

Оценка 76 баллов.
Полякова. С.В.
Ф

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

**«Диспансерное наблюдение за детьми 2-3 года
жизни»**

Выполнил:

Студент 5 курса 4 группы

Скоробогатов А.А.

СОДЕРЖАНИЕ

Значение темы: «Лечение, профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение за здоровыми и детьми с острыми и хроническими заболеваниями».....	1
РАЗДЕЛ I Функциональные обязанности и критерии оценки деятельности участкового врача педиатра	8
РАЗДЕЛ II Организация диспансерного наблюдения детей и подростков	11
РАЗДЕЛ III Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники	27
РАЗДЕЛ IV Диспансерное наблюдение детей с отклонениями в состоянии здоровья на педиатрическом участке	37
Диспансерное наблюдение детей раннего возраста.....	37

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА

Лечебно-профилактическое педиатрическое отделение является основным структурным подразделением детской поликлиники. Оно объединяет участковых врачей-педиатров, персонал кабинета здорового ребенка, прививочного и процедурного кабинетов. В функции лечебно-профилактического отделения входят: • амбулаторный прием и оказание помощи детям на дому по поводу острых и обострения хронических заболеваний; • диспансерное наблюдение; • лечение, оздоровление и реабилитация детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов; • оказание помощи детям из групп высокого риска формирования хронической патологии; • осуществляет координацию и взаимодействие с различными учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты и образования. Ключевой фигурой в системе оказания первичной медико-санитарной помощи детям является участковый врач-педиатр. Он осуществляет свою деятельность в детских поликлиниках, амбулаториях, стационарнополиклинических учреждениях, других медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Формирование обслуживаемого контингента осуществляется, преимущественно, по территориальному принципу, а также на основе свободного выбора врача пациентами. Организация деятельности участкового врача-педиатра регламентируется Приказом Минздравсоцразвития России № 28 от 28.01.2006 г. В перечень обязанностей участкового врача-педиатра входит: • формирование врачебного участка из прикрепившегося контингента; • проведение динамического медицинского наблюдения за физическим и нервно-психическим развитием детей; • диагностическая и лечебная работа на дому и в амбулаторных условиях; • работа по охране репродуктивного здоровья подростков; • первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки; • организация и участие в проведении профилактических осмотров детей в декретированные возрастные сроки; • разработка комплексов лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечение контроля за выполнением режима, рационального питания, своевременного проведения профилактики алиментарных расстройств, рахита, анемии и других заболеваний; • своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, а при соответствующих показаниях — на госпитализацию; • проведение иммунопрофилактики; • динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения; • подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения; • формирование информации о детях и семьях социального риска для отделения медико-социальной помощи детской поликлиники, органов опеки и попечительства; • обеспечение работы стационара на дому; • организация и выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов; • проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг; • подготовка и выдача заключения о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения; • проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции; • диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории; • своевременное направление извещения в

территориальные органы Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнениях; • медицинская помощь юношам в период подготовки к военной службе; • проведение работы по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей; • подготовка медицинской документации по переводу детей в городскую (районную) поликлинику по достижении ими соответствующего возраста; • руководство деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной помощи; • ведение медицинской документации в установленном порядке, анализ состояния здоровья детей, прикрепленных к педиатрическому участку. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» в труднодоступных и отдаленных районах, в сельской местности с недостаточным числом врачей-педиатров возможно проведение диспансерного наблюдения детей из прикрепившегося контингента, в том числе детей раннего 9 возраста, врачом общей практики (семейным врачом) с последующим направлением пациентов с отклонениями в состоянии здоровья к врачам-специалистам. Критериями эффективности профилактической работы врача-педиатра являются: выполнение дородового патронажа беременных и врачебных патронажей детям первого года жизни; охват детей профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем; охват профилактическими осмотрами в декретированные сроки; динамика состояния здоровья детей, а также удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании. Эффективность лечебного процесса оценивается по охвату детей диспансерным наблюдением, проценту диспансерных больных, получивших необходимую лечебно-профилактическую помощь; положительным результатам лечения; выполнению индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов и проценту снятия с инвалидности; показателям первичной и общей заболеваемости детского населения. Критерием эффективности является также уровень смертности детей на педиатрическом участке и работа с детьми в рамках новой социальной программы «Родовой сертификат».

РАЗДЕЛ II ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Одной из важнейших сторон деятельности участкового педиатра является диспансеризация детского населения, которая включает 3 этапа мероприятий: 1. Дородовый патронаж беременных женщин с целью антенатальной профилактики. 2. Периодические профилактические осмотры всех детей с целью укрепления и сохранения их здоровья, наблюдения за развитием и активное выявление начальных форм заболевания. 3. Динамическое наблюдение за больными детьми, взятыми на диспансерный учет и проведение оздоровительных мероприятий с ними. Диспансеризация представляет собой систему организационных и лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающих динамический контроль за уровнем развития и состоянием здоровья детей с целью раннего выявления начальных отклонений, назначения своевременных оздоровительных, корригирующих, лечебных мероприятий по предупреждению заболеваний, а также обеспечение условий для оптимального развития детей; составляет основу профилактического обслуживания детского населения. Диспансеризация - это

активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённого контингента населения (в данном случае - детей) с целью раннего выявления заболеваний. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного телесного, душевного и социального благополучия». Задачи диспансеризации - воспитание здорового ребенка, обеспечение оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей. При проведении диспансеризации детского населения выделяют два этапа: осуществление комплексных медицинских осмотров; организация лечебных и оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией. Диспансерное (профилактическое) наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома. Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному организуется в 1- 2-е сутки. Последующие патронажи к здоровому новорожденному осуществляется в регламентированные сроки, а по отношению к новорожденным с отклонениями в состоянии здоровья график наблюдения определяется индивидуально. В течение первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами только на дому. Одной из важнейших задач, решаемых педиатром во время патронажей к новорожденному, является сбор подробных сведений о генеалогическом, биологическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления. Цель диспансеризации ЗДОРОВЫХ детей – сохранение и дальнейшее развитие здоровья, его укрепление, улучшение физического и нервнопсихического развития, обеспечение своевременной психосоциальной адаптации, гармоничное развитие ведущих органов, систем и всего организма в целом. Цель диспансеризации детей, имеющих ГРУППЫ РИСКА, пограничное состояние здоровья, сниженную сопротивляемость к заболеваниям, травмам, к физическим факторам внешней среды – заключается в максимальном устранении имеющихся экзо - и эндогенных факторов риска, сохранение здоровья ребенка, воспитание гармонично развитой личности. Цель диспансеризации БОЛЬНЫХ детей состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медикосоциальной адаптации к трудовой деятельности. Диспансерное наблюдение за «неорганизованными» детьми и детьми старшего возраста участковый педиатр проводит на профилактических приемах в поликлинике в декретированные (регламентированные) сроки. После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка. Оно включает: • диагноз (основное и сопутствующие заболевания, морфофункциональные отклонения); • оценку физического развития; • оценку нервно-психического развития; • оценку поведения; • установление группы здоровья. На основании этого заключения назначаются консультации специалистов и разрабатываются рекомендации по: • дальнейшему наблюдению; • особенностям питания; • физическому воспитанию; • закаливанию; • воспитательным воздействиям; • проведению профилактических прививок; • дальнейшему диспансерному наблюдению; •

лабораторным и инструментальным методам исследования; 12 • лечебно-профилактическим и оздоровительно-реабилитационным мероприятиям; • санаторно-курортному лечению. Приказом Минздравсоцразвития России № 307 от 28 апреля 2007 г. утвержден стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни. Регламентируется: • количество и сроки дородового патронажа беременных; • перечень врачей-специалистов, участвующих в диспансерном наблюдении детей; • кратность и возрастные периоды обследования детей врачом-педиатром и врачами-специалистами, а также вид и объем предусмотренных стандартом диагностических исследований (табл. 2). На первом году жизни кроме педиатра дети осматриваются неврологом, стоматологом, ортопедом, офтальмологом (другие специалисты — по показаниям), проводится исследование крови, мочи и кала - в три года, кроме перечисленных специалистов, детей обследует логопед. В 6 и 7 лет проводится дополнительный осмотр дерматологом, педагогом, психологом и, кроме анализов крови, мочи и кала, осуществляется определение глюкозы в моче, на основании базовой скрининг - программы проводится оценка состояния осанки, стопы, остроты зрения, слуха, динамометрия. Оценивается физическая подготовленность, определяется медицинская группа для занятий физкультурой. В 7 лет детям при плановой диспансеризации измеряется артериальное давление (табл. 1). Для детей, готовящихся к поступлению в дошкольное учреждение и школу, в заключении дается прогноз адаптации и намечаются мероприятия, направленные на повышение адаптационных и защитных возможностей ребенка в период подготовки к изменению микросоциальных условий, при необходимости назначаются дополнительные обследования. При выявлении во время плановой диспансеризации у детей хронических заболеваний, врожденных пороков развития, они подлежат диспансерному наблюдению у различных специалистов по учетной форме 030/у, в сроки, которые зависят от вида патологии. Тем не менее, такие дети продолжают наблюдаться педиатром в плановом порядке в декретированные сроки.

РАЗДЕЛ I

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ 4.1. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 4.1.1.

Особенности диспансерного наблюдения недоношенных детей в детской поликлинике

Основные задачи диспансерного наблюдения недоношенных детей в поликлинике: • максимально длительное сохранение грудного вскармливания; • контроль за выполнением режима дня и питания; • повышение иммунитета путем регулярного закаливания (прогулки, водные процедуры, общий массаж); • профилактика рахита и железодефицитной анемии; • проведение профилактических прививок по индивидуальному графику. Все недоношенные дети относятся к группам риска (рisku возникновения патологии ЦНС, риску внутриутробного инфицирования и гнойно-воспалительных заболеваний, риску развития трофических нарушений, развития врожденных пороков органов и систем, а также социальному риску, т.е. всем 5-ти группам риска). Они требуют повышенного внимания участкового врача-педиатра. Первый патронаж к недоношенным детям осуществляется на следующий День после выписки из родильного дома или стационара (отделения I и II этапа выхаживания), так как такие дети дают более высокие показатели заболеваемости и младенческой смертности. Далее на первом месяце врач-педиатр осматривает недоношенного ребенка 1 раз в неделю, от 1 до 6 месяцев - 1 раз в 2 недели, 6-12 месяцев - 1 раз в месяц, по показаниям - чаще. Первые 3-4 месяца педиатр осматривает ребенка на дому, а также на дому и в периоды Эпидемий инфекционных заболеваний. Антропометрия проводится при каждом осмотре и оценивается динамика тела. Рекомендуются родителям приобрести детские весы. Далее осмотр осуществляется педиатром и узкими специалистами. От 1 года до 4 лет - осмотр педиатра 1 раз в квартал. Ортопед ежемесячно в первые 3 месяца, затем 1 раз в квартал, офтальмолог, ЛОР-врач - на 1-м месяце жизни, повторно не менее 2-3 раз (1 раз в квартал). Осмотр невропатолога ежемесячно на первом году жизни. При выявлении нарушений со стороны ЦНС, опорно-двигательного аппарата, слуха нарушения зрения недоношенные дети находятся под наблюдением специалиста соответствующего профиля. По показаниям (перед прививками, частые заболевания) - консультация иммунолога. Консультации врача-ЛФК и физиотерапевта по показаниям. 37 Общий анализ крови и общий анализ мочи - ежемесячно на первом году жизни. С 1 года до 3-х лет - 1 раз в квартал. Старше 3 лет - 1 раз в год. Расчет питания 1 раз в месяц. 4.1.2. Тактика ведения детей с заболеваниями центральной нервной системы Детей с перинатальным поражением ЦНС педиатр наблюдает ежемесячно в течение двух лет. Консультацию невролога на дому организуют на первом месяце жизни, далее каждые 3 месяца на первом году наблюдения, каждые 6 месяцев на втором году наблюдения. Консультация окулиста - в 1 месяц и в 12 месяцев, далее по показаниям. Аудиологический скрининг проводят на первом месяце жизни, консультации оториноларинголога в 1, 4, 6, 12 месяцев, далее по показаниям. Нейросонография - 1 раз в год, общий анализ крови - 2 раза в год, общий анализ мочи - 1 раз в год, биохимический анализ крови (содержание билирубина, глюкозы, кальция, активность щелочной фосфатазы) по показаниям. Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника показано при подозрении на спинальную

травму. Компьютерную томографию и МРТ назначают при подозрении на паренхиматозное кровоизлияние. Сроки реабилитационных мероприятий зависят от степени тяжести и выраженности клинических проявлений поражения ЦНС: при легкой степени до 2 лет, при среднетяжелой - до 3 лет, при тяжелой - до 18 лет. Реабилитация включает охранительный режим, массаж, физиотерапию (электрофорез, грязелечение, парафинолечение), кинезиотерапию, плавание. Медикаментозное лечение проводят циклами в зависимости от ведущего синдрома (ноотропные и нейрометаболические средства, дегидратационная терапия, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, витамины группы В). Иммунизацию проводят по индивидуальному графику, в соответствии с календарем прививок (приказ №673 МЗРФ от 2007 г.)

4.1.3. Тактика ведения детей с затяжной желтухой. При затяжной желтухе на 14-15 день проводят обязательное обследование, включающее: • Наблюдение педиатром по 3-й группе здоровья, через каждые 5 дней; • Общий развернутый анализ крови каждые 10 дней; • Чрескожное определение билирубина каждые 5-7 дней; • Определение билирубина в крови микрометодом каждые 7-10 дней • УЗИ печени в 1 мес. • Осмотр неврологом и оториноларингологом.

4.1.4. Тактика ведения детей с рахитом. Профилактика рахита. Самым частым заболеванием, связанным с нарушением фосфорнокальциевого гомеостаза, у детей 1-го года жизни является рахит. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) это заболевание включено в раздел болезней эндокринной системы и обмена веществ (шифр E55.0).

38 Эффективное лечение рахита основано на комплексе мероприятий по нормализации режима жизни ребенка и обеспечению его полноценным питанием. Цель терапии рахита — воздействие витамином D на органы-мишени для оптимизации фосфатно-кальциевого обмена. Антенатальная профилактика рахита предусматривает следующие мероприятия: Соблюдение режима дня беременной женщиной с достаточным сном в дневное и ночное время. Прогулки на свежем воздухе не менее 2-4 ч ежедневно, в любую погоду. Рациональное питание беременной (ежедневное употребление не менее 180 г мяса, 100 г рыбы (3 раза в неделю), 100 г творога, 30-40 г сыра, 300 г хлеба, 500 г овощей, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов). Молоко можно заменить специальными молочными напитками, предназначенными для питания женщин во время беременности и лактации и предупреждающими нарушения фосфорно-кальциевого обмена у женщины и плода (или ребенка). Необходим прием поливитаминных препаратов на протяжении беременности. Регулярный прием поливитаминных препаратов может восполнить недостаток витаминов в пище, предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена в организме беременной и тем самым надежно обеспечить развивающийся плод кальцием, фосфором и витамином D. Начиная с 28-32-й недели беременности, назначается витамин D в дозе 400-500 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года. Беременным женщинам из групп риска (нефропатия, хроническая экстрагенитальная патология, сахарный диабет, гипертоническая болезнь) необходимо с 28-32-й недели гестации назначать витамин D в дозе 1000-1500МЕ/сут. Постнатальная профилактика рахита предусматривает комплекс мероприятий. Чрезвычайно важным является правильное питание ребенка. Оптимальным является грудное вскармливание при условии правильного питания кормящей женщины. При искусственном вскармливании необходимо подобрать адаптированную молочную смесь, максимально приближенную по составу к женскому молоку, содержащую 100%

лактозы, усиливающей всасывание кальция, а также холекальциферол и сбалансированное соотношение кальция и фосфора (2:1). В молочных смесях допускается соотношение между кальцием и фосфором, равное 1,2-2:1, однако наилучшее соотношение 2:1. Неспецифическая профилактика рахита предусматривает применение лечебной физкультуры, массажа, которые должны проводиться систематически, длительно, с постепенным и равномерным увеличением нагрузки. Для постнатальной специфической профилактики рахита используются препараты витамина D (табл. 8).

Препараты витамина D	Препарат	Действующее вещество	Форма выпуска	и дозировка
Вигантол (масляный)	Холекальциферол	Масляный раствор	В 1 капле	500 МЕ
39	Аквдетрим (водный раствор)	Холекальциферол	Водный раствор	1 капля 500 МЕ
D3 (BON)	Холекальциферол	Ампулы для внутримышечного введения	200 000 МЕ	в ампуле
D2 (масляный раствор)	Эргокальциферол	Масляный раствор	0,0625% (1 капля 700 МЕ)	
0,125% (1 капля 1400 МЕ)	* Методические рекомендации МЗ СССР «Профилактика и лечение рахита у детей раннего возраста», 1990. ** доза 5000 МЕ назначается только при выраженных костных изменениях. Согласно рекомендациям ВОЗ, для здоровых доношенных детей раннего возраста минимальная доза витамина D составляет 500 МЕ/сут. Эта доза в условиях средней полосы России назначается в весенний, осенний и зимний периоды, начиная с 3-4-недельного возраста. При достаточной инсоляции ребенка с июня по сентябрь специфическая профилактика с использованием витамина D не проводится. Однако в случае пасмурного лета, особенно в северных регионах, специфическая профилактика рахита осуществляется и в летние месяцы. Профилактическое назначение витамина D проводится в течение 1-го и 2-го года жизни, а иногда и на 3-м году жизни. Детям из группы риска по рахиту рекомендуется ежедневное назначение витамина D в дозе 1000 МЕ в течение одного месяца, затем 500 МЕ в течение осенне-зимне-весеннего периода в течение первых двух лет жизни (с учетом состояния ребенка). Группу риска по рахиту составляют дети: • недоношенные и маловесные; • родившиеся с признаками морфофункциональной незрелости; • с синдромом мальабсорбции (целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.); • с судорожным синдромом, получающие антиконвульсанты; • со сниженной двигательной активностью (парезы и параличи, длительная иммобилизация); • с хронической патологией печени, желчевыводящих путей; • часто болеющие острыми респираторными недугами; • получающие неадаптированные молочные смеси; • с отягощенной наследственностью по нарушениям фосфорнокальциевого обмена; • из двоен или от повторных родов с малыми промежутками между ними. Специфическая профилактика рахита у недоношенных детей имеет свои особенности. Это связано с тем, что рахит (остеопения) у недоношенных детей обусловлен не только дефицитом кальция и фосфора, но также незрелостью ребенка, гипоплазией костной ткани и ее недостаточной минерализацией, 40 более интенсивным ростом и быстрыми темпами роста костей у недоношенных детей в постнатальном периоде по сравнению с доношенными. Поэтому для профилактики рахита у недоношенных детей используют более высокие дозы и раннее назначение витамина D. При недоношенности I степени витамин D назначается с 10-14-го дня жизни в дозе от 400-500 до 1000 МЕ/сут ежедневно в течение первых 2 лет, исключая летние месяцы; при недоношенности II-III степени - 1000-2000 МЕ ежедневно в течение 1-го года жизни, на 2-м году - в дозе 500-1000 МЕ/сут, исключая летние месяцы.			

Однако применение витамина D у недоношенных детей в дозе выше 500 МЕ требует систематического ежемесячного, ежеквартального контроля за экскрецией кальция с мочой. Специфическую профилактику рахита лучше всего проводить водным раствором витамина D₃, особенно у недоношенных детей, с учетом незрелости у них ферментативной активности кишечника. Необходимо учитывать, что реальная суточная потребность ребенка в витамине D зависит от многих факторов, что влияет на выбор индивидуальной дозы препарата. К таким факторам относятся: • возраст; • генетические особенности; • характер вскармливания; • особенности ухода; • время года; • степень тяжести нарушений фосфорно-кальциевого обмена; • состояние здоровья; • наличие и характер сопутствующей патологии; • климатические условия местности, где проживает ребенок. Следует иметь в виду, что при синдроме нарушенного всасывания в тонкой кишке (целиакии, гастроинтестинальной форме пищевой аллергии, экссудативной энтеропатии, панкреатите, кистозном фиброзе поджелудочной железы (муковисцидозе), дизэмбриогенезе энтероцитов, хронических энтероколитах) может нарушаться всасывание масляных растворов витамина D. Существующие до настоящего времени масляные формы витамина D₃ не всегда хорошо всасываются. Причиной нарушения всасывания масляного раствора витамина D являются: • синдром нарушенного всасывания в тонкой кишке (целиакия; гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.); • панкреатиты; • кистозный фиброз поджелудочной железы (муковисцидоз); • дизэмбриогенез энтероцитов; • хронические энтероколиты; • болезнь Крона. В последние годы появилась водная форма витамина D₃. Преимуществами водного раствора витамина D₃ являются: 41 • лучшее всасывание из ЖКТ (водный раствор всасывается в 5 раз быстрее, а концентрация в печени в 7 раз выше); • более продолжительный эффект при применении водного раствора (сохраняется до 3 мес., а масляного - до 1-1,5 мес.); • большая активность; • быстрое наступление клинического эффекта (через 5-7 дней после назначения D₃ и 10-14 дней при приеме D₂); • высокий эффект при рахите и рахитоподобных заболеваниях, патологии желудочно-кишечного тракта; • удобство и безопасность лекарственной формы. Противопоказанием к назначению профилактической дозы витамина D может быть: • идиопатическая кальциурия (болезнь Вильямса-Бурне); • гипофосфатазия; • органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноза. Дети с малыми размерами родничка имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина D. Специфическая профилактика рахита им проводится, начиная с 3-4 месяцев жизни. Лечебные мероприятия при рахите В настоящее время для лечения D-дефицитного рахита предложены различные дозы, в основном, витамина D₃ (холекальциферола). Препараты активных метаболитов используются для лечения первичного и вторичного остеопороза у детей старшего возраста. Лечебные мероприятия при рахите предусматривают: Таблица 9 Профилактические и лечебные дозы витамина D* Профилактика рахита витамин D 500 МЕ - ежедневно в течение 2-х лет (400000-500000 МЕ) легкая степень тяжести 150 000-300 000 МЕ средняя степень тяжести 300 000-600 000 МЕ Лечение рахита * (суммарная терапевтическая доза) тяжелое течение 600 000-800 000 МЕ Противорецидивное лечение (через 3 месяца после лечебного курса) витамин D по 2000-5000 МЕ в течение 3-4 недель (летом не проводят) *- начальная лечебная доза должна составлять 2 500- 5 000 в сутки, длительность курса 30-45 дней; затем переходят на поддерживающую ежедневную дозу 500 МЕ в течение 2-х лет В

настоящее время практически все педиатры согласились, что специфическое лечение рахита целесообразно проводить малыми лечебными дозами витамина D. Суточная доза при I-II степени при этом составляет 1500-2000 МЕ, курс – 100000–150000 МЕ; при II-III степени – 3000-4000 МЕ, курс 200000- 400000 МЕ. Это лечение проводится в период разгара, подтвержденного биохимическими данными (снижение в крови кальция и фосфора, повышение щелочной фосфатазы). По окончании курса при необходимости целесообразно перейти на профилактическую (физиологическую) дозу. Рекомендованные в прошлом ударный, полуударный методы, повторные лечебные курсы в настоящее время не используются. Витамин D назначается вначале в минимальной дозе - 2000 МЕ/сут в течение 3-5 дней, а затем, при хорошей переносимости препарата, дозу повышают до индивидуальной лечебной дозы. После достижения терапевтического эффекта лечебную дозу заменяют профилактической (400-500 МЕ/сут), которую ребенок получает в течение первых 2 лет и в зимний период на 3-м году жизни. Наряду с витамином D при лечении рахита назначаются препараты кальция, особенно недоношенным детям, получающим естественное вскармливание. Они используются в первом и втором полугодиях жизни в течение 3 недель. Доза определяется тяжестью течения рахита и степенью остеопороза или остеопении. Детям второго года жизни из группы риска рекомендуется не только диета, обогащенная кальцием, но и прием препаратов, содержащих его и витамин D, в осенне-зимний период. Восстановительная терапия включает массаж и ЛФК, которые назначаются через 2 недели после начала медикаментозной терапии, бальнеолечение (хвойные, соленые ванны-10-15 процедур на курс лечения). Лечение проводится 2-3 раза в год. Алгоритм лечебных мероприятий при рахите представлен в таблице 10. 43

Таблица 10. Алгоритм лечебных мероприятий при рахите

Контроль эффективности	1. Уточнение и устранение причины, вызвавшей заболевание	2. Организация рационального, сбалансированного питания, своевременное введение прикорма	3. Организация режима дня, пребывание на воздухе не менее 3 ч, массаж и гимнастика
1. Патогенетическая терапия. При легком рахите с отчетливыми признаками поражения костной системы – витамин D 2500 МЕ ежедневно, курс 45-60 дней с последующим переходом на профилактический прием препарата. У больных с рахитом средней тяжести – 5000 МЕ ежедневно, курс 45-60 дней. По показаниям вместо эргокальциферола можно использовать: - курс УФ-облучения с 1/8 до 1,5 биодозы по замедленной схеме или кислородновитаминный коктейль (сироп из плодов шиповника, аскорбиновая кислота, витамины B1, B2, B6, B5, B15, железо и витамин D в лечебной дозе); - цитратную смесь по 1 ч.л. 3 раза в день в течение 2 нед – 2 курса	2. Витаминотерапия (аскорбиновая кислота, токоферол, витамины B1, B2, B6, B5, B15). Микродозы меди, кобальта, железа, никеля, марганца	3. Неспецифические адаптогены (оротат калия, дибазол, пентоксил, глутаминовая кислота). При выраженной мышечной гипотонии – прозерин	4. В период реконвалесценции – бальнеотерапия, массаж, гимнастика
5. Диетотерапия: своевременное введение соков и фруктовых пюре детям, находящимся на естественном вскармливании, первый прикорм вводят с 4 мес. в виде овощного пюре, с 4,5 мес. - каши (овсяная, гречневая, рисовая), с 5 мес. назначают печень, с 6-6,5 мес. – мясное пюре. При искусственном вскармливании предпочтение отдают адаптированным смесям. Все докормы вводят на 2-3 нед раньше	1. Улучшение эмоционального и мышечного тонуса	2. Исчезновение симптомов остеомалации	3.

Нормализация показателей нервно – психического и статико – моторного развития 4.
Проба Сулковича 5. Клинический анализ крови 44 При рахите у детей раннего возраста лечение указанными дозами в течение четырех недель приводит к положительной динамике клинических и рентгенологических данных, нормализации кальция и фосфатов в крови. Активность щелочной фосфатазы сыворотки крови нормализуется лишь через два-три месяца от начала лечения. Следует помнить, что при применении препаратов витамина D начало их действия реализуется только на 10-14-е сутки и продолжается недели и даже месяцы, т.к. возможна кумуляция лекарственных средств. Если при использовании у ребенка методов специфической профилактики и лечения не наблюдается улучшения, рахитический процесс прогрессирует и сопровождается отставанием детей в росте, необходимо тщательное обследование больного для исключения D-резистентных форм рахита. Для контроля за динамикой остеопенического синдрома на фоне применения препаратов кальция и витамина D у детей раннего возраста наиболее доступными тестами являются определение кальций-креатининового индекса и оксипролина в утренней порции мочи. При этом положительная динамика указанных тестов может быть выявлена через 3 недели от начала применения препаратов.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (КЛАСС X БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) (J00-J99) 4.3.1.

Диспансеризация детей с острой пневмонией (J12-O18) После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находится на «Д» наблюдении в поликлинике в течение 1 года. Дети, перенесшие острую пневмонию на первом году жизни, посещаются участковым педиатром в первые 3 дня после выписки из стационара. Дети первых трех месяцев наблюдаются в течение 6 мес. по выздоровлению 2 раза в месяц, затем один раз в месяц. Дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте 3-12 мес. наблюдаются в течение года раз в мес. Дети, заболевшие в возрасте от года до 3 лет, наблюдаются раз в 2 мес., старше 3 лет раз в квартал. Школьники освобождаются от физкультуры на 3 мес. При повторной пневмонии за время «Д» наблюдения проводится консультация пульмонолога, иммунолога. Профилактические прививки разрешаются через 3-4 нед. после выздоровления. Группа здоровья 2. 4.3.2. Содержание диспансеризации детей с хроническим бронхитом (J42) Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр - 2 раза в год, ЛОР и стоматолог - 2 раза в год, пульмонолог - 1 раз в год, аллерголог и иммунолог - по показаниям, ОАМ и ОАК при обострении и после интеркуррентных заболеваний. Рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, реакция Манту, спирография и ФГС по показаниям. Школьники освобождаются от физкультуры на 1 мес. после обострения, далее постоянно занятия в подготовительной группе. «Д» наблюдение 2 года. Группа здоровья 2. 4.3.3. Содержание диспансеризации детей с хронической обструктивной легочной болезнью (J44) Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр при легком течении болезни - 2 раза в год, среднетяжелом - 4 раза в год, при тяжелом - 6 раз в год. Осмотры ЛОР и стоматолога - 2 раза в год с санацией хронической инфекцией у всех членов семьи. Осмотр пульмонолога - 1 раз в год, фтизиатр и торакальный хирург - по показаниям. ОАМ и ОАК перед каждым «Д» осмотром. Спирография 2 раза в год, цитология мокроты, посев на флору и чувствительность к антибиотикам 1 раз в год. Рентгенография грудной клетки по показаниям. Противорецидивные курсы лечения 2 раза в год при отсутствии деформации бронхов, при их наличии - 4 раза в год. Занятия физкультурой для школьников постоянно в спецгруппе, ЛФК. При хронической пневмонии 3 ст. детям организуется индивидуальное обучение на дому без посещения школы. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых обострениях и наличии сердечно-легочной недостаточности. Инвалидность на 5б значают при стойкой дыхательной недостаточности II и более степеней до 18 лет. «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V. 4.3.4. Содержание диспансеризации детей с бронхиальной астмой (J45) Участковый педиатр и аллерголог осматривают пациента с тяжелой бронхиальной астмой 1 раз в месяц. С легкой и среднетяжелой степенью - 1 раз в 3 мес., при длительном межприступном периоде 2 раза в год, ЛОР и стоматолог - 2 раза в год, аллерголог - 2 раза в год. ОАМ и ОАК 1 раз в 3 мес., кал на яйца глистов и лямблии 2 раза в год, спирография 2 раза в год, рентгенография грудной клетки по показаниям. При легкой и тяжелой степени бронхиальной астмы дети посещают школу. При тяжелом течении - обучение на дому. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых приступах. Освобождение от занятий физкультурой для школьников на 1 мес. после приступа, далее - постоянно в спецгруппе, при тяжелой форме занятия в группе ЛФК. Инвалидность при

тяжелой форме БА сроком на 2 года, при гормонозависимой форме – сроком до 18 лет.
«Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V. 4.4.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ КЛАСС IV: БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (N00-N99)

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. Преимущество проведения консервативной и заместительной терапии при ХПН. 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. 57 4.4.1. 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 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 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 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 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. 58 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. 4.4.2. Диспансерное наблюдение за детьми с инфекциями нижних мочевых путей (N 39.0) - наблюдение в течение 1 года 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 анализе 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. 4.4.3. 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, желательно 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, лак59 татдегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. По показаниям рентгенологическое обследование. 4.4.4. 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 Нечипоренко) - 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, 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. 60 Критерии эффективности диспансерного наблюдения - достижение длительной ремиссии и отсутствие признаков хронической почечной недостаточности.

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (K00-K93)

Диспансеризация детей с болезнями печени (K70-K77) Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, неактивная фаза. Врач-педиатр 1 раз в квартал. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза, альдолаза). Дуоденальное зондирование 1 раз в 3-6 мес. Клинический анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 3 мес. Кал на цисты лямблий и глист. Моча на желчные пигменты и уробилин 1 раз в мес. Снятие с учета при отсутствии увеличения печени, селезенки, отсутствии желтухи, геморрагий, нормализации функциональных проб печени, дуоденального содержимого и анализов крови, т.е. отсутствие обострений в течение 2-х лет. Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, активная фаза. Врач-педиатр не реже 2 раз в мес. То же, что и при неактивной фазе, но функциональные пробы печени 1 раз в 10-14 дней, остальные анализы по показаниям. Снятие с учета так же, как и при неактивной фазе. Цирроз печени: сформированная и терминальная стадия. Врач-педиатр не реже 1 раза в мес. Функциональные пробы печени и общий анализ крови (обязательно тромбоциты) по показаниям – не реже 1 раза в мес. Рентгенография пищевода 1 раз в год. Дуоденальное зондирование противопоказано. С учета не снимать, систематический контроль за общим состоянием (размерами печени, селезенки, желтухой, асцитом и т.д.), функциональными пробами печени и анализами крови. 4.5.2.

Диспансеризация детей с болезнями печени и желчевыводящих путей (K80-87) Болезни желчных путей (холециститы, холецистохолангиты, дискинезия желчевыводящих путей). Врач – педиатр каждые 2-3 месяца в течение 1 года после обострения, каждые 6 месяцев в течение последующих лет, оториноларинголог, стоматолог по показаниям. При необходимости консультация гастроэнтеролога. Кал на цисты лямблий и яйца глист. Дуоденальное зондирование не реже 1 раза в 3 месяца. В течение первого года после выписки из стационара. В дальнейшем по показаниям. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза). Снятие с учета при отсутствии обострения, увеличения печени, болезненности в правом подреберье и эпигастрии, при нормальном дуоденальном содержимом в течение 1,5 -2-х лет. 4.5.3.

Диспансеризация детей с болезнями ЖКТ (K20-K63) Хронический гастрит и дуоденит. Врач-педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, фракционное исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование; рентгеноскопия желудка (по показаниям), копрограмма, кал на яйца глистов и лямблии; посев на флору (по показаниям). Нормализация веса, отсутствие жалоб, нормализация желудочной секреции; снятие с учета не раньше, чем через 2 года после исчезновения основных симптомов. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Врач-педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, кал на скрытую кровь, рентгенография желудка и 12-перстной кишки, фракционное исследование желудочного сока (при отсутствии пищи в желудке). Восстановление веса, отсутствие обострений и осложнений, нормализация кислотности, рентгенологических

данных. С учета не снимаются и в 15 лет передаются под наблюдение в поликлинику для взрослых.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КЛАСС IV БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (E00-E90)

Диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом (E 10-E 14) Сахарный диабет - инсулиновая недостаточность. Диагноз ставится на основании пробы на толерантность к глюкозе в дозе 1,75 г/кг (не более 75 г). «Д» наблюдение: педиатр и эндокринолог 1 раз в мес., окулист, невролог и стоматолог 2 раза в год, ЛОР 1 раз в год. При осмотре обратить внимание на: общее состояние ребенка, состояние кожи, печени. Следить за массой, длиной тела, темпами полового развития. Определение глюкозы крови и мочи, ацетона в крови и мочи 1 раз в 3 мес. Определение микроальбуминурии 1 раз в 3 мес., остроты зрения и глазного дна 1 раз в 3 мес., ЭКГ, реоэнцефалография, реовазография 1 раз в 6 мес. ОАК и ОАМ 1 раз в 6 мес., рентгенограмма грудной клетки 1 раз в год.

Профилактические прививки проводятся в состоянии компенсации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть. 4.6.2. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотиреозом (E 03) Гипотиреоз - обусловленный сниженной продукцией тиреоидных гормонов или отсутствием чувствительности к ним в тканях. Диспансеризацию осуществляют педиатр и эндокринолог. Она предполагает два этапа. 1 этап – 62 родильный дом. Проводится скрининг-тест на гипотиреоз. 2 этап - педиатрический учет. Осмотр и обследование в возрасте: 14 дней, через 4-6 недель, далее ежеквартально на первом году жизни, до 3-х лет 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Обращается внимание на состояние кожи, АД, пульс, за сроками прорезывания зубов, длиной тела, психическим развитием. Невролог в 1 и 2 года, психиатр в 3 года, окулист в 2 и 3 года, сурдолог в 2 года. Проводится рентгенография костей - 1 раз в год для контроля за динамикой костного возраста. Далее специалисты осматривают ребенка ежегодно. ТТГ, Т3 и Т4 в 14 дней, через 4-6 недель, далее ежеквартально до года. ТТГ, Т3 и Т4, ОАК, липидограмма 1 раз в 6 мес.

Профилактические прививки не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть. 4.6.3. Диспансерное наблюдение за детьми с эндемическим зобом (E 01.0) Эндемический зоб - проявление йодной недостаточности. Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог - 1 раз в 6 мес. ТТГ, Т3 и Т4, биохимический анализ крови, анализ крови натошак, липидограмма, ОАК, ОАМ, ЭКГ, АД, подсчет пульса. Оценивается физическое развитие, УЗИ. Профилактические прививки в период компенсации не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть. Зоб токсический диффузный Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог - 1 раз в 6 мес. ТТГ, Т3 и Т4, биохимический анализ крови, сахар крови натошак, липидограмма, ОАК, ОАМ, ЭКГ, АД, подсчет пульс; оценивается физическое развитие, УЗИ. Профилактические прививки

в периоде компенсации не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.4. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями гипоталамо - гипофизарной системы Гипофизарный нанизм (E23) - генетическое заболевание, обусловленное абсолютным или относительным: дефицитом СТГ в организме, приводящим к задержке роста скелета, органов и тканей. Диспансерное наблюдение проводит педиатр и эндокринолог 1 раз в 3-6 мес., обращают внимание на длину и массу тела, пропорции, состояние кожных покровов и распределение подкожно-жирового слоя, АД, пульс, динамика полового развития, степень гипотиреоидных наслоений. Дополнительные обследования по состоянию. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.5. Диспансерное наблюдение за детьми с несахарным диабетом Заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом АДГ. Педиатр - эндокринолог, 1 раз в 3 месяца; консультация окулиста, отоларинголога, невролога по показаниям. Обращают внимание на массу, длину тела, количество выпитой за сутки; жидкости, диурез, динамику полового развития. Диспансерное наблюдение постоянное. Прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении выздоровления - сомнительный.

63 4.6.6. Диспансеризация детей с заболеваниями надпочечников: хроническая недостаточность надпочечников (болезнь Аддисона) (E 27.1); врожденная гиперплазия коры надпочечников (адреногенитальный синдром (E27), синдром Иценко-Кушинга (E 24) Наблюдение педиатра и эндокринолога 1 раз в месяц в остром периоде в стадии компенсации 1 раз в 3 месяца. По показаниям консультация окулиста, невропатолога, фтизиатра. Наблюдение за АД, половым развитием, массой и длиной тела, жиротложением, общим состоянием. Дополнительные обследования: общий анализ крови, сахар крови и мочи, определение 17-ОКС крови и моче, электролиты (натрий, калий, хлориды, кальций). Туберкулиновые пробы по показаниям, рентгенография по показаниям (кисти, легкие). Другие обследования в зависимости от ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.7. Диспансеризация детей с ожирением (E 66) Ожирение - патологический избыток триглицеридов в организме, приводящий к увеличению массы тела на 10% и более от средних нормальных величин. Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог 1 раз в 3 мес., далее 1 раз в 6-12 мес. Окулист, невропатолог 1 раз в год. Наблюдают за состоянием кожи и сердечно сосудистой системы, АД, массой и длиной тела Определение глюкозы крови и мочи натощак, кортизола, АКТГ, половых гормонов, сахарная кривая, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, глазного дна и полей зрения 1 раз в 6-12 мес. Снимается с учета по нормализации веса.

4.7. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ КЛАСС III БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ МЕХАНИЗМ (D50-D89)

4.7.1. Диспансерное наблюдение за детьми с железodefицитной анемией (D 50) Диспансерное наблюдение педиатром в остром периоде 1- 2 раза в месяц, в период ремиссии 1 раз в 3 месяца. Гематолог по показаниям. Обращают внимание на общее состояние, состояние печени, селезенки, ЖКТ, сердечно-сосудистой систем. Анализ крови 1 раз в 2 недели, в период ремиссии - 1 раз в 3 месяца, определение сывороточного железа. С учета снимают через год при нормальных показателях гемограммы. Профилактические прививки через 6 месяцев при нормализации показателей крови.

4.7.2. Диспансерное наблюдение за детьми с тромбоцитопенической пурпурой (D69) Тромбоцитопеническая пурпура - клинико-гематологический синдром, относится к

геморрагическим диатезам. Диагноз устанавливается на основании снижения числа тромбоцитов (нижняя граница нормы тромбоцитов у детей колеблется от $100 \times 10^9 / \text{л}$). Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог на первом году 1 раз в мес., далее 1 раз в 3 мес. до 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов, время кровотечения в первые 3 мес. каждые 2 недели, далее 9 мес. 1 раз в месяц, далее 1 раз в 2-3 мес., по показаниям чаще. Освобождение от занятий физкультурой дошкольников на 1 мес. после выздоровления, далее - постоянная специальная группа. Диспансеризация при остром течении 3 года, а при хроническом - до 18 лет. Профилактические прививки по ситуации. 4.7.3. Диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическим васкулитом (D69.0) Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц на первом году наблюдения, далее 2 раза в год; аллергологом и другими специалистами по показаниям. Анализ крови и анализ мочи общий в первые 3 месяца ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес., при абдоминальном синдроме - кал на скрытую кровь, коагулограмма по показаниям. Освобождаются школьники от занятий физкультурой на 3 месяца, далее подготовительная группа на 1 год. Инвалидность оформляется при патологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью течения более 2 мес., сроком от 6 месяцев до 2 лет. Диспансерное наблюдение 3 года. 4.7.4. Диспансерное наблюдение за детьми с гемофилией (D66) Диспансерное наблюдение: педиатра в период ремиссии 1 раз в мес. гематолог - 2 раза в год, ортопед по показаниям. Обращают внимание на наличие геморрагического синдрома, функциональное состояние суставов. Анализ крови с определением свертывающей системы крови, общий анализ мочи 1 раз в 2 месяца, коагулограмма по показаниям. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляется при тяжелых формах коагулопатий сроком до 18 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.. Диспансеризация детей с гемолитическими анемиями (D 55 -D 59) Диспансерное наблюдение: педиатр 1 раз в мес., гематолог 2 раз в год, другие специалисты по показаниям. Анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, микросферитов 1 раз в месяц; билирубин, трансаминазы - 1 раз в 3 мес. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляется при анемических кризах чаще одного раз в год со снижением Hb менее 100 г/л . При анемии Минковского-Шоффера дети могут быть сняты с диспансерного учета через 4 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов. Профилактические прививки по ситуации. 65 4.7.6. Диспансеризация детей с апластическими анемиями (D60 -D 64) Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц, другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на: бледность, геморрагический синдром, состояние печени, селезенки, сердечно-сосудистой системы, нарушение функции ЖКТ. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов 1 раз в месяц. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляют при врожденных и приобретенных апластических анемиях и гипопластических состояниях на фоне изменений периферической крови (Hb ниже 100 г/л , тромбоциты ниже $100 \times 10^9 / \text{л}$, лейкоциты менее $4 \times 10^9 / \text{л}$) сроком до достижения 18-ти лет. Профилактические прививки индивидуально, с учетом эпидемиологической ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть. 4.7.7. Диспансерное наблюдение за детьми с лейкозами (C91.0-C95.0) Лейкозы общее название злокачественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток. Острый лейкоз диагностируется при наличии более 30% бластных клеток в мазке костного мозга. Диспансерное наблюдение: педиатр в

период ремиссии 1 раз в 2 недели, гематолог 1 раз в мес. другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на геморрагический синдром, периферические лимфоузлы, печень и селезенка, яички, состояние нервной системы, цвет мочи. Анализ крови не реже 1 раза в 2 недели, с определением тромбоцитов, миелограмма по показаниям, биохимический анализ крови 1 раз в 3 мес. и при подозрении на обострение. Детям не показана смена климатических условий. Ребенок освобождается от посещений школы, профилактических прививок, занятий физкультурой. Организуется обучение на дому. Назначается инвалидность сроком на 5 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть. 4.7.8. Диспансерное наблюдение за детьми с лимфогранулематозом (С81)

Диспансерное наблюдение - в онкологическом центре или у гематолога и течение лет после достижения полной ремиссии. Кратность клиниколабораторного контроля зависит от срока наблюдения. При подозрении на обострение срочная госпитализация. Обращают внимание на общее состояние, температуру, размеры лимфоузлов, печени, селезенки, показатели периферической крови, В периоде ремиссии анализ крови 1 раз в месяц, рентгенограмма грудной клетки 2 раза в год. После облучения области шеи показано исследование концентрации Т3, Т4, ТТГ на 1-2 -м году наблюдаются каждые 6 мес., затем - ежегодно; юношам 16-13 лет и девочкам старше 15 -ти летнего возраста при аменорее показано исследование концентрации половых гормонов. Необходима социальная адаптация больного.

ЛИТЕРАТУРА : Доскин, В.А. Поликлиническая педиатрия: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.- 504 с. 2. Лекции по поликлинической педиатрии/Т.И.Стуколовой.– М: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. – 448с. 3. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (руководство для врачей)/ Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М.и др. - М.: Династия, 2004.- 168 с. 4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ Под ред. А.А. Баранова.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.- 608 с. 5. Руководство участкового педиатра/ Под ред. Проф. Т.Г. Авдеевой.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008.- 352с. 6. Участковый педиатр: Справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзынкиной, В.Г. Молочного. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 313 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 4 группы

Скоробогатов Андрей Андреевич

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 завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова