

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

80 баинд
Тиманов О.В.
Т

Научно-исследовательская работа на тему

«Организация диспансерного наблюдения детей с заболеваниями ССС»

Выполнила: студентка 5 курса,

11 группы, педиатрического

факультета

Фомина Софья Васильевна

Волгоград 2017

Оглавление

1. Введение
2. Цель и задачи исследования
3. Основные определения и понятия
4. Роль врача-педиатра в организации диспансерного наблюдения детей
5. Заключение
6. Список литературы

Введение

Диспансеризация - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья отдельных контингентов с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, диспансерного наблюдения, комплексного лечения больных, проведения мероприятий по их оздоровлению.

Поликлиника осуществляет вторичную профилактику, т. е - раннее выявление заболеваний и предупреждение их обострений. Она проводится первичным звеном системы детского здравоохранения – участковым педиатром.

В структуре детского населения дети с хроническими заболеваниями составляют до 15% , но, несмотря на сравнительно небольшой процент, эта группа формирует значительный раздел работы участкового педиатра.

Выявление и регистрация больных, а так же детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья, осуществляется во время амбулаторного приема, при посещении ребенка на дому, в специализированных диспансерах, а так же на основании данных, полученных при ежегодных профилактических осмотрах ребенка в организованных коллективах.

Организатором диспансерного наблюдения больных своего участка является участковый педиатр. Он же несет ответственность за регулярное посещение больными диспансерной группы врачей- специалистов. К этой работе педиатр привлекает участковую медицинскую сестру, которая проводит патронажи и ежемесячно составляет списки детей для приглашения на диспансерный осмотр к врачу- педиатру или специалистам. Контроль эффективности диспансеризации совместно проводят заведующая отделением и участковые врачи.

Диспансеризация детей, требующих специальных методов профилактики и лечения (при туберкулезе, психических расстройствах, новообразованиях и

т.д.) осуществляется соответствующими диспансерами. При их отсутствии этими больными занимаются врачи-специалисты детских поликлиник.

При выявлении детей с патологией, являющейся показанием для взятия на диспансерный учет, проводится тщательное, углубленное обследование в условиях поликлиники, диагностического центра или стационара.

Большую группу диспансерного наблюдения составляют дети, перенесшие острые заболевания органов дыхания (острая, затяжная, рецидивирующая пневмония, частые и острые длительные респираторные инфекции); острые кишечные инфекции (дизентерия, энтериты, колиты, инфекционный гепатит). Диспансерное наблюдение за этими детьми и их профилактическое лечение осуществляет врач-педиатр или врачи-специалисты тех стационаров, где ведется лечение ребенка.

При постановке ребенка на учет и затем весь период диспансеризации педиатр решает ряд задач, направленных на всестороннюю реабилитацию больного ребенка. Постановка на диспансерный учет фиксируется в двух медицинских документах: истории развития ребенка (форма 112/у) и контрольной карте диспансерного больного (форма 30/у).

Роль врача-педиатра в организации диспансерного наблюдения детей

Ежегодно педиатром составляется план наблюдения за ребенком. Он включает кратность осмотра педиатром и врачами специалистами соответствующего профиля; кратность и конкретные сроки осмотра другими специалистами или врачами смежных специальностей; объем и кратность необходимых клинических и параклинических исследований, перечень реабилитационных и противорецидивных мероприятий, их кратность в течение года (режим, диета, медикаментозная реабилитация, физиотерапия, санаторно-курортное лечение).

Врач разрабатывает тактику ведения ребенка на фоне интеркуррентных заболеваний, формулирует обоснование и сроки плановой госпитализации,

определяет сроки и показания для снятия с диспансерного учета, проводит анализ эффективности реабилитации и диспансеризации. Дается рекомендация по допуску в детские коллективы, рекомендации по занятиям физической культурой и спортом, рекомендации по проведению профилактических прививок, по социальной адаптации и реабилитации (режим и обучение в школе, показания для освобождения от экзаменов, показания для организации обучения на дому, показания для оформления инвалидности), профориентации.

По окончании календарного года на каждого ребенка, находившегося на диспансерном наблюдении, составляется годовой эпикриз. В нем отражают длительность и динамику заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, проведенное обследование и лечение, профилактические мероприятия, эффективность диспансеризации, которая оценивается, как «выздоровление», «улучшение», «состояние без перемен», «ухудшение». При ухудшении состояния анализируются причины отрицательной динамики.

Снятие ребенка с учета осуществляется при обязательном участии педиатра и специалиста, которым наблюдался ребенок. Если при истечении года больной не снимается с учета, то одновременно составляется план диспансеризации на следующий год. Участковый педиатр проводит анализ диспансеризации всех детей за истекший год в целом и по отдельным нозологическим группам. Итоги диспансеризации всего контингента за год обсуждают на медицинском совете детской поликлиники.

Одним из сложных вопросов диспансеризации больных детей является лечение их в период интеркуррентных заболеваний. В каждом конкретном случае лечение должно быть индивидуальным с учетом особенностей острого заболевания, течения основного хронического заболевания и фонового состояния. Однако существует ряд общих рекомендаций. В первую очередь они касаются необходимости избегать полипрогмазии, тем более что на фоне интеркуррентных заболеваний часто возникает необходимость

курсов противорецидивной терапии. Практически все хронические соматические заболевания воспалительной и инфекционно-аллергической природы, системные заболевания, врожденные аномалии требуют в лечении интеркуррентных заболеваний антибактериальной терапии, противовоспалительных, седативных, иммуностимулирующих препаратов, адаптогенов. Конкретный спектр препаратов, сроки лечения определяются основной патологией.

Особенностью лечения интеркуррентных заболеваний на фоне хронической патологии является ограничение использования ряда лекарственных средств. Это касается патологии аллергической направленности, заболевания почек, печени.

Большое значение имеют режимные моменты, особенности диететики, режим максимального щажения в отношении физических нагрузок, пребывания в детских коллективах. Помимо этого, на фоне интеркуррентного заболевания обязателен лабораторный и инструментальный контроль течения основного заболевания.

Важным вопросом при диспансерном наблюдении является вопрос о дозировании физических нагрузок у организованных детей. Этот вопрос в большой степени решается педиатрами ДДУ и школы.

Контроль проведения диспансеризации, регламентированный нормативными документами МЗ РФ (1984, 1986), включает систематический анализ заболеваемости детей и подростков с изучением ее причины, последующей разработкой мероприятий по ее снижению; контроль качества лечебно-оздоровительной работы и эффективности диспансеризации детей, результатов их медицинского освидетельствования.

Показатели качества диспансеризации:

- Показатель охвата регулярными медицинскими осмотрами;
- Количество вновь выявленных больных детей;

- Частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах;
- Структура заболеваемости, удельный вес заболеваний;
- Охват диспансерным наблюдением;
- Активность лечебно-оздоровительной работы;

К показателям эффективности диспансеризации больных детей относятся:

- Число больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению;
- Число больных, имевших улучшение в лечении основного заболевания;
- Процент ухудшений в состоянии здоровья у больных диспансерной группы.

Цель исследования

Одной из важнейших сторон деятельности участкового педиатра является диспансеризация детского населения, которая включает 3 этапа мероприятий:

1. Дородовой 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, медико-социальной 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;
- 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.

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.

Распространенность заболеваний кардиоревматологического профиля среди детского населения продолжает оставаться достаточно высокой. Важно отметить очень большой риск инвалидизации детей этой группы.

За последние годы структура сердечно-сосудистых заболеваний у детей значительно изменилась. Заметно уменьшилась распространенность ревматизма. Ведущее место стали занимать врожденные пороки сердца у детей, а также значительно возросло число неревматических кардитов, нарушений ритма, дистонических состояний.

Диспансерное наблюдение за детьми с патологией сердечно-сосудистой системы в условиях поликлиники осуществляет участковый врач и кардиоревматолог. Участковый врач занимается вопросами первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, обеспечивая в первую очередь мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости детского организма. Большую работу проводит педиатр по раннему выявлению детей, угрожаемых по развитию сердечно-сосудистой патологии и заболевших детей.

Врач-кардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные с вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей, обеспечивает организационно-методическое руководство диспансеризацией, занимается повышением квалификации медицинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявлению больных.

Диспансерному наблюдению подлежат

- больные ревматизмом в активной и неактивной форме;
- дети с хроническими очагами инфекции и изменениями со стороны сердца (угрожаемые по ревматизму);
- больные неспецифическими миокардитами;
- дети с вегето-сосудистой дистонией;
- дети с врожденными пороками сердца и сосудов,
- больные с коллагеновыми заболеваниями.

Диспансерное наблюдение за детьми с ревматизмом

Ревматизм — инфекционно-аллергическое заболевание с преимущественным поражением сердца и сосудов. В этиологии этого заболевания ведущую роль играет (3-гемолитический стрептококк группы А.

Разработанная комплексная терапия ревматизма включает: стационарное лечение, долечивание в местном кардиоревматологическом санатории, диспансерное наблюдение в условиях поликлиники.

В понятие первичной профилактики ревматизма включаются меры общего санитарно-гигиенического характера, уменьшающие стрептококковое окружение, борьба со скученностью, проветривание и влажная уборка помещений, соблюдение личной гигиены, санация очагов хронической инфекции.

Дети с активной фазой ревматизма должны находиться на стационарном лечении не менее 1,5-2 мес до снижения активности ревматического процесса. Перед переводом ребенка в местный санаторий у него не должно быть признаков недостаточности кровообращения.

В местном санатории долечивание детей с неактивной фазой ревматизма проводится в течение 2 мес, больных с активной фазой — 3 мес. В некоторых случаях срок пребывания детей в указанном санатории продлевается. Из санатория детей выписывают только после полной ликвидации активности ревматического процесса, нормализации функций системы кровообращения и дыхания, достижения высокой сопротивляемости к инфекционным заболеваниям, а также после достаточной физической и психологической подготовки.

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ревматизм, включает в себя вторичную профилактику ревматизма, направленную в первую очередь на предупреждение рецидива заболевания и дальнейшую нормализацию измененной реактивности.

На протяжении 3 мес после возвращения из санатория, ребенок осматривается участковым педиатром и кардиоревматологом ежемесячно, затем один раз в квартал, а в дальнейшем — два раза в год. Кроме того, два раза в год ребенок должен быть осмотрен ЛОР-врачом и стоматологом.

Методы обследования: анализы крови и мочи 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний, биохимические показатели активности воспаления 2 раза в год, ЭКГ и ФКГ — 2 раза в год, другие исследования — по показаниям.

Детям, перенесшим первичный ревмокардит без признаков формирования порока сердца или хорею без явного поражения сердца, в первые 2 года после атаки проводится круглогодичная профилактика, в последующие 3 года — сезонная. При непрерывно рецидивирующем течении болезни, формировании порока сердца — круглогодичная профилактика проводится на протяжении 5 лет. В настоящее время наиболее широко используется бициллин-5, который вводится один раз в 3 нед в/м по 750 000 ЕД детям дошкольного возраста, 1 500 000 ЕД один раз в месяц детям школьного возраста.

Одновременно с бициллином весной и осенью, как при круглогодичной, так и при сезонной профилактике, используются нестероидные противовоспалительные препараты (сахол сироп, ибупрофен, диклофенак натрия) в дозе, равной $\frac{1}{2}$ от лечебной, в течение 4 нед. Для профилактики могут быть использованы импортные препараты: экстенциллин, ретарпен. Удобен для профилактики кверсалин. При непереносимости пенициллинов возможно назначение макролидов в возрастных дозировках.

В случае возникновения у ребенка интеркуррентного заболевания в комплексную терапию необходимо включить на срок не менее 10 дней пенициллин или эритромицин, один НПВП, десенсибилизирующие средства, поливитамины (вобовит). При необходимости оперативной санации очагов инфекции операция проводится не ранее, чем через 2 мес после окончания гормонотерапии на фоне антибиотика и антигис-таминных препаратов.

Санаторно-курортное лечение можно проводить через 6-12 мес после острой атаки (Сочи, Кисловодск).

Освобождение от занятий физкультурой на 6 мес, далее — занятия в специальной группе 6 мес, затем — постоянно в подготовительной группе.

Школьникам предоставляется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов на 6 мес от начала атаки, при непрерывно рецидивирующем течении — освобождение дают постоянно.

Выпускные экзамены проводят по щадящей методике.

Диспансерное наблюдение за детьми прекращается через 5 лет после острой атаки ревматизма, если не было рецидивов и не возникли органические изменения в сердце. В противном случае, больные не снимаются с учета до передачи их во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Дети с хроническими очагами инфекции и хронической интоксикацией (угрожаемые по ревматизму) наблюдаются педиатром и ревматологом до санации очагов инфекции один раз в квартал, после санации — осмотр через месяц, затем — 2 раза в год. Основная цель наблюдения за такими детьми — предупреждение первой атаки ревматизма. Этому способствует тщательное лечение интеркуррентных заболеваний и проведение сезонной бициллинопрофилактики на протяжении не менее двух лет. Диспансерное наблюдение может быть прекращено через 2 года после полной ликвидации очагов хронической инфекции и связанной с ними интоксикации.

Диспансерное наблюдение за детьми с неревматическими кардитами

Неревматические кардиты — один из самых сложных вопросов во всей проблеме поражений миокарда у детей. Кардитом может осложниться любое инфекционное заболевание. У детей более старшего возраста преобладает вирусно-бактериальная ассоциация. Кардиты подразделяются на врожденные и приобретенные. Врожденные кардиты могут быть ранними и поздними. Ранними врожденными кардитами считаются кардиты, возникающие у плода в первой половине беременности, поздними — в последний триместр беременности.

Лечение этапное: стационар, санаторий, поликлиника. Частота осмотра педиатром 1 раз в месяц в течение 3 мес, далее 1 раз в 6 мес в течение остального времени диспансерного наблюдения. Кардиоревматолог осматривает ребенка с такой же частотой. Консультация стоматолога и ЛОР-врача — 2 раза в год, других специалистов — по показаниям. Методы обследования: анализы крови и мочи 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний. ЭКГ 2 раза в год, ЭхоКГ и ФКГ — 1 раз в год, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год — весной и осенью. В течение месяца больные должны получать один из кардиотропных препаратов: рибоксин, панангин, пантотенат кальция, комплекс поливитаминов сроком до 15 дней. При интеркуррентных заболеваниях назначают нестероидные противовоспалительные препараты, адаптогены.

Вопрос о профилактических прививках должен решаться совместно с кардиологом и иммунологом, после нормализации ЭКГ. При отсутствии сердечной недостаточности, после выздоровления и при отсутствии изменений на ЭКГ профилактические прививки разрешаются через 1 мес.

Освобождение от занятий физкультурой на 6 мес, далее занятия в специальной группе, далее — в подготовительной группе в течение 1 года.

Диспансеризация детей, перенесших острый миокардит должна, проводиться в течение 3 лет, больные с подострым и хроническим миокардитом наблюдаются 5 лет. Группа здоровья III—V.

Вегетососудистая дистония (ВСД) — наиболее частая патология у детей. Это заболевание встречают у 20-25% детей школьного возраста. ВСД не самостоятельная нозологическая форма, а синдром, возникающий при многих видах патологии. Поэтому при формулировании диагноза желательно на первое место ставить причину ВСД. Важнейшим этиологическим и предрасполагающим фактором ВСД является наследственно-

конституциональная предрасположенность. Психоэмоциональное напряжение, связанное с неблагополучной обстановкой в доме, конфликтами в школе, умственным переутомлением может послужить причиной развития ВСД у детей.

В зависимости от превалирования активности одного из отделов вегетативной нервной системы различают симпатикотоническую, ваготоническую и смешанную формы ВСД.

Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом — 1 раз в 3 мес, невропатологом, ЛОР врачом, стоматологом 2 раза в год, другими специалистами — по показаниям. Методы обследования: АД 2 раза в неделю в школе, анализы крови и мочи 2 раза в год, ЭКГ 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение 2 раза в год в течение 1-1,5 мес. Лечение включает медикаментозные и немедикаментозные мероприятия. Большое значение имеют нормализация труда и отдыха, занятия физкультурой. Нередко детей с ВСД необоснованно освобождают от занятий физкультурой. Определенное значение имеет питание, не переедать, ограничить соль, жир, крепкий чай, кофе, острые продукты (перец, горчица, копчености) Показана физиотерапия: ультразвук, элект-росон, аппликации парафина на шейно-воротниковую область, электрофорез лекарственных веществ с кальцием, кофеином, фенилэфрином, дротаверином на курс 10-12 процедур с повторением через 1,5-2 мес. Рекомендуются иглорефлексотерапия и все виды массажа, от общего до точечного, не менее 3 курсов в год. Хороший эффект дают водные процедуры: плавание, душ Шарко, контрастный, веерный и циркулярный душ, хвойные и солено-хвойные ванны.

В лечении ВСД широко используется фитотерапия. Рекомендуют седативные травы (валериана, пустырник, пион, хвощ, почечный чай); лекарственные растения кардиального типа (боярышник, адонис, шиповник, калина, рябина); травы со спазмолитическим эффектом (мята перечная, фенхель,

петрушка, укроп, березовый гриб, морковь, айва), тонизирующие травы (настойки женьшеня, левзеи, заманихи, элеутерококка, лимонника, золотого корня, пантокрина). Фитотерапия при всех видах ВСД назначается на срок не менее 4-6 мес с перерывами каждые 1-1,5 мес на 7-10 дней. Через 2-3 мес применения дозы и кратность могут быть снижены.

Медикаментозная терапия проводится в комплексе с немедикаментозными средствами или после их неэффективности. В связи с длительным лечением сразу много препаратов не назначают. При симпатикотонии назначают производные бензодиазепина курсами до 4-6 нед. Можно использовать «дневные» транквилизаторы: тофизопам, пипофезиа. Из других препаратов при симпатикотонии назначают препараты калия (панангин, оротовую кислоту), витамины В₆, Е и др. Гиперсимпатикотония требует назначения резерпина, пророксана, пропранолола.

Детям с ваготонией назначают бенактизин, синдофен, кофетамин, препараты кальция (глицерофосфат, глюконат), витамины (пиридоксин, пиридоксаль, аскорбиновая кислота).

При смешанных формах применяют мепробамат, фенибут, беллатаминал. Для улучшения микроциркуляции используются винкамин, ак-товегин, дипиридамол, цинаризин.

С учетом преобладающей топики сосудисто-мозговой недостаточности рекомендуется дифференцированное применение лекарственных препаратов. При неблагополучии полушарных образований назначают пирацетам, аминалон, пиридитол, винпоцетин, при поражении гипоталамо-гипофизарных образований — ацефен, пантогам, клерегил, ретикулостволовых образований — церебролизин, глутаминовая кислота. Все эти средства назначают длительно, 6-12 мес, прерывистыми курсами по 2-4 нед.

Противопоказаны препараты ноотропного действия при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ. При синдроме внутричерепной гипертензии

назначаются курсы мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника), ацетазоламид, спиронолактон, гидрохлоротиазид.

Занятия физкультурой в подготовительной группе постоянно, ЛФК — по показаниям.

Диспансерное наблюдение 3 года после исчезновения клинических признаков вегетососудистой дистонии. Группа здоровья II.

Диспансерное наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца (ВПС)

Клиническая картина врожденных пороков сердца и магистральных сосудов разнообразна. Важным моментом следует считать наличие определенных фаз в течение ВПС:

- 1 фаза — первичной адаптации, при которой в первые месяцы жизни ребенка происходит приспособление его организма к необычным условиям кровообращения;
- 2 (фаза — относительной компенсации;
- 3 (фаза — терминальная, в которой наблюдаются симптомы необратимой декомпенсации.

Дети с врожденными пороками развития сердца и сосудов должны находиться под наблюдением врача-кардиолога. Конкретное содержание диспансерного наблюдения зависит от синдромной принадлежности ВПС, анатомического варианта порока и фазы течения.

При первой фазе порока частота осмотра педиатром детей с ВПС без нарушения гемодинамики 2 раза в год; после стационарного лечения 6 мес ежемесячно, затем 1 раз¹ в 2 мес до года. Дети первого года жизни осматриваются каждые 3 мес при легком и ежемесячно при тяжелом течении фазы адаптации. При второй фазе порока дети осматриваются 2 раза в год. Кардиоревматолог осматривает ребенка 2-4 раза в год, при тяжелом течении

(порок «синего типа», легочная гипертензия и т.д.) 1 раз в 1-2 мес.

Консультация стоматолога и ЛОР-врача 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям. Кардиохирург консультирует ребенка при установлении диагноза, далее по показаниям. Дети, перенесшие операции по поводу ВПС, в том числе и паллиативные, в первый год после вмешательства осматриваются 1 раз в 2—3 мес, далее 1-2 раза в год. Дети, перенесшие операцию на «сухом» сердце, в течение первого года наблюдения расцениваются как угрожаемые по развитию подострого бактериального эндокардита.

Методы обследования: анализы крови, мочи 2 раза в год, рентгенологическое исследование 1 раз в год, ЭхоКГ, ЭКГ 1 раз в 6 мес. Другие исследования по показаниям.

Показания к госпитализации: уточнение диагноза ВПС, появление симптомов декомпенсации, тяжело протекающие гипоксемические кризы, развитие осложнений, интеркуррентные заболевания. Хирургическая санация очагов хронической инфекции не ранее 6 мес после операции по поводу порока сердца. Противопоказанием для хирургической санации очагов инфекции являются наличие симптомов декомпенсации, геморрагический диатез у детей при третьей фазе синего порока, осложнения со стороны ЦНС.

Одной из ведущих задач реабилитации ВПС является компенсация сердечной недостаточности. Режим ребенка с ВПС предусматривает широкое использование свежего воздуха как в домашних условиях, так и на улице. Температура должна поддерживаться в пределах 18-20 °С с частым проветриванием.

Участие ребенка в подвижных играх с другими детьми должно определяться не характером порока, а его компенсацией и самочувствием ребенка. Дети, страдающие ВПС, сами ограничивают свою двигательную активность. При наличии ВПС с ненарушенной гемодинамикой дети занимаются физкультурой в детском саду в ослабленной, в школе — в подготовительной

группах. При наличии нарушений гемодинамики назначается специальная группа постоянно, ЛФК. После операции на сердце освобождение от физкультуры 2 года, постоянное освобождение — при симптомах сердечной или легочной недостаточности.

Два раза в год (весной и осенью) проводят курс лечения кардиотропными препаратами: рибоксин, кокарбоксилаза, АТФ, коргормон, оротовая кислота, глутаминовая кислота, витаминотерапия. При развитии гипоксемического приступа без потери сознания дается кислород, назначается седативная терапия, кордиамин. При необходимости по показаниям ребенок получает сердечные гликозиды. Важным моментом реабилитации и диспансерного наблюдения является определение сроков оперативного лечения пороков с участием кардиохирурга, которое проводится во 2 стадии заболевания.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику, после оперативного лечения вопрос диспансеризации решается индивидуально. Группа здоровья III—V.

Диспансеризация детей с системными поражениями соединительной ткани (коллагенозами). В основе этих заболеваний лежит иммунопатологический аутоиммунный процесс, проявляющийся системными поражениями, рецидивирующим характером и прогрессированием. К ним относят ювенильный ревматоидный артрит, системную красную волчанку, дерматомиозит, склеродермию и узелковый периартериит.

Принципы наблюдения за детьми с коллагенозами практически аналогичны. Задачи наблюдения: профилактика рецидивов, профилактика или уменьшение функциональных нарушений органов и систем. Одним из основных принципов поликлинического наблюдения является постоянное, длительное использование подобранных схем лечения.

Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом: первые 3 мес острого периода ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес. ЛОР-врач и стоматолог

осматривают детей 2 раза в год, офтальмолог — 2 раза в год (обязателен осмотр со щелевой лампой), хирург-ортопед при выраженных функциональных нарушениях в суставах, другие специалисты по показаниям. Методы обследования: клинические анализы крови и мочи 1 раз в 3 мес и после интеркуррентных заболеваний, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, рентгенография суставов 2 раза в год, биохимические исследования крови по показаниям.

Противорецидивные мероприятия проводят длительно (месяцы и годы), оптимальным считается подбор терапии в условиях специализированного стационара, в поликлинике проводится тщательный контроль приема препаратов базисной терапии. Иммуносупрессивные препараты (циклоsporин А, метотрексат) назначают не менее 2 лет на фоне клинико-лабораторной ремиссии в течение года, в сочетании не более чем с одним препаратом группы НПВП или пероральными глюкокортикоидами (поддерживающая доза не менее 6 мес). По показаниям используют антибиотики, гипотензивные средства, диуретики и препараты, назначаемые для профилактики и лечения остеопороза. Показана местная терапия с использованием внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов, как быстродействующих (метипред, деио-медрол), так и пролонгированных (дипростан, кеналог, ледерлон), аппликаций противовоспалительных мазей (индовазин, вольтареновый гель, дол-гит) в сочетании с димексидом.

В поликлинических условиях особую сложность представляет ведение больных, получающих базисную терапию, при присоединении интеркуррентных заболеваний. В таких случаях назначают антибиотики широкого спектра действия. При использовании в качестве базисной терапии НПВП их доза увеличивается в 1,5 раза, а возвращение к исходной дозе осуществляется через 3-5 дней после нормализации температуры тела. Если в качестве базисной терапии использовались иммунорегулирующие препараты, их отменяют с первого дня возникновения острого заболевания и

возвращаются к ним через 7-10 дней после нормализации температуры тела, параллельно уменьшая дозу НПВП вдвое. При отсутствии признаков обострения основного заболевания НПВП отменяют через 7-10 дней, общая продолжительность лечения НПВП, таким образом, составляет 2-3 нед. Гормональная терапия, если ребенок ее получал, проводится в той же дозе, однако, при наличии гормонозависимости необходимо увеличение дозы в 1,5-2 раза, возвращение к исходному уровню проводится после нормализации температуры на фоне НПВП через 3-5 дней. При тяжело протекающих интеркуррентных заболеваниях больного госпитализируют даже без признаков обострения основного заболевания.

Реабилитационные мероприятия включают массаж и ЛФК постоянно, физические факторы для улучшения трофики суставов назначаются регулярно на 3-4 нед не реже 2-4 раз в год: аппликации парафина, озокерита в сочетании с массажем; электрофорез с аскорбиновой кислотой, никотиновой кислотой, гепарином, 5% раствором хлористого лития, лидазой и другими антифибринозными средствами; лазеротерапия; грязелечение; гидромассаж; механотерапия; бальнеотерапия В домашних условиях занятия физическими упражнениями для тренировки пораженных суставов (велосипед, лыжи, коньки, волейбол) должны проводиться постоянно.

Группа физкультуры — в зависимости от степени функциональных нарушений суставов, принципиально применение максимально возможных нагрузок, но при этом необходимо избегать перегрузок, переохлаждения. Основная группа физкультуры не назначается.

Критерии эффективности диспансеризации:

- отсутствие рецидивов,
- уменьшение или отсутствие функциональных нарушений в суставах и внутренних органах;
- отсутствие очагов хронической инфекции.

Заключение

Профориентация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы еще одна проблема, выявленная при проведении научно-исследовательской работы, которая не должна быть незамеченной. Проблемами профориентации детей, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, должны заниматься участковые врачи, врачи общеобразовательных и специальных учебных заведений, врачи-специалисты узких профилей.

При ревматизме неактивной фазы, без клинических проявлений противопоказаны факторы производственной среды и трудового процесса: неблагоприятные метеорологические и микроклиматические факторы, значительное физическое напряжение, токсические вещества.

Хронические заболевания суставов, часто обостряющиеся или прогрессирующие, являются противопоказаниями для профессий при наличии неблагоприятных метео- и микроклиматических условий, токсических веществ, повышенной опасности инфицирования организма, значительном физическом напряжении, длительном вынужденном положении тела, большом объеме движений в пораженных суставах, опасности травматизма, наличии общей и местной вибрации.

Сердечные варианты соединительнотканых дисплазий также требуют решения вопросов профориентации школьников, им противопоказаны профессии, требующие значительных физических усилий, пребывания на открытом воздухе, в горячих цехах и холодных помещениях.

При органических поражениях клапанов, мышцы сердца, в том числе врожденных пороках сердца с нарушениями кровообращения I—II стадий противопоказаны значительное физическое напряжение, выраженное нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, длительная ходьба,

неблагоприятные метео- и микроклиматические факторы, воздействие токсических веществ и пыли, вынужденное положение тела.

При наличии ВСД противопоказаны выраженное физическое напряжение, значительное нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, работа на высоте, неблагоприятные метео- и микроклиматические условия, выраженные шум и вибрация, контакт с токсическими веществами.

Список литературы:

1. 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.: ГЭО-ТАР- 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 11 группы

Юмина Софья Васильевна

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, последовательно изложены все разделы.

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

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

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

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

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

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова