

Уч. работа
Кочубей Е.А.

2

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему

**«Подходы к оздоровлению детей с заболеваниями
мочевыделительной системы»**

Выполнила:

Студентка 5 курса 6 группы
педиатрического факультета
Кочубей Екатерина Андреевна

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.....	16
7. Собственное исследование.....	17
8. Выводы.....	18
9. Список использованной литературы.....	19

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.

Большая часть патологии почек, выявленная у детей старшего возраста и взрослых, формируется в раннем детском возрасте и даже в пренатальном периоде, когда закладываются основы строения, формирования и функционирования органов. Многие болезни почек в старшем возрасте представляют собой пролонгированную патологию плода и новорожденного. Приблизительно у 50% детей заболевания мочевыделительной системы протекают малосимптомно или вообще на неонатальном этапе не имеют клинических проявлений. В связи с этим заболевания мочевой системы встречаются намного чаще, чем выявляются при статистической отчетности. Заболевания почек стоят на втором месте в структуре заболеваемости детского возраста после болезней органов дыхания.

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 № 16»
- 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.

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 сохраненные 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

Патология органов мочевой системы, в том числе инфекции мочевой системы, в настоящее время относится к одной из важнейших проблем медицинской науки и практики здравоохранения. Большие экономические

потери в связи с утратой трудоспособности в молодом возрасте, инвалидизация детского и взрослого населения, значительная стоимость лечения больных на всех этапах развития патологического процесса определяют социальную значимость болезней органов мочевой системы. По данным М.С. Игнатовой (2001), в структуре патологии органов мочевой системы у детей в Российской Федерации, при общей распространенности 29 на 1000 детского населения, частота инфекций мочевой системы составляет 18%. В экологически неблагоприятных регионах этот показатель значительно выше и имеет тенденцию к росту.

Разнообразие клинических форм инфекций мочевой системы у детей определяется уровнем поражения органов мочевой системы, условиями инфицирования (внутриутробные или приобретенные, нозокомиальные и внегоспитальные), наличием или отсутствием органической или функциональной обструкции мочевых путей, нарушением гемодинамики

1. Острый гломерулонефрит

Острый гломерулонефрит – воспалительное заболевание почек иммунопатологического характера с преимущественным поражением почечных клубочков и вовлечением в процесс почечных канальцев, интерстициальной ткани, сосудов.

Критерии диагностики: болезненность в области поясницы, уменьшение количества мочи, бледность кожных покровов, отеки, повышение АД, интоксикация, мочевой синдром (олигурия, протеинурия, гематурия, цилиндрурия), изменения в крови (повышение содержания мочевины, креатинина, калия, магния), изменение уровня холестерина, анемия, ускоренная СОЭ, может быть эозинофилия.

Ранняя реабилитация – это успешное лечение острого процесса в стационаре. С целью улучшения функции почек назначаются постельный режим, диета, препараты, улучшающие почечный кровоток (курантил, эуфиллин), электрофорез с 1 %-ным раствором никотиновой кислоты или гепарином.

Поздняя реабилитация включает санаторный этап, который проводится в поликлинике или в местном санатории. Продолжаются назначенная ранее терапия, диета в пределах стола № 7, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, санация очагов хронической инфекции и лечение сопутствующих заболеваний.

Показан лечебно-двигательный режим с ограничением физических нагрузок и включением утренней гимнастики по индивидуальному плану, ЛФК, игр, музыкальных занятий. Рекомендуется дневной отдых.

Необходимо предусмотреть пребывание ребенка на свежем воздухе, но оберегать его от охлаждения. Следует избегать избыточной инсоляции, активных занятий спортом, не допускать контактов с агрессивными жидкостями и органическими растворителями.

Большое значение имеет диета. Она должна быть полноценной с учетом возраста больного. Назначаются физиологические нормы белка, жиров и углеводов с включением полноценных белков (таких как отварное мясо, рыба, печень, творог, яйца), ненасыщенных жирных кислот (растительное масло), витамины (овощи, фрукты). Диета сохраняется гипохлоридной (0,05—0,1 г/кг соли в сутки) не менее чем на 6 месяцев. Из рациона исключаются экстрактивные вещества, эфирные масла, копчености, острые приправы, специи.

Большое место в санаторном лечении занимает физиотерапия. Применяют парафиновые аппликации на поясничную область. Для устранения почечной ишемии используют электрофорез новокаина на поясничную область. Для уменьшения спазма сосудов показан электрофорез 2–4 %-ного раствора магния сульфата.

Расширяя кровеносные сосуды, усиливая диурез, магний положительно влияет на течение заболевания и самочувствие больного. Показаны также облучения поясничной области лампами соллюкс или инфракрасными лучами. С целью десенсибилизации организма, уменьшения воспалительных явлений в почках применяют (особенно у больных с выраженной гематурией) электрофорез кальция. На этапе санаторного лечения важная роль отводится лечебной педагогике и психотерапии.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, производится в условиях поликлиники с использованием факторов курортного лечения или на курорте. Однако лечение на курорте показано детям с отсутствием признаков обострения процесса в почках в течение года.

На этапе курортного лечения проводятся закаливание детей с использованием всех методов курортного лечения: бальнеотерапия (температура воды 37–38 °С), грязевые аппликации, а также климатотерапия; санация хронических очагов инфекции.

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 5 лет после перенесенного острого процесса. Ребенок наблюдается педиатром и нефрологом. Осмотр проводится раз в квартал на 1-м году, в последующем – 2 раза в год.

Полное обследование осуществляется 2 раза в год в момент госпитализации для реабилитации и включает исследование мочи, крови, выполнение биохимического анализа крови (определяются мочевины, креатинин, СРБ, общий белок и фракции, холестерин, электролиты), измерение АД, пробу Зимницкого, определение клиренса эндогенного креатинина, УЗИ почек, исследование глазного дна.

2. Хронический гломерулонефрит

Хронический гломерулонефрит – длительно текущее диффузное воспалительное заболевание гломерулярного аппарата почек, ведущее к склерозированию паренхимы органа и почечной недостаточности, протекающее в гематурической, отеочно-протеинурической (нефротической) или смешанной форме.

Критерии диагностики: гипертензия, отеки, различной выраженности гематурия, протеинурия, цилиндрурия, диспротеинемия, нарушения функции почек различной степени.

Ранняя реабилитация – это стационарное лечение обострения заболевания с использованием постельного режима, рационального питания, противовоспалительной терапии, гормонов, цитостатиков, антисклеротических препаратов, антикоагулянтов и антиагрегантов.

Поздняя реабилитация – лечение в местном санатории или санаторное лечение в поликлинике. Цели санаторной реабилитации – продолжение поддерживающей терапии, начатой в стационаре, коррекция режима и диеты с учетом формы, стадии заболевания, степени нарушения функции почек, санация очагов инфекции, профилактика интеркуррентных заболеваний, закаливание.

Рекомендуются щадящий режим с исключением физических и психических нагрузок, дополнительный дневной отдых, у школьников вводится дополнительный выходной день в неделю. Необходимо избегать охлаждений, контактов с инфекционными больными. После выписки из стационара ребенок 1–1,5 месяца должен находиться в домашних условиях, чтобы адаптация к обычному режиму проходила постепенно.

Диета зависит от клинической формы заболевания. При гематурической форме хронического гломерулонефрита диета гиперхлоридная, полноценная с максимальным содержанием витаминов. При нефротической форме необходимо несколько увеличить количество белка и включить в рацион продукты, богатые солями калия (изюм, курагу, чернослив, печеный картофель).

Назначение физических факторов ограничено. Очень осторожно можно проводить тепловые процедуры (электросветовые ванны, облучение поясничной области лампой соллюкс или лампой для инфракрасных лучей, нагретым песком). Рекомендуется индуктотермия области почек.

В предремическом и уремическом периоде (при отсутствии сердечной недостаточности и нарушений мозгового кровообращения) применяют хвойные ванны, при наличии зуда кожи – крахмальные ванны с температурой воды 37–38 °С.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, – проведение закаливающих процедур в поликлинике или на курорте с использованием бальнео-грязелечения, ЛФК, климатотерапии. Курортной реабилитации подлежат дети в неактивной фазе заболевания, с нарушением функции почек не более I степени, через год после обострения заболевания.

Детям с нефротической формой гломерулонефрита показано лечение в сухом и жарком климате в летнее время. В условиях такого климата усиленная отдача воды через кожу приводит к снижению диуреза, вследствие этого создаются условия для выделения более концентрированной мочи.

Под влиянием тепла, сухого воздуха усиливается кожная перспирация, расширяются периферические сосуды, что рефлекторно расширяет сосуды почек и улучшает почечное кровообращение. Это положительно сказывается на функции почек. С интервалом в месяц показаны 1—2-месячные курсы приема почечного сбора.

Динамическое наблюдение. Участковый врач наблюдает ребенка не реже раза в 1,5–2 месяца. Консультации нефролога проводятся по необходимости. Дети с диспансерного учета не снимаются. Объем проводимых исследований: анализ мочи общий и по Аддису-Каковскому, проба Зимницкого, анализ крови общий и биохимический, общий белок, фракции, мочевины, креатинин, холестерин, электролиты, СРБ, сиаловая кислота,

определение клиренса эндогенного креатинина, УЗИ почек, рентгенография по показаниям.

3. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит

Быстропрогрессирующий (злокачественный) гломерулонефрит – заболевание, характеризующееся быстрым развитием почечной недостаточности.

Критерии диагностики: нарастающая выраженность клинических проявлений гломерулонефрита, развитие почечной недостаточности, симптомы которой быстро прогрессируют.

Ранняя реабилитация заключается в немедленной госпитализации детей с подозрением на острый гломерулонефрит, строгом соблюдении всех предписаний врача, которые во многих случаях предупреждают быстрое прогрессирование болезни.

Очень большое значение имеют строгое соблюдение постельного режима, исключение физических и нервно-психических нагрузок, переохлаждения, особенно у детей подросткового возраста. Для улучшения функции почек в комплексной терапии используются антикоагулянты и антиагреганты.

Поздняя реабилитация на этапе санаторного лечения – это стабилизация воспалительного процесса, щадящий режим, полноценное питание с включением БАД, общеукрепляющее лечение, санация хронических очагов инфекции.

Поздняя реабилитация продолжается длительно, так как курортное лечение допускается только при отсутствии почечной недостаточности.

Динамическое наблюдение проводится в течение 5 лет. Объем обследований такой же, как при гломерулонефрите.

4. Пиелонефрит

Пиелонефрит – микробно-воспалительный процесс в чашечно-лоханочной системе и тубулоинтерстициальной ткани почек. Классификация По патогенезу:

1) первичный пиелонефрит;

2) вторичный пиелонефрит:

а) обструктивный, при анатомических аномалиях органов мочевой системы;

- б) при дисэмбриогенезе почек;
- в) при дисметаболических нефропатиях. По течению:

- 1) острый пиелонефрит;
- 2) хронический пиелонефрит:
 - а) манифестная рецидивирующая форма;
 - б) латентная форма.

По периоду:

- 1) обострение (активный);
- 2) обратного развития симптомов (частичная ремиссия);
- 3) ремиссии (клинико-лабораторная). По функции почек:
 - 1) без нарушения функции почек;
 - 2) с нарушением функции почек;
 - 3) хроническая почечная недостаточность.

Критерии диагностики: интоксикация, повышение температуры, дизурия, боли в поясничной области, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия, изменения в крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, нейтрофилез).

Ранняя реабилитация – это успешное лечение ребенка в период острых проявлений болезни с использованием охранительного режима, рационального питания, рациональной антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, свойств препарата и реактивности макроорганизма, кислотности мочи, аллергической настроенности организма.

Поздняя реабилитация проходит в местном санатории или поликлинике. Санаторное лечение оказывает общеукрепляющее воздействие, повышает иммунологическую реактивность, благоприятно влияет на психику ребенка.

Продолжается прерывистая (по 10 дней каждого месяца) антибактериальная терапия на фоне приема биопрепаратов и желчегонных средств.

Важным условием является обеспечение регулярного оттока мочи (мочеиспускание не реже раза в 3 ч), функционирования кишечника.

Проводятся контроль за состоянием мочеполовых органов, профилактика запоров, лечение гельминтозов. Широко используются лекарственные травы.

При проведении фитотерапии следует учитывать свойства трав оказывать противовоспалительное действие (толокнянка, чистотел, зверобой, ромашка, ягоды можжевельника, брусничный лист), усиливать регенерацию эпителия (шиповник, бессмертник, лепестки розы, лист брусники) или давать мочегонный эффект (петрушка, толокнянка, березовые почки).

При гипертонии и атонии мочевыводящих путей, а также для улучшения почечного кровотока можно использовать отвар овса.

Фитотерапия рекомендуется в перерыве между курсами антимикробных препаратов. Обосновано назначение трав с различным действием. Рекомендуется проводить смену настоев трав через каждые 10–12 дней. В период приема растительных мочегонных средств необходимо включать в диету продукты, богатые калием (изюм, курагу, печеный картофель, свежую морковь). Следует повысить питьевой режим на 20–30 % для восполнения жидкости, назначить отвары кураги, шиповника, сухофруктов, брусничного или клюквенного морса.

Ребенок находится на щадящем режиме с исключением больших физических нагрузок, спортивных соревнований. Показаны занятия физкультурой в специальной группе, обязательно проведение гигиенической гимнастики по утрам. Запрещается плавание. Санируют хронические очаги инфекции.

Диета включает полноценное рациональное питание с приемом белковой пищи в первую половину дня и достаточным введением жидкости в виде морсов, соков, минеральных вод («Боржоми», «Славяновская», «Смирновская», «Нафтуся» и др.). Пища должна содержать максимальное количество витаминов, полноценные белки. Для тренировки почек и создания неблагоприятных условий среды для микроорганизмов рекомендуется чередование через 5–7 дней растительной пищи, подщелачивающей мочу, и белковой – подкисляющей.

Ограничение соли рекомендуется только при наличии гипертензии. Из рациона на все время диспансерного наблюдения исключают продукты, богатые экстрактивными веществами, пряности, маринады, копченые колбасы, консервы, специи. При хроническом пиелонефрите большое значение имеет терапия, направленная на повышение защитных свойств организма.

Широкое применение в реабилитации детей, больных пиелонефритом, нашли физиотерапевтические процедуры. Рекомендуются хлоридные натриевые ванны. Следует помнить, что бальнеотерапия больных пиелонефритом требует тщательного контроля за соблюдением благоприятного микроклимата в водолечебнице и комнате отдыха во избежание переохлаждения. Рекомендуются лекарственный электрофорез 1 %-ного раствора фурадонина, уросульфана, УВЧ, СВЧ на область почек, диатермия, парафиновые, озокеритовые или грязевые аппликации на поясничную область.

При пиелонефрите, сопровождающемся гипотонией чашечно-лоханочной системы и мочеточников, используются синусоидальные модулированные токи (СМТ), способствующие повышению тонуса гладких мышц и верхних мочевых путей, улучшающие экскреторную функцию почек и снижающие диастолическое АД.

К назначению физиотерапии необходимо подходить индивидуально с учетом физиологического состояния почек и мочевыводящих путей. Противопоказаниями являются нарушение функции почек, наличие рубцовых сужений, мочекаменная болезнь.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, осуществляется в условиях поликлиники и на курорте. Курортное лечение показано детям, не имеющим признаков почечной недостаточности, или больным только с ПН I степени.

На этапе курортного лечения широко используются закаливающие процедуры, минеральные, хвойные, воздушные, солнечные ванны, лечебные грязи, ЛФК, тепловые процедуры. Рекомендуется прием слабоминерализованных минеральных вод (можно использовать бутылочные).

Динамическое наблюдение проводится в течение 5 лет после острого пиелонефрита и постоянно – при хроническом пиелонефрите.

Необходимый объем исследований: анализ мочи общий и по Нечипоренко, анализ крови общий и биохимический (определяются мочевины, креатинин, общий белок и фракции, СРБ, электролиты), бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек, рентгенологическое исследование и исследование глазного дна по показаниям.

5. Инфекция мочевыводящих путей

Инфекция мочевыводящих путей – инфицирование органов мочевой системы без специального указания на уровень поражения мочевых путей, ведущее к появлению нейтрофильной лейкоцитурии и бактериурии.

Критерии диагностики: могут быть повышение температуры, дизурические явления, болевой синдром, мочевого синдром.

Ранняя реабилитация на этапе стационарного лечения включает постельный режим, диету, обильное питье, прием спазмолитиков, сидячие ванны, фитотерапию.

Поздняя реабилитация проходит в условиях поликлиники или в местном санатории.

Показаны щадящий режим с ограничением физической нагрузки, диета с исключением продуктов, раздражающих мочевыводящие пути (экстрактивных и острых веществ). Для увеличения диуреза и лучшего промывания мочевых путей назначают обильное питье (чай с сахаром и витаминными соками). Целесообразно применение минеральных вод.

Из физиотерапии показаны тепловые процедуры, УВЧ, СВЧ, электрофорез с противовоспалительными препаратами на область мочевого пузыря, лоханки. При хроническом цистите рекомендуются инсталляции с томицином, колларголом, протарголом. Проводятся мероприятия по предупреждению дисфункции кишечника, гельминтозов, осуществляется контроль за состоянием половых органов.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, включает использование курортных методов лечения. Большое значение имеют закаливание с назначением лечебных грязей, бальнеотерапии, воздушных и солнечных ванн; прием минеральных вод.

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 1 года после перенесенного процесса. Обследования проводятся те же, что и при пиелонефрите.

6. Интерстициальный нефрит

Интерстициальный нефрит – воспаление соединительной ткани почек с вовлечением в процесс канальцев, кровеносных и лимфатических сосудов, почечной стромы.

Клиническая картина: боли в животе, повышение артериального давления, лейкоцитурия, микрогематурия, олигурия, гипероксалурия.

Ранняя реабилитация включает рациональное питание, прием стабилизаторов мембран (витаминов А, Е), средств, улучшающих трофику тканей, антисклеротических препаратов.

Поздняя реабилитация – санаторный этап с использованием всех факторов санаторного лечения. Рекомендуются рациональный режим, диета, физиотерапевтические процедуры (СВЧ, электрофорез с новокаином, никотиновой кислотой на поясничную область). Целесообразно назначение лекарственных трав (сбор по Ковалевой). Проводится санация хронических очагов инфекции.

Восстановительное лечение включает закаливание, курортную реабилитацию, ЛФК, гимнастику, курсы фитотерапии (брусничник, земляничник, фитолизин).

Динамическое наблюдение после перенесенного острого процесса проводится 3 года, при хроническом – постоянно. Объем исследований: анализы крови и мочи, проба Зимницкого, суточная экскреция солей с мочой, биохимическое исследование крови (определяются мочевины, креатинин, СРБ, протеинограмма, ионограмма); клиренс креатинина, УЗИ.

7. Мочекаменная болезнь

Мочекаменная болезнь – заболевание почек и мочевыводящей системы, обусловленное наличием камней.

Критерии диагностики: боли в животе или в боку, гематурия, дизурия, повторные инфекции мочевых путей.

Ранняя реабилитация предусматривает рациональное питание с учетом вида камня, прием спазмолитиков, анальгетиков.

Поздняя реабилитация проводится в условиях поликлиники или в местном санатории. Показаны щадящий режим, ограничение физических нагрузок, диетотерапия, направленная на максимальное снижение в моче солей, из которых состоял камень, увеличение диуреза за счет дополнительного назначения жидкости, высоковитаминизированная пища; фитотерапия с использованием семян укропа, корня солодки, петрушки, чистотела, земляники, хвоща полевого, березового листа, шиповника.

Необходимы профилактика гельминтозов, контроль за состоянием половых органов, кишечника, санация хронических очагов инфекции.

При восстановительном лечении, или вторичной профилактике, используются курортные методы лечения, диета, различные методы закаливания, бальнеотерапия, витаминотерапия (показаны витамины А, группы В, Е).

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 5 лет. Объем обследований: анализ крови, мочи, проба Зимницкого, Аддиса-Каковского, определение мочевины, остаточного азота, УЗИ почек, экскреторная урография, бактериологическое исследование мочи по показаниям.

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 реадаптация 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

Психо – 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 №16» обслуживается 7120 детей, из них с заболеваниями мочевыделительной системы 30 детей, что в процентном соотношении составляет 0,4%, что ниже среднего показателя по России, который равен 0,8%.

Из 30 детей:

- Пиелонефрит- 31%
- Гидронефроз -25,5%
- Гипоспадия- 17,9%
- Пиелозктазия- 14,6%
- Гломерулонефрит-11%

Вывод:

Количество детей с патологией МВС выросло на 5%, но снизилось количество тяжелых аномалий развития на 1,3%, что говорит об улучшении пренатальной диагностики.

Всем детям, имеющим даже минимальные изменения в анализах мочи - необходима консультация врача специалиста-нефролога или уролога, проведение полного нефрологического обследования с целью раннего выявления заболеваний почек, назначения адекватного лечения или проведения комплекса профилактических мероприятий по предупреждению развития патологии органов мочевой системы. Чем раньше установлен диагноз поражения почек, тем быстрее можно начать правильное лечение и предотвратить развитие почечной недостаточности.

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

Изучила показатели ГУЗ «ДП № 16» по количеству детей с заболеваниями мочевыделительной системы

Исходя из показателей по ГУЗ «ДП № 16», достаточно большое количество детей страдает заболеваниями мочевыделительной системы, которые нуждаются в профилактике и реабилитации.

Подбор оптимальных методов оздоровления и их правильного применения, регулярная диспансеризация 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:

- Нефрология детского возраста /под ред. В.А.Таболина, С.В.Бельмера, И.М.Османова. – М.: ИД Медпрактика - М, 2017.- С.46-49.
- Захарова И.Н. // Нефрология и диализ. – 2016. — №1. – С. 20—23.
- Сергеева Т. В. // Нефрология и диализ. — 2016. —№ 2. – С. 227—229.
- Возианов А.Ф., Майданник В.Г., Бидный В.Г., Багдасарова И.В. Основы нефрологии детского возраста. – Киев: Книга плюс, 2015. – С.56-70.
- Папаян А.В., Савенкова Н.Д. Клиническая нефрология детского возраста. 2016. -559 с
- Клиника, диагностика и лечение инфекции мочевой системы у детей: учеб.-метод. пособие / З.А.Станкевич, А.В.Сукало, Е.С.Зайцева, Н.И.Тур. – Мн.: Технопринт, 2015. С.51-54.
- Крохина С.А., Сукало А.В. Воспалительные заболевания мочевой системы у детей // Мед. панорама. – 2014. — № 2. – С. 42—44.
- Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Лисицын Ю.П. - 2-е изд. - 2013. 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. Харитоновна. - Москва: Высшая школа, 2016. - 347 с.
- Кильдиярова, Р.Р. Здоровый ребенок. Медицинский контроль / Р.Р. Кильдиярова. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 269 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 6 группы

Кочудей Екатерина Андреевна

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 проведённого 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 вытекая из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова