

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

80 Замков  
Вьякова О.Р.  
①

Научно-исследовательская работа на тему  
**«Подходы к оздоровлению детей с заболеваниями  
мочевыделительной системы»**

**Выполнила:**

Студентка 5 курса 3 группы  
педиатрического факультета  
Звонникова Мария Владимировна

Волгоград 2018г.

## Содержание

1. Введение .....	3
2. Цель работы.....	4
3. Задачи.....	4
4. Основные определения и понятия.....	5
5. Теоретическая часть НИР.....	6
6. Роль врача-педиатра.....	23
7. Собственное исследование.....	24
8. Выводы.....	25
9. Список использованной литературы.....	26

## **Введение**

Проблема здоровья детей с заболеваниями мочевыделительной системы является одной из актуальных проблем на современном этапе в педиатрии. Это объясняется не только увеличением числа детей с хронической сочетанной патологией, но и необходимостью разносторонней оценки уровня и степени гармонического физического развития, функционального состояния основных органов и систем для разработки оптимальных методов терапии и реабилитации.

## **Цель работы:**

Изучение проблемы оздоровления детей с заболеваниями мочевыделительной системы. Подбор оптимальных методов оздоровления и их применение в отдельных группах заболеваний мочевыделительной системы.

## **Задачи**

- Изучить отдельные группы заболеваний мочевыделительной системы
- Изучить различные методы реабилитации и их применение при заболеваниях мочевыделительной системы
- Провести собственное исследование о подходах оздоровления детей с заболеваниями мочевыделительной системы на базе ГУЗ «Детская поликлиника № 31»
- Сделать выводы по проделанной работе

## **Основные определения и понятия**

**Медицинская реабилитация** — комплекс медицинских, педагогических, психологических и иных видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных или полностью утраченных, в результате болезни или травмы, нормальных психических и физиологических функций (потребностей) человеческого организма, его трудоспособности.

**Заболевания мочевыделительной системы** — общее название заболеваний мочевыделительной системы, среди которых выделяют заболевания почек, артерий, мочеточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала.

**Лечебная педагогика** — это комплексное воздействие на организм и личность ребенка. В ее задачи входит стимуляция умственного и физического развития, коррекция имеющихся отклонений в развитии (отставания в психическом развитии, поведении, речи, нарушения общения, моторики и других психомоторных функций) с целью всестороннего развития больного ребенка.

При проведении лечебно-педагогических мероприятий следует опираться на сохранные функции и возможности ребенка.

Лечебная педагогика тесно связана с клинической медициной, в первую очередь, с педиатрией, с детской неврологией и психиатрией, а также психотерапией, возрастной физиологией.

**Медикаментозная реабилитация** - представляет собой лечебные мероприятия, направленные на восстановление и развитие физиологических функций больного, на стимуляцию приспособительных процессов с целью адаптации организма к новым, возникшим вследствие патологического процесса, условиям жизнедеятельности.

**Физическая реабилитация** - составная часть медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, система мероприятий по восстановлению или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей, повышению функционального состояния организма, улучшению физических качеств, психоэмоциональной устойчивости и адаптационных резервов организма человека средствами и методами физической культуры, элементов спорта и спортивной подготовки, массажа, физиотерапии и природных факторов



## Теоретическая часть НИР

Делят на три группы:

### Приобретенные заболевания органов МВС

Микробно-воспалительные заболевания (бактерии, вирусы, простейшие)

Аутоиммунные заболевания

Обменные нефропатии (ДМН, нефролитиаз)

Вторичные поражения почек при острых инфекциях, сахарном диабете, системной красной волчанке, ожоговой болезни etc

Травматические повреждения органов МВС

Опухоли ОМС

Сосудистые поражения (тромбоз почечных сосудов, инфаркт почки)

Врожденные заболевания органов МВС Существуют с рождения ребенка и являются результатом нарушения процессов развития зародыша

Обнаруживаются не всегда сразу после рождения и могут длительное время существовать скрыто Могут иметь наследственную и приобретенную природу

Наследственные заболевания органов МВС Возникают в результате мутаций Мутации могут происходить на генном и хромосомном уровнях Клиническая дифференцировка врожденных и наследственных заболеваний почек в большинстве случаев условна

Диспансерное наблюдение детей с заболеваниями ОМС входит в комплекс 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: уролога, гинеколога, окулиста, оториноларинголога, невропатолога 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.

### Хронический гломерулонефрит

Хронический гломерулонефрит (N 03) - группа первичных гломерулопатий, которые отличаются по морфологическим, клиническим и иммунологическим критериям, с волнообразным прогрессирующим течением, с развитием склероза гломерул и частым исходом в хроническую почечную недостаточность. МКБ-10: N00-N 08 Цепочка диспансерного наблюдения: ДП - стационар санаторий - ДП. При обострении хронического гломерулонефрита лечение проводится только в условиях стационара. В периоде ремиссии наблюдение на участке.

#### Лечебно-реабилитационные мероприятия

1. Режим в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии - щадящий, со снижением физической нагрузки или индивидуальный (обучение на дому).
2. Диета зависит от выраженности отеков, гипертензии и функционального состояния почек. При отеках и гипертензии назначают бессолевую диету - стол № 7. При сохраненной функции канальцев для улучшения вкусовых качеств пищи, допускается использование лука, чеснока, при приготовлении блюд - обжарка и тушение. Пациентам, получающим ГКС, рекомендуют

включать в рацион продукты, содержащие много калия (изюм, печеный картофель, курагу, капусту).

3. Медикаментозная терапия. После выписки из стационара подобранную терапию продолжают (различные схемы с ГКС, цитостатиками).

4. Курсы реабилитационной терапии проводятся вначале 4, а затем 2 раза в год, в осенний и весенний период, длительностью 3 -4 недели (ЛФК, физиопроцедуры, сауна, неспецифическая профилактика ОРВИ, санация очагов хронической инфекции).

При интеркуррентных заболеваниях - терапия + контроль анализов мочи в начале заболевания, по выздоровлении и через 2 -3 месяца после выздоровления: а) соблюдение постельного режима; б) антибактериальная терапия - по показаниям; в) антигистаминные препараты - по показаниям; г) мембраностабилизаторы; д) витамины группы В, А, Е; е) симптоматическая терапия; ж) у пациентов с прерывистыми курсами ГКО - гормоны назначаются ежедневно в той же или слегка повышенной дозе на 5 -7 дней, с последующим возвратом к прежней дозе; з) на период интеркуррентных заболеваний отменяются цитостатики

#### Немедикаментозная терапия:

а) Фитотерапия (зверобой, шиповник, лист черной смородины, плоды можжевельника, и лист толокнянки, брусники, подорожника, крапивы, полевого хвоща, плоды и листья лесной земляники и др. ) по 10 -12 дней в месяц, 2 -3 раза в год. При гематурической форме - настоем пол-пола, лист крапивы, кровохлебка. При нефротической и смешанной форме с отеками применяют почечный чай.

б) Физиотерапия - в стадии клинико-лабораторной ремиссии.

в) ЛФК.

г) Местный санаторий не ранее, чем через 3 месяца после обострения, далее через 6 -12 месяцев после стихания воспалительного процесса - курорты Трускавец, Железноводск, Ижевск и др. Физкультурная группа - специальная



при неполной клиниколабораторной ремиссии, затем при стойкой клиниколабораторной ремиссии - подготовительная.

**Вакцинация** - профилактические прививки противопоказаны в течение 1 года, затем - по решению иммунологической комиссии, по индивидуальному календарю. Диспансеризация – 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 Нечипоренко 1 раз в 15 дней, при ремиссии – 1 раз в 6 мес. Биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, 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 хронической почечной недостаточности. С диспансерного учета не снимаются до передачи во взрослую лечебную сеть.

## Острый и хронический пиелонефрит

Пиелонефрит - это микробно-воспалительное заболевание, вызванное инфицированием чашечно-лоханочной системы и тубуло-интерстициальной ткани почек. МКБ-Х: N 10 -N 11. Лечебно-реабилитационные мероприятия:

1. Режим щадящий, с ограничением физической нагрузки. Посещение школы или ДОУ разрешено при отсутствии экстраренальных проявлений.

2. Диета - стол № 5 с исключением облигатных аллергенов, при вторичных пиелонефритах - исключение индивидуальных продуктов.

3. Медикаментозная терапия:

а) Антибактериальная терапия после выписки из стационара применяется непрерывно по 10 -14 дней с последующим переходом на прерывистый курс (по 1014 дней пациент получает уросептик, затем сбор трав) до 3 -5 месяцев, при обструктивных формах пиелонефрита - до 1 года.

б) Препараты, направленные на повышение общей реактивности (неспецифические иммуномодуляторы, адаптогены, поливитамины).

в) Биопрепараты - по показаниям (при дисбактериозе кишечника).

г) Мембраностабилизаторы - по показаниям.

д) Санация очагов хронической инфекции 2 раза в год.

4. Немедикаментозная терапия:

а) 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 -3 раза в год. Для проведения базисного лечения и профилактики обострения широко используется фитопрепарат. Канефрон.

б) Физиотерапия (электролечение, теплолечение, бальнеотерапия).



в) Минеральные воды (Славяновская, Смирновская, Нафтуся) курсами по 20 -30 дней, 1 -3 курса в год.

г) Массаж - 2 раза в год.

д) ЛФК.

5. Физкультурная группа: При обструктивном пиелонефрите занятия физкультурой противопоказаны до 6 месяцев, далее – специальная физкультурная группа, в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии - подготовительная группа.

6. Санаторно-курортное лечение: Местный санаторий показан в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, продолжительность которой не менее 6 месяцев.

7. При интеркуррентных заболеваниях - симптоматическая терапия + контроль анализов мочи в начале заболевания, по выздоровлении и через 2 -3 месяца после выздоровления. 23 На 2 м и в последующие годы наблюдения курсы реабилитационной терапии проводятся 2 раза в год (осень, весна), продолжительностью 4 -6 недель Вакцинация - Профилактические прививки разрешены в стадии стойкой клиниколабораторной ремиссии продолжительностью не менее 1 года, по индивидуальному календарю.

### Диспансеризация - сроки наблюдения

**Острый пиелонефрит - N 10** - 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 синдром (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 Нечипоренко) – 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 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. Отоларинголог – 1 раз в 6 мес, гинеколог - 1 раз в 6 мес, уролог - 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 недостаточности. 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 хр. перв. 1 раз в год, при вт. хрон. – 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 ХПН. Дети с хроническим вторичным пиелонефритом с учета не снимаются.

### **Инфекции нижних мочевых путей**

-Инфекции нижних мочевых путей N 39, 0 диспансерное наблюдение 1 год

-частота осмотра специалистов - педиатр первые 3 мес 1 раз в месяц; далее 1 раз в 3 мес; . Нефролог – 1 -й год 1 раз в 3 мес, затем 1 -2 раза в год.

Гинеколог - 1 раз в 3 - 6 мес, остальные 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 ан. крови – лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, СОЭ. Клинические проявления вульвита.

-Дополнительные методы исследования – клинический анализ крови – 1 раз в 6 -12 мес Общий анализ мочи: первые 3 месяца – 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц, в течение 1 года, далее по показаниям; Биохимический анализ мочи по показаниям; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) – 1 раз в мес 3 месяца и при интеркуррентных заболеваниях, далее 1 раз в 3 мес. Посев мочи 1 раз в 3 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 6 месяцев при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания в условиях поликлиники или стационара. При остром пиелонефрите снятие с диспансерного учета проводится комиссионно при условии достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии, продолжительностью не менее 3 х лет. При хроническом пиелонефрите с диспансерного учета не снимают. Лечение прекращают через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии.

Диспансерное наблюдение за детьми с дисметаболическими 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, желательна 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

## Реабилитация

### Основными принципами реабилитации являются

- постоянное проведение лечения в регламентированные сроки;
- раннее начало восстановительных мероприятий;
- непрерывность лечения; последовательность ее курсов;
- преемственность методов терапии;
- индивидуализация схем наблюдения и лечения больных с заболеваниями органов мочевой системы.

### Медицинские показания для санаторнокурортного лечения:

- первичный и вторичный (в том числе после оперативного лечения) пиелонефрит; цистит, уретрит
- в стадии частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии, без признаков ХПН;
- частичная и полная клинико-лабораторная ремиссия в функционально-компенсированной фазе (в местные санатории для долечивания и реабилитации);
- врожденные и наследственные заболевания ОМС в стадии частичной или полной компенсации, без признаков ХПН (в местные санатории);
- мочекаменная болезнь, оксалурия, уратурия и др. обменные заболевания почек в стадии частичной или полной клинико-лабораторной ремиссии, без признаков выраженной активности мочевой инфекции.

### Целью восстановительного лечения является:

1. обеспечение правильного физического и умственного развития детей с заболеваниями ОМС;
2. ликвидация остаточных проявлений заболеваний органов мочевой системы и осложнений, связанных с основным заболеванием и с лечением;
3. повышение общей реактивности организма больного ребенка.



1) Показания к восстановительному лечению детей с заболеваниями ОМС на поликлиническом этапе реабилитации:

1. Пиелонефрит (острый и хронический; первичный и вторичный) в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии (в первые 3 -6 месяцев от ее начала), с целью повышения общей реактивности организма больного ребенка.
2. Гломерулонефрит - в стадии частичной и полной клинике-лабораторной ремиссии, без осложнений и с осложнениями после лечения (синдром Иценко. Кушинга, кортикостероидная миопатия и др. ), с целью ликвидации осложнений и повышения общей реактивности организма больного ребенка.
3. Цистит - в стадии полной клинико-лабораторной ремиссии (в первые 3 -6 месяцев от ее начала), с целью повышения реактивности организма.
4. Нефроптоз - с целью укрепления мышц брюшного пресса.
5. Врожденные и наследственные заболевания органов мочевой системы (сопровождающиеся гипотонией мышц, снижением общей реактивности организма) - в периоде компенсации, с целью укрепления мышечного тонуса и повышения общей реактивности.
6. Заболевания органов мочевой системы в стадии хронической почечной недостаточности, сопровождающиеся изменениями костно-мышечной системы.
7. Энурез - для проведения комплексного физиотерапевтического лечения.
8. Заболевания ОМС, сочетающиеся с очагами хронической инфекции (тонзиллит и другие), с целью консервативной санации.

В зависимости от общего состояния ребенка и его тренированности назначаются оздоровительные мероприятия: аэротерапия (в виде сна на свежем воздухе); воздушные ванны; закаливание. Солнечные ванны - противопоказаны. При хорошем самочувствии больного назначаются: обтирания, ножные ванны и обливания ног. Указанные процедуры следует с осторожностью проводить:

1. детям - до 5 -летнего возраста;
2. при отрицательной реакции больного ребенка к Холодовым раздражителям;



3. реконвалесцентам - после острой респираторной вирусной инфекции. Закаливающие процедуры лучше начинать в летний период и не выполнять в вечерние часы. Утренняя гимнастика проводится ежедневно (в течение 10 -12 минут), включает общеукрепляющие и дыхательные упражнения.

## **2.Лечебная физкультура**

Лечебная физкультура и массаж при заболеваниях ОМС применяются с целью: - получения общетонизирующего эффекта у длительно болеющих детей; - улучшения эмоционального тонуса больного ребенка; улучшения кровообращения в мочевых органах; - улучшения уродинамики; укрепления мышц живота и других групп мышц; профилактики запоров.

### **Показания:**

- а) детям с ГН, ПН - в стадии частичной и полной клинико-лабораторной ремиссии;
- б) детям с врожденными и наследственными заболеваниями мочевой системы в стадии компенсации проводится в форме групповых занятий в соответствии с уровнем физической подготовленности детей и с учетом режима (общий, щадящий, тренирующий), продолжительность занятий 15 - 20 минут;
- в) больным с энурезом и нефроптозом проводится комплекс общеразвивающих физических упражнений в сочетании со специальными гимнастическими упражнениями (для укрепления мышц брюшного пресса, тазового дна, приводящих мышц бедер, мышц ягодичной области) и дыхательная гимнастика;
- г) детям с осложнениями (при кортикостероидной миопатии, выраженной гипотонии мышц) рекомендуется массаж (до 12 -15 сеансов на курс); д) при энурезе применяется комплексное лечение, включающее лечебную физкультуру, массаж и специальные методы: точечный массаж и иглорефлексотерапию.

## **3.Оценка эффективности восстановительной терапии**

Проводится регулярно на основании анализа: поликлинических историй развития ребенка (форма № 112/у), амбулаторной карты диспансерного наблюдения и дневника родителей. Целесообразно учитывать следующие показатели:

1. Исход в выздоровление, который определяется при сохранении стойкой полной ремиссии у больных: - с пиелонефритом в течение 3 лет; - с гломерулонефритом в течение 5 лет.
2. Исход в хроническую форму заболевания. Диагноз заболевания устанавливается через год от начала приобретенной патологии органов мочевой системы.
3. Продолжительность полной или частичной ремиссии оценивается в сопоставлении с их длительностью в период, предшествующий восстановительной терапии.
4. Частоту обострений заболевания в год. Она оценивается в зависимости от результатов лечения сопутствующей патологии (хронического тонзиллита и других заболеваний) и действия других факторов на течение основного заболевания.
5. Количество койко/дней, проведенных больным в стационаре в течение 1 года.
6. Длительность временной потери трудоспособности родителей по уходу за детьми с заболеваниями ОМС (по числу случаев и дней нетрудоспособности родителей по уходу за больным ребенком, включая больничные листы и справки).

**С диспансерного учета могут быть сняты дети:**

- с гломерулонефритом - через 5 и более лет от начала у них полной клинико-лабораторной ремиссии;
- с инфекцией органов мочевой системы (пиелонефрит, цистит и другие) - через 3 и более лет после начала ремиссии, при сохранении у них нормальных функций почек;
- с ренальным тубулярным ацидозом: при своевременной диагностике и рано начатом адекватном лечении заболевание может протекать благоприятно и подвергнуться обратному развитию.

**С диспансерного учета не снимаются больные:**

- с аномалиями развития органов мочевой системы, не подлежащие оперативному лечению;



- с дисметаболическими (обменными) нарушениями, которые являются факторами риска хронизации процессов;
- при сочетании вышеуказанных заболеваний с гломерулонефритом или пиелонефритом;
- с врожденными и наследственными заболеваниями;
- при стойком сохранении активности любого заболевания ОМС;
- с заболеваниями почек - в стадии ХПН. Таким образом, больные этой диспансерной группы с учета не снимаются, наблюдаются весь период детства постоянно у нефролога, уролога (в соответствии с формой патологии) и передаются (с подробной выпиской из истории болезни) во взрослую поликлинику для дальнейшего диспансерного наблюдения у врача-терапевта и нефролога.

-Дети с тяжелыми заболеваниями ОМС в стадии ХПН должны быть обеспечены обучением на дому по школьной программе или, по желанию, они могут заниматься в школе с условием 2 дополнительных дней отдыха в неделю или свободного посещения школьных занятий при снижении требований к оценке успеваемости.

-Вопрос об освобождении детей с заболеваниями органов мочевой системы от экзаменов решается специальной комиссией детской поликлиники (по месту жительства больного ребенка).

Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом  
 Острый гломерулонефрит - острое, циклически протекающее, развивающееся после инфекции, заболевание почек, для которого свойственно иммунное воспаление, клинически проявляющееся гематурией, отеками и гипертензией. МКБ-10: N 00 -N 08

#### **4.Лечебно-реабилитационные мероприятия**

##### **1.Первый год наблюдения на педиатрическом участке:**

1.Режим домашний в течение 1, 5 -3х месяцев после выписки из стационара в состоянии полной клинико-лабораторной ремиссии, затем ограничение школьной нагрузки. Если ребенок выписан из стационара в состоянии неполной клинико-лабораторной ремиссии, получает поддерживающую терапию - обучение на дому на весь период лечения (до стойкой нормализации анализов мочи и еще 1 -1, 5 месяца).

2. Диета - стол № 5. При проведении гормонотерапии показана диета с включением продуктов, содержащих калий, ограничение соли. Исключаются облигатные аллергены. Количество жидкости - с учетом суточного диуреза.

3. Медикаментозная терапия зависит от формы и степени тяжести течения острого и хронического гломерулонефрита. После выписки из стационара назначенная терапия продолжается не менее 1 -3 х месяцев согласно рекомендациям нефролога.

а) При нефритической форме: - Поддерживающая доза глюкокортикостероидов прерывистым курсом до 2 х лет (под контролем ОАК каждые 10 -14 дней); - бициллинотерапия (экстенциллин, бициллин-1, бициллин-5) - круглогодично.

б) При нефритической форме, изолированном мочевом синдроме: - Поддерживающие дозы иммунодепрессантов (деллагил, плаквенил в дозе 5 - 10 мг/кг/сутки, прием 1 раз в день, на ночь) курсом 6 -8 месяцев (под контролем ОАК каждые 10 -14 дней).

в) При остром постстрептококковом гломерулонефрите: - Глюкокортикостероиды и иммунодепрессанты не используются; - назначаются комплексы противорецидивной антибактериальной терапии.

г) При всех формах острого и хронического гломерулонефрита назначается симптоматическая терапия: - Препараты, улучшающие микроциркуляцию (курантил, трентал в дозе 2 -5 мг/кг/сутки; эскузан в дозе 1 кап. /год/сутки) длительным курсом до 6 -8 месяцев. На 2 -3м году диспансерного наблюдения эти препараты назначаются сезонно (2 раза в год, в осенний и весенний период) или по показаниям. Мембраностабилизаторы, мембранопротекторы (витамин Е, димефосфон, эссенциале) - на 1 м году наблюдения длительные курсы до 3 -6 месяцев, затем сезонно. - Препараты калия при проведении гормонотерапии (аспаркам, панангин). - Гипотензивные препараты (эналаприл). - Диуретики (верошпирон, триампур, диакарб, лазикс). - Витаминотерапия.

4. Немедикаментозная терапия:

а) Фитотерапия - курсами по 10 -12 дней в месяц, 2 -3 раза в год: - травы с мочегонным и противовоспалительным действием (корень шиповника, лист черной смородины, плоды можжевельника, лист толокнянки, брусники, подорожника, полевого хвоща, плоды и листья лесной земляники); - при



гематурии - травы с кровоостанавливающим эффектом (кровохлебка, лист крапивы, тысячелистник, пастушья сумка).

б) ЛФК.

5. При интеркуррентных заболеваниях - симптоматическая терапия + контроль анализов мочи в начале заболевания, по выздоровлению и через 2 - 3 месяца после выздоровления.

6. Санация очагов хронической инфекции.

7. Неспецифическая профилактика ОРВИ в периоды повышенной заболеваемости (бактериальные лизаты, иммуномодуляторы, иммуностимуляторы).

8. Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее - ЛФК, специальная группа.

#### 2. Второй и последующие годы наблюдения:

1. Режим общий, щадящий при лечении.

2. Диета - стол № 5 З. Противорецидивная терапия 2 -3 раза в год, по 3 -4 недели:

а) Сосудоукрепляющие и антигистаминные препараты.

б) Курсы бициллина - осенью и весной.

в) Средства неспецифической стимуляции.

г) Витаминотерапия.

д) Санация очагов хронической инфекции.

е) При интеркуррентных заболеваниях - симптоматическая терапия + контроль анализов мочи в начале заболевания, после выздоровления и через 2 -3 месяца после выздоровления.

4. Немедикаментозная терапия:

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

б) Фитотерапия по 10 -12 дней в месяц, 2 раза в год.

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

г) ЛФК (Приложение № 5).

5. Физкультурная группа - специальная. С 3 -го года учета - подготовительная группа.

6. Местный санаторий в стадии стойкой клиниколабораторной ремиссии, продолжительность которой не менее одного года. Вакцинация  
Профилактические прививки противопоказаны в течение 1 года, затем - по индивидуальному календарю. Диспансеризация – срок наблюдения 5 лет

### **Роль врача-педиатра.**

Организация и проведение реабилитации детей с заболеваниями мочевыделительной системы является одной из функций кабинета (отделения) реабилитации (физиотерапия, массаж, ЛФК).

Поликлинический или диспансерный этап служит для динамического наблюдения за состоянием здоровья больного, для оздоровления, а также противорецидивного и поддерживающего лечения. Он является центральным этапом системы. Именно на диспансерном этапе предполагается полная реадaptация и ресоциализация к предшествовавшим заболеванию или травме нагрузкам и условиям или стойкая компенсация дефицитных функций, адаптация к изменившимся условиям жизни при обострении хронических патологических процессов.

*Реабилитационная деятельность врача -педиатра:*

- проведение реабилитационных мероприятий среди детей и подростков, перенесших соматическое заболевание, травму или оперативное вмешательство;
- использование средств лечебной физкультуры, физиотерапии, нетрадиционных методов терапии (рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и др.), у детей и подростков, нуждающихся в реабилитации

*Психолого – педагогическая деятельность:*

- формирование у детей и подростков и членов их семей мотивации к внедрению элементов здорового образа жизни, в том числе к устранению вредных привычек, неблагоприятно влияющих на состояние здоровья подрастающего поколения;
- обучение детей и подростков и членов их семей основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья.

### **Собственное исследование.**

В ГУЗ «Детская поликлиника №31» обслуживается 9400 детей, из них с патологией мочевыделительной системы 35 детей, что в процентном соотношении составляет 0,37%, что ниже среднего показателя по России, который равен 0,8%.



## **Выводы.**

Изучила различные методы оздоровления детей с заболеваниями мочевыделительной системы медикаментозные и немедикаментозные, использование средств лечебной физкультуры, физиотерапии, нетрадиционных методов терапии (рефлексотерапии, фитотерапии и т.д.)

Подбор оптимальных методов оздоровления и их правильного применения, регулярная диспансеризации и профилактические осмотры педиатра, позволит сохранить состояние здоровья детей на достаточно-высоком уровне, а так же в значительной степени уменьшить вероятность развития осложнений.

## Список литературы.

- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2010. Изд: Гэотар-Медиа. 512 с
- Измеров Н. Ф. Национальная система медицины труда как основа сохранения здоровья, работающего населения России // Здравоохранение Российской Федерации. -- 2014. -- С. 78
- Потапов А. И. Только здоровая Россия может стать сильной // Здравоохранение Российской Федерации. -- 2014. --С. 37.
- Ступаков И. Н., Зайченко Н. М. Проблемы высокой смертности в Российской Федерации // Здравоохранение. -- 2014. -- С. 13-20.
- Запруднов, А. М. Детские болезни. В 2 томах. Том 2 / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев, Л.А. Харитонова. - Москва: Высшая школа, 2016. - 347 с.
- Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 269 с.
- Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – 170 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 3 группы

Зволицева Мария Владимировна

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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова