 3 мес. Окулист - при снижении функции почек - 1 раз в 6 мес. Стоматолог - 1 раз в 6 мес.

*Симптомы, которые требуют внимания:* общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), биохимические изменения крови (повышение креатинина и мочевины). Клинические признаки почечной не-достаточности. Изменение размеров почек при УЗИ.

*Дополнительные методы исследования* - анализ мочи: хронический первичный - 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) - 1 раз в месяц. Хронический вторичный - 1-й год 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в месяц. Проба Нечипоренко 1 раз в 2 мес., посев мочи 1 раз в 3 мес. Проба Зимницкого 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в 6 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина) при первичном 1 раз в год, при вторичном - 1 раз в 6 мес. Исследование функции почек 1 раз в 6 мес. Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия) - 1 раз в год. Исследование мочи на оксалаты и ураты по показаниям, но не менее 1 раза в год. Посев мочи на ВК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

*Критерии эффективности диспансерного наблюдения* - снятие с учета через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара при первичном хроническом пиелонефрите, при отсутствии признаков ХБП. Дети с хроническим вторичным пиелонефритом с учета не снимаются.

в) Диспансерное наблюдение за детьми с диеметаболическими нефропатиями (до перевода во взрослую поликлинику)

*Частота осмотра специалистов* - педиатр 1 раз в месяц в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 3 мес.; нефролог - 2 раза в год, уролог 1 раз в 2 года. Другие специалисты по показаниям.

*Симптомы, которые требуют внимания* - общее состояние, субфебрилитет, боли в животе или пояснице, дизурические явления. Мочевой синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия. Изменения в анализе крови - лейкоциты, эритроциты, СОЭ.

*Дополнительные методы исследования:* Общий анализ мочи ежемесячно, желательнее с определением морфологии мочевого осадка, проба Зимницкого, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристаллообразующей способности мочи, УЗИ почек, пробы функционального состояния почек, биохимические исследования (аммиак, титруемые кислоты, суточной мочи, активность фосфолипазы, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. По показаниям рентгенологическое обследование.

е) Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом

**Острый гломерулонефрит (N 00-08) - срок наблюдения 5 лет:**

*Частота осмотра специалистов* - педиатр первые 3 месяца 2 раза в месяц, с 3 до 12 мес. 1 раз в месяц; затем 1 раз в 2-3 мес. Нефролог - 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1- 2 раза в год. Стоматолог - 1 раз в 6 мес., отоларинголог - 1-2 раза в год.

*Симптомы, которые требуют внимания* - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия).

*Дополнительные методы исследования* - анализ мочи: первые 6 месяцев - 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Печипоренко) - 1 раз в 3 мес. Суточная моча на белок 1 раз в мес., при ремиссии 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в год. Проба Зимницкого - 1 раз в 6 мес. Посев мочи 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год.

*Критерии эффективности диспансерного наблюдения* - снятие с учета через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара.

**Хронический гломерулонефрит (N 03) - срок наблюдения – пожизненно:**

*Частота осмотра специалистов* - педиатр 1-2 год 1 раз в месяц; затем 1 раз в 2-3 мес. При снижении функции почек - ежемесячно. Нефролог - 1 раз в 2-3 мес. Стоматолог, отоларинголог, окулист 1 раз в 6 мес.

*Симптомы, которые требуют внимания* - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия, гипокалиемия, глюкозурия, гипонатриемия). Клинические признаки почечной недостаточности. Состояние ЖКТ, костной и эндокринной системы у детей, получающих кортикостероидную и цитостатическую терапию.



*Дополнительные методы исследования* - анализ мочи при обострении: 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; Суточная моча на белок и по Аддису 1 раз в 15 дней, при ремиссии - 1 раз в 6 мес. Биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевина, холестерин) 1 раз в 6 мес. Исследование функций почек - 1 раз в 6 мес. Посев мочи на БК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

*Критерии эффективности диспансерного наблюдения* - достижение длительной ремиссии и отсутствие признаков ХБП.

## 6. Роль врача в организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями почек

Диспансеризацию больного ребенка проводят участковый педиатр и узкие специалисты. Независимо от того, где больной ребенок находится на диспансерном учете, участковый педиатр обязан знать о его состоянии здоровья и поддерживать тесную связь с соответствующими специалистами.

Основными медицинскими документами для детей, взятых на диспансерное наблюдение, являются «История развития ребенка» (форма 112/у) и «Контрольная карта диспансерного больного» (форма 030/у).

На каждого больного ребенка педиатр заполняет в форме 112/у этапный энциклз с обоснованием взятия на диспансерный учет. Запись подробная, отражает факторы риска генетического, биологического и социального анамнеза, анамнеза жизни и заболевания, объективный статус с подробным описанием пораженной системы. Указывается основной и сопутствующие диагнозы (согласно МКБ-10). В «Истории развития ребенка» отражаются данные наблюдения за больным ребенком, результаты обследования. Участковый педиатр совместно с узкими специалистами разрабатывает индивидуальный план диспансерного наблюдения на календарный год. Даются рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, закаливанию, воспитательным воздействиям, немедикаментозной и медикаментозной коррекции, дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям.

По окончании календарного года участковый педиатр с привлеченными специалистами составляет этапный энциклз, в котором отражается динамика заболевания, эффективность проведенных лечебно-профилактических мероприятий и дается общая оценка: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение.

Снятие больного ребенка с диспансерного учета осуществляется при обязательном участии участкового педиатра, узкого специалиста, у которого ребенок состоит на диспансерном учете, заведующего педиатрическим отделением детской поликлиники. Если пациента не снимают с диспансерного учета, то одновременно составляется план диспансерного наблюдения на следующий календарный год.

Дети, имеющие хроническую и врожденную патологию в стадии декомпенсации, направляются на медико-социальную экспертизу для оформления инвалидности.

## 7. Собственное исследование

Для освоения алгоритма диспансерного наблюдения за детьми с патологией почек в амбулаторно – поликлинических условиях, мною была использована в качестве основы история болезни ребенка с вторичным хроническим пиелонефритом.

### I. Паспортная часть

ФИО: Андреюшкина Злата Дмитриевна

Дата рождения, возраст: 10.12.2014 г., 4 года

Пол: женский

Домашний адрес: г. Волгоград

Мать: Андреюшкина Оксана Александровна, домохозяйка.

Отец: Андреюшкин Сергей Николаевич, работает в ООО “Свет”, мастер

Ребёнок посещает "Детский сад № 339 Кировского района Волгограда" с 1 г. 8 мес.

Клинический диагноз:

Основной: Вторичный хронический пиелонефрит (неполное удвоение чашечно-лоханочной системы слева, аномалия отхождения левого мочеточника), рецидивирующее течение, стадия ремиссии, ФПС.

Сопутствующий: Ожирение 2 ст.

### II. Анамнез жизни

Ребенок от второй беременности, вторых родов. Первая беременность завершилась рождением здоровой девочки. Течение данной беременности физиологическое. Осложнений со стороны матери и ребёнка не наблюдалось. В период беременности питание матери полноценное, достаточное в качественном и количественном отношении. Травм, инфекционных заболеваний во время беременности не было.

Роды в 40 нед, физиологические. Девочка закричала сразу. Признаков асфиксии и родовой травмы не было. Вес ребёнка при рождении 3620 г, рост – 52 см, массо-ростовой коэффициент  $3620/52 = 69,7$  ( $>60$  – норма). К груди приложена в первые 30 мин. после родов. Сосала активно, не срыгивала.

Отпадение пуповины и заживление пупочной ранки в срок. Выписана из роддома на 6-е сутки с чистой кожей, сухой пупочной ранкой. Вес при выписке 3600 г.

Девочка находилась на смешанном вскармливании до 2-х месяцев. Затем переведена на искусственное вскармливание смесью “Эпфамил”.

Прикормы вводились своевременно:

первый – овощное пюре – в 6 мес.;

второй – безлактозная каша на цельном молоке - в 7 мес.;

третий – в 8 мес. – «Путрилак-2»

Пищевые добавки:

Сок – с 4 мес.

Фруктовое пюре - с 4,5 мес.

Желток – с 6 мес.

Мясной бульон, творог – с 7 мес.

Мясной фарш – с 7,5 мес.

Постная рыба – с 9 мес.

С 3-х недель до 2-х лет, за исключением летних месяцев, получала вит. D с профилактической целью: до 2-х месяцев – в дозе 500 ЕД/сут., далее – по 250 ЕД/сут.

Физическое развитие на первом году жизни. Месячные прибавки ребенка на первом году жизни:

	Рост, см.	Масса тела, г.
За 1-й мес.	3	600
За 2-й мес.	3	800
За 3-й мес.	2,5	800
За 4-й мес.	2,5	750
За 5-й мес.	2	700
За 6-й мес.	2	650
За 7-й мес.	2	600
За 8-й мес.	2	550
За 9-й мес.	1,5	500
За 10-й мес.	1,5	450
За 11-й мес.	1,5	400
За 12-й мес.	1,5	350

Рост ребенка в 1 г. – 77 см., масса тела - 10,8 кг. Далее росла и развивалась нормально. С 2-х лет отмечается избыток массы тела.

Развитие моторики: самостоятельно удерживает голову с 1,5 мес. Сидит с 6 мес. Стоит с 8 мес. Ходить начала с 10 мес.

Развитие психики: начала улыбаться в 1 мес., гулить – в 2 мес., узнавать мать – в 4 мес., произносить первые слоги – в 6 мес., первые слова – в 11 мес. (первое слово – «папа»). Запас слов к 1 году – 10 слов. Дефектов речи не наблюдается.

Прививки. Привита по возрасту: БЦЖ – в роддоме на 5-й день (рубчик 5 мм.), RW АКДС – 18.07.16.

Побочных действий прививок не отмечалось. Последняя реакция Манту – 21.09.17 г. – 3 мм. На учете у фтизиатра не состоит.

Нерешенные заболевания. Признаков рахита и экссудативного диатеза не наблюдалось. ОРВИ 3-4 раза в год, часто осложняются бронхитом. С 1 г. 11 мес. – хронический пиелонефрит.

Аллергоanamнез: отмечаются пищевая аллергия на цитрусовые.

Генеалогический анамнез не отягощён.

Материально-бытовые условия семьи хорошие. Проживают в благоустроенной квартире. Санитарно-гигиенические правила выполняются.

Контакт с инфекционными больными: в последние 3 недели не было.

### III. Анамнез заболевания

Больна 2 года. Впервые диагноз «хронический пиелонефрит» был выставлен в 1 год 11 мес. во время обследования в стационаре. Обострялся 2 раза. Последнее обострение в октябре-ноябре 2017 года. Проходила стационарное лечение. По данным экскреторной урографии – неполное удвоение чашечно-лоханочной системы слева, аномалия отхождения левого мочеточника.

### IV. Данные объективного исследования

**Общее состояние** ребенка удовлетворительное. Температура тела – 36,5 °С. Положение активное. Сознание ясное, настроение спокойное, реакция на осмотр адекватная, ориентирована в пространстве и времени.

**Кожа и видимые слизистые.** При осмотре: кожа бледно-розовая. Волосы хорошей густоты, блестящие, не ломкие. Пятна ровные, розовые, блестящие. При пальпации: кожа умеренной влажности, эластична, чувствительность сохранена. Дефектов, сыпи не отмечается. Видимые слизистые розовые, чистые. Катаральных явлений нет.

**Подкожно-жировая клетчатка** развита избыточно, распределена равномерно, видимых отеков нет. При пальпации: подкожно-жировой слой упругий, тургор мягких тканей удовлетворительный.

**Лимфоузлы** визуально не увеличены. Пальпируются 3 группы периферических лимфоузлов:

подчелюстные л/у	эластичной консистенции, подвижные, безболезненные, слева – 1 см., справа – 1 см., не спаяны между собой и с окружающими тканями.
подмышечные л/у	слева – 0,5 см., справа – 0,5 см., мягкие, подвижные, безболезненные; не спаяны между собой и с окружающими тканями.
паховые л/у	слева – 0,5 см., справа – 0,5 см., мягкие, подвижные, безболезненные, не спаяны между собой и с окружающими тканями.

**Мышечная система.** При осмотре: мышцы развиты умеренно, равномерно. При пальпации: тонус мышц хороший, симметричный. Сила мышц удовлетворительная, симметричная.

**Костная система.** При осмотре: походка правильная, осанка не нарушена. Видимых деформаций скелета нет. Зубы – 20 молочных. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. Пальпаторно изменений ребер, грудины и ключиц не выявлено. Физиологические изгибы позвоночника умеренно выражены, правильные. Сколиоз не выявлен. Плечи находятся на одном уровне, руки прилегают к туловищу одинаково, нижние углы лопаток симметричны. Уровень углов лопаток одинаковый. Суставы обычной конфигурации, кожа и мягкие ткани в области суставов не изменены. Активные и пассивные движения в полном объеме. Пальпация суставов безболезненна, деформаций не выявлено.

**Система дыхания.** Осмотр: нос обычной формы. Дыхание через нос не затруднено. Носовые ходы слегка отечные, без слизистых выделений. На проекции придаточных пазух болезненности нет. Голос не изменён. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, обе половины ее одинаково участвуют в дыхании. Над- и подключичные ямки обозначены достаточно. Дыхание смешанного типа, без участия вспомогательной мускулатуры. Частота дыхания – 22 /мин. Ритм дыхания правильный. Зев, миндалины без катаральных явлений. Пальпация: Грудная клетка эластичная, безболезненная. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой. Перкуссия: перкуторно в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

Нижние границы легких:

топографическая линия	справа	слева
среднеключичная	6 ребро	-
средняя	8 ребро	8 ребро
подмышечная	10 ребро	10 ребро
лопаточная	10 ребро	10 ребро
паравертебральная	остистый отросток 11 грудного позвонка	остистый отросток 11 грудного позвонка

Аускультация: в легких дыхание везикулярное. Бронхофония не изменена.

**Сердечно-сосудистая система.** Осмотр: область сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсации в эпигастральной области не выявлено. Форма пальцев не изменена. При осмотре сосудов шеи определяется слабая пульсация сонных артерий. На груди и животе венозный рисунок отсутствует. Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Он локализован, средней силы, нормальной резистентности. Пульс на лучевых артериях симметричный на обеих руках.

ЧСС – 98 /мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, равномерный. Дефицита пульса нет. АД – 105/65 мм. рт. ст. на обеих руках. Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

правая	Кнутри от парастернальной линии
левая	На 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии
верхняя	2-е межреберье

Поперечник относительной тупости сердца 9 см. Сердце имеет нормальную конфигурацию. Аускультация: Тоны сердца ясные, звучные, соотношение 1 и 2 тонов не нарушено.

**Пищеварительная система.** Аппетит хороший. Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечается. Глотание безболезненное. Стул 1 раз в день, оформленный, коричневой окраски, обычного запаха, не содержит патологических примесей. Диспепсических явлений нет. Осмотр: слизистая полости рта розового цвета, влажная, блестящая, высыпания и изъязвления отсутствуют. Десны не кровоточат. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, достаточно влажный, без трещин и язв, обложен белым, легко снимающимся налетом. Зев не гиперемирован. Миндалины без признаков катаральных явлений, выстоят из-за небных дужек. Живот овальной формы, симметричен, в объеме не увеличен. Мышцы передней брюшной стенки участвуют в акте дыхания, грыжевых выпячиваний не отмечается. Пальпация: При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Симптом раздражения брюшины нет. Область правого подреберья не изменена. Печень, желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортугера отрицательный. Перкуторные размеры печени по Курлову: 8х6х5 см. Аускультация живота: выслушиваются умеренные перистальтические шумы. Область левого подреберья не изменена. Селезенка не пальпируется.

**Мочеполовая система.** Поясничная область не изменена. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Моча визуально не изменена. Наружные половые органы сформированы правильно. Вторичные половые признаки отсутствуют.

**Нервная система.** Психическое развитие соответствует возрасту. Мышление не нарушено. Речь связная, словарный запас соответствует возрасту. Настроение ровное, эмоции адекватные. Сознание ясное, восприятие не нарушено. Контактна. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Головных болей, головокружений, обмороков не отмечалось. Сон не нарушен. Менингеальных симптомов не выявлено. Выпадения болевой, тактильной, температурной чувствительности, нарушений координации движений не наблюдается. Зрение и слух без патологии.

Оценка физического развития:

параметр	Центили	коридор
Рост 112,5 см.	> 97	7
Вес 10,5 кг.	> 97	7
Окружность грудной клетки 60 см.	> 97	7

Заключение: Физическое развитие с избытком массы тела II ст., гармоничное, макросоматотип.

#### V. План обследования

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Соскоб на энтеробиоз.
4. Исследование кала на я/г.
5. УЗИ почек и мочевого пузыря.
6. Суточный ритм мочеиспускания.
7. Бак посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.
8. 3-х стаканная проба мочи.
9. Анализ мочи по Нечипоренко с определением морфологии лейкоцитов.
10. Анализ мочи по Зимницкому.
11. Общий белок, креатинин и мочевины крови, клиренс по эндогенному креатинину.
12. Экскреторная урография.
13. Консультация гинеколога, окулиста, ЛОР, стоматолога, эндокринолога, врача ЛФК.

#### VI. Клинический диагноз и его обоснование

Клинический диагноз:

Основной: Вторичный хронический пиелонефрит (неполное удвоение чашечно-лоханочной системы слева, аномалия отхождения левого мочеточника), рецидивирующее течение, стадия ремиссии.

Сопутствующий: Ожирение 2 ст.

Обоснование:

«Вторичный» пиелонефрит – так как имеются структурные аномалии мочевой системы (результат дисэмбриогенеза), способствующие нарушению уродинамики (неполное удвоение чашечно-лоханочной системы слева, аномалия отхождения левого мочеточника).

«Хронический» пиелонефрит – так как продолжительность заболевания более 6 мес.

«Рецидивирующее течение» - так как периоды обострения с выраженной интоксикацией и мочевым синдромом чередуются с периодами



полной клинико-лабораторной ремиссии (данное обострение является третьим).

«Стадия ремиссии» - так как отсутствуют жалобы и физикальные изменения.

Сопутствующий диагноз «ожирение 2 ст.» выставлен на основании данных объективного исследования (подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно) и данных антропометрии (избыток массы тела ок. 30%).

## **VII. Диспансерное наблюдение**

Проанализировав историю больной с вторичным хроническим пиелонефритом и изучив схему диспансеризации детей с данной нозологической единицей в условиях детской поликлиники (сроки, длительность наблюдения, объем и кратность обследования, критерии эффективности диспансеризации, порядок снятия с учёта), я составила индивидуальный план диспансеризации пациентки на год.

Диспансерное наблюдение – пожизненное. При хроническом пиелонефрите с диспансерного учета не снимают.

Частота осмотра специалистов - педиатр 1 раз в 3 месяца. Нефролог - 1 раз в год. При снижении функции почек 1 раз в 3 мес. Стоматолог - 1 раз в 6 мес.

Дополнительные методы исследования - анализ мочи: 1 раз в месяц. Проба Нечипоренко 1 раз в 2 мес., посев мочи 1 раз в 3 мес. Проба Зимницкого 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в 6 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевины) - 1 раз в 6 мес. Исследование функции почек 1 раз в 6 мес. Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия) - 1 раз в год. Исследование мочи на оксалаты и ураты по показаниям, но не менее 1 раза в год. Посев мочи на ВК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

## **VIII. Рекомендации**

1. Режим щадящий, с ограничением физической нагрузки. Посещение ДДУ разрешено, так как отсутствуют экстраренальные проявления.
2. Диета - стол № 5 с исключением облигатных аллергенов.
3. Противорецидивная терапия 2-3 раза в год, по 3-4 недели:
  - а) Курсы бициллина - осенью и весной.
  - б) Витаминотерапия.
  - в) Санация очагов хронической инфекции 2 раза в год.
  - г) При интеркуррентных заболеваниях - симптоматическая терапия и контроль анализов мочи в начале заболевания, после выздоровления и через 2-3 месяца после выздоровления.
4. Немедикаментозная терапия:

а) Минеральные воды (Славяновская, Смирновская) 2 курса в год, по 30-45 дней.

б) Фитотерапия - травы с мочегонным и противовоспалительным действием (шиповник, лист черной смородины, плоды можжевельника, лист толокнянки, брусники, подорожника, крапивы, полевого хвоща, плоды и листья лесной земляники) по 10-12 дней в месяц, 2 раза в год.

в) Физиотерапия 1 раз в год (бальнеотерапия, сауна).

г) ЛФК (необходима консультация врача ЛФК).

д) Массаж – 2 раза в год.

5. Физкультурная группа - специальная.

6. Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как назначается только в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, продолжительность которой не менее одного года.

7. Вакцинация - профилактические прививки противопоказаны в течение 1 года после перенесенного обострения, затем - по индивидуальному календарю. Раздельно (без совмещения вакцин), с обязательным предварительным лабораторным контролем (исследование мочи, крови, функций почек), с клинико-лабораторным наблюдением в динамике (после вакцинации - в течение 3-4 недель).

## 8. Выводы

За последние годы в связи с улучшением диагностики на фоне создания целого ряда специализированных отделений (гастроэнтерологических, нефрологических, пульмонологических и др.) на амбулаторно-поликлиническом этапе одной из задач участкового педиатра является организация и осуществление диспансерного наблюдения за детьми и подростками с отклонениями в состоянии здоровья.

Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями почек входит в комплексе мероприятий, направленных на профилактику хронизации процессов. Организация динамического контроля и адекватного восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях является основным звеном профилактики обострений и осуществляется с привлечением специалистов: нефролога, гинеколога, окулиста, оториноларинголога, невролога и др. (по показаниям).

В течение первой недели (после выписки из стационара с уточненным диагнозом) ребенок должен быть осмотрен педиатром или нефрологом с заполнением формы №030/у. Результаты осмотра вносятся в историю развития ребенка - форму №112/у. Составляется индивидуальный план наблюдения.

## 9. Список литературы

1. Диспансерное наблюдение детей с соматическими заболеваниями на педиатрическом участке. Учебно-методическое пособие для студентов V-VI курсов педиатрического факультета / Г.Я. Захарова, Е.В. Абрамова, Е.Б. Храмова, Г.А. Осадченко, Т.Д. Пшеничникова. Тюмень: ООО «Печатник», 2014.
2. Организация лечебно – профилактической помощи детям и подросткам с патологией почек и мочевыделительной системы. Учебно-методическое пособие к клиническому практическому занятию № 23 для аудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета / Г.С. Омолоева; ГОУ ВПО ИГМУ Минздрава России. – Иркутск: ИГМУ, 2013 – 32 с.
3. Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке: учебное пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103-педиатрия / под ред. М.Ю. Галактионовой; сост.: В.Т. Манчук, Е.И. Прахин, И.Н. Чистякова – Красноярск: тит. КрасГМУ, 2013. – 117 с.
4. Основные принципы диспансеризации и реабилитации детей с хронической патологией на педиатрическом участке. Методическое пособие. / под ред. М.А.Скачковой. - Оренбург, 2017- с.18
5. Детские болезни: учебник / Под ред. А.А. Баранова - 2-е изд., - 2015. - 1008 с.

## 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 10 группы

Артемьева Юлия Вячеславовна

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