

де дама  
Ломекоба О.Р.  
①

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

**“Организация диспансерного наблюдения детей с  
заболеваниями ЖКТ ”**

Выполнил: Обучающийся 5 курса 7 группы

педиатрического факультета

Щава Степан Анатольевич

Волгоград 2018г.

## Содержание.

1. Цели и задачи.
2. Введение.
3. Теоретическая часть
4. Функциональная диспепсия.
5. Хронический гастродуоденит
6. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки
7. Схема диспансерного наблюдения детей с хронической патологией ЖКТ с учетом условного распределения по группам
8. Лечение-реабилитационные мероприятия при хроническом гастрите/гастродуодените с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией
9. Лечение-реабилитационные мероприятия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
10. Диспансерное наблюдение при неспецифическом язвенном колите
11. Таблица заболеваемости
12. Вывод
13. Список литературы

## **Цели и задачи**

Цель моей научно-исследовательской работы: провести анализ организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями ЖКТ на участке № 9 ГУЗ «ДКП 31»

Задачи научно-исследовательской работы:

1. Ознакомиться с видами заболеваний ЖКТ , входящих в диспансерное наблюдение.
2. Изучить значение организации диспансерного наблюдения детей с заболеваниями ЖКТ.
3. Определить количество случаев заболеваемости ЖКТ
4. Сделать вывод.

## **Введение.**

**Диспансеризация** — это комплекс мероприятий, включающих систематическое медицинское наблюдение за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими заболеваниями с целью предупреждения, раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики. В условиях постоянного ухудшения здоровья населения диспансеризация позволяет снизить уровень заболеваний, т.к. выявляются категории населения с факторами риска, проведение им профилактических, оздоровительных мероприятий, ориентация на здоровый образ жизни позволяют не допустить развития патологии. Диспансеризация детей предупреждает тяжелое течение заболеваний, возникновение обострений, развитие инвалидизации, уменьшает риск преждевременной смертности. Большое значение для здравоохранения и социально-экономического развития общества имеет диспансеризация детского населения, т.к. улучшение здоровья подрастающего поколения сохраняет будущие трудовые ресурсы страны.

### **Диспансерное наблюдение детей с хронической патологией желудочно – кишечного тракта.**

#### **Общие принципы диспансерного наблюдения.**

Основным принципом диспансеризации детей и подростков с заболеваниями органов

пищеварения является длительное наблюдение в условиях поликлиники

1. Условное распределение по группам.
2. Наблюдение осуществляется совместно участковым педиатром и детским гастроэнтерологом.
3. Основной метод не медикаментозной коррекции - диета.
4. Бальнеотерапия – прием минеральной воды (курс 30-45 дней, 2-3 курса в год).
5. Санаторно-курортное лечение показано детям с патологией органов пищеварения не ранее, чем через 3-6 месяцев после обострения заболевания.
6. При стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года наблюдения (за исключением НЯК, ЯБ, ХАГ) можно поставить вопрос о снятии с диспансерного учета, при ДЖВП - через 2 года. При положительном решении данного вопроса ребенок остается во II группе здоровья, т.к. продолжает входить в группу риска.

Наибольший эффект обеспечивает групповая система диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварения, основным достоинством которой является возможность проведения дифференцированного, индивидуального контрольно-диагностического и лечебного комплекса в зависимости от тяжести и стадии развития патологического процесса.

**В зависимости от названных критериев выделены группы диспансерного учета**

**(Волков А.И., Ипатов Ю.П., Шабунина Е.И. соавт., 2001):**

• **Четвертая группа учета (IV)** - стадия обострения заболевания. Время наблюдения

за больными в данной группе ограничивается наличием клинико-морфо-функциональных

признаков обострения заболевания (длительностью стационарного или амбулаторно-поликлинического лечения обострения).

• **Третья группа учета (III)** - стадия реконвалесценции (неполной клинико-лабораторной

ремиссии). Характеризуется неполным восстановлением клинико-морфофункциональных

показателей, приспособительных реакций организма на фоне лечения с

дальнейшей их положительной динамикой. Минимальный срок наблюдения в данной группе

составляет один год.

• **Вторая группа учета (II)** - стадия ремиссии. Клинико-лабораторные признаки

заболевания отсутствуют в течение одного-двух лет. Минимальный срок наблюдения в

данной группе составляет один год.

• **Первая группа учета (I)** - стадия стойкой ремиссии. В этой группе наблюдаются

дети, у которых клинико-лабораторные признаки заболевания отсутствуют в течение еще

одного-двух лет. Срок наблюдения - до достижения возраста 18 лет с последующей передачей больного под наблюдение терапевта.

**Диспансерному наблюдению подлежат дети с патологией органов пищеварения:**

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25, K 26);
- Хронически гастрит и гастродуоденит (K29);
- Хронический колит, энтероколит (язвенный колит (K51); хронический
- Неинфекционный колит (K59.9); болезнь Крона (K50);
- Дисфункция билиарного тракта (K82.8);
- Хронический холецистит (K81 Л), желчнокаменная болезнь (K80);
- Хронический гепатит (хронический вирусный гепатит (B12); врожденный гепатит
- (P35.3; P58.4);
- Хронический панкреатит (K86.1);
- Запоры (K59.0);
- Гликогеноз (E74.0); Галактоземия (E74.2); Целиакия (K90.0);
- Муковисцидоз (E 84).

## Теоретическая часть

Диспансеризация детского населения включает следующие мероприятия

- 1) регулярные медицинские осмотры с проведением установленного объема лабораторных и инструментальных исследований;
- 2) определение и оценку состояния здоровья с целью выявления детей, имеющих факторы риска;
- 3) дообследование больных детей, которые нуждаются в этом, с использованием всех современных методов диагностики;
- 4) выявление заболеваний на ранних стадиях с последующим проведением комплекса необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья детей.

Дети посещают детскую поликлинику в строго регламентированные сроки:

- на первом году жизни -- ежемесячно, а дети из групп риска должны осматриваться чаще;
- на втором году жизни -- один раз в квартал;
- на третьем году -- один раз в 6 месяцев;
- на четвертом, пятом, шестом годах жизни -- один раз в год в месяц своего рождения.

Основная задача педиатра при профилактическом осмотре -- определить уровень здоровья и развития, выявить наличие отклонений в состоянии здоровья у ребенка, назначить корректирующие мероприятия. Для качественного проведения профилактического осмотра рекомендуется использовать следующую последовательность действий:

- исследовать состояние здоровья по принятым критериям;
- провести комплексную оценку состояния здоровья с определением группы здоровья, группы риска;
- дать рекомендации в зависимости от состояния здоровья;
- оформить эпикриз в истории развития (карточке) ребенка.

Перед профилактическим осмотром в поликлинике ребенка на дому посещает медсестра и выясняет, как выполнялись рекомендации педиатра, наличие жалоб у матери, характер и особенности вскармливания ребенка. При осмотре обращается внимание на цвет кожи и слизистых, физиологические отправления, оценивается нервно-психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен:

- в 1 месяц -- ортопедом, невропатологом;

-к 3 месяцу -- офтальмологом, хирургом, отоларингологом,

-в 9 месяцев стоматологом;

-дети из групп риска осматриваются специалистами в более ранние сроки. Эти же специалисты осматривают ребенка и в годовалом возрасте.

В возрасте 3-х месяцев (по показаниям раньше) проводят общий анализ крови и мочи. В возрасте 1 года эти исследования проводят повторно, дополняя их исследованием кала на яйца глистов.

Итак, учет ежегодной диспансеризации - это систематическая (2 раза в год) перепись детей, проживающих на территории, обслуживаемой лечебно-профилактическим учреждением. Для учета всеобщей диспансеризации заполняется учетная форма, утвержденная МЗ РФ, в которую вносят даты врачебных осмотров, лабораторных и рентгенологических исследований, диагнозов. Дети первых трех лет жизни осматриваются педиатром дифференцированно, частота осмотров зависит от возраста и состояния

здоровья ребенка при рождении. В ЦРБ районных больницах при отсутствии врачей специалистов по патологии детского возраста, осматривают детей в декретные сроки врачи-специалисты, обслуживающие взрослое население.



## Функциональная диспепсия.

В данную группу входит собственно диспепсия и функциональные расстройства желудка. Наблюдения педиатром таких пациентов осуществляется два раза в год. При этом необходимы консультации следующих специалистов:

- гастроэнтеролог консультирует при необходимости и при усилении симптоматики заболевания;
- по показаниям консультирует стоматолог, ЛОР-врач;
- ребёнок направляется к психотерапевту, если диагноз устанавливается окончательно. Конечно, консультация у данного специалиста нужна в основном детям с сохранным интеллектом. Никакого смысла в психотерапевте для ребёнка с тяжёлой и глубокой умственной отсталостью нет.

### Диагностика.

Проводится дыхательный тест на хеликобактер пилори, который является микроорганизмом, способствующим развитию многих воспалительных заболеваний желудка. Также можно проводить и серологический анализ для выявления хеликобактера.

ФЭГДС проводится с биопсией при установленном диагнозе. Далее исследование проводится только при ухудшении состояния или развитии частых обострений. Помимо выше названных обязательны:

- УЗИ органов брюшной полости 1 раз в год;
- Общий анализ крови и мочи 1 раз в год;
- Копрологическое исследование 1 раз в год;
- Для определения типа дисфункции вегетативной нервной системы проводятся ЭКГ, КИГ, РЭГ. Эти исследования только по показаниям.

Что рекомендуют детям с функциональной диспепсией?

Если есть возможность коррекции образа жизни, она должна быть проведена. Из особенностей диеты можно отметить:

- Стол №5 с ограничением соли, жареных блюд, маринадов, соусов, копчёностей;
- При необходимости назначаются антисекреторные средства и антациды (к примеру, при изжоге);
- Прокинетики – мотилиум, домперидон;
- При наличии вегетососудистой дистонии необходима физиотерапевтическая и медикаментозная коррекция;

- Применение седативных препаратов растительного происхождения;
- Витаминизация 1-2 раза в год.

Снятие с учёта таких пациентов проводится в течение 1 года при отсутствии жалоб без проведения ФГДС.

## Хронический гастродуоденит.

В данную группу заболеваний отдельно входят гастриты, дуодениты и гастродуодениты. с педиатром осуществляется 1 раз в полгода. Помимо данной консультации по показаниям проводится консультация стоматолога, гастроэнтеролога и ЛОР-врача.

### *Диагностические исследования.*

При установленном диагнозе обязательна ФГДС с взятием биопсийного материала. Если имеется *Helicobacter pylori* и после эрадикации проводят дыхательный тест или серологический тест через 1 год.

Если заболевание часто обостряется и усиливаются симптомы, также назначается ФГДС. Если обострения отсутствуют или пациент снят с учёта ФГДС, требуется проводить 1 раз в 2 года.

В остальном анализ крови и мочи, копрограмма и УЗИ брюшной полости проводятся 1 раз в год.

### *Рекомендации.*

Принимать пищу стоит в соответствии с нормами диеты №5 (описание см. выше). Если обнаружен хеликобактер пилори, проводится эрадикация по одной из общепринятых схем. Если бактерия в желудке не обнаружена используются прокинетики препараты и антисекреторные.

Для полноты картины нужно проводить коррекцию вегетососудистой дистонии. Седативные растительные препараты по требованию.

Санаторно-курортное лечение и витаминизация.

### *Эффективность.*

Диспансерное наблюдение детей считается эффективным, если нет рецидивов заболевания. С учёта пациент снимается при отсутствии обострений заболевания в течение 2 лет. Также при отсутствии эндоскопических и морфологических признаков гастрита, а также его лёгкой активности и выраженности.

### **Язва желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Педиатр осматривает ребёнка при наличии повреждений слизистой оболочки 1 раз в квартал, после 1 раз в полгода. Вне обострения заболевания осмотр осуществляется 1 раз в год.

Консультация гастроэнтеролога проводится спустя 1-1,5 месяца после установления диагноза. Первый год после рецидива 2 раза в год, после - 1 раз в год. По необходимости консультирует психотерапевт, стоматолог и оториноларинголог.

#### **Диагностические процедуры**

ФЭГДС со взятием биопсийного материала проводится при установлении диагноза, а также спустя 1-1,5 месяца в качестве контроля заживления язвы и эффективности эрадикационного лечения. Затем 1 раз в год, при снятии с учёта. Проводятся также раз в год общие анализы мочи, крови, УЗИ органов брюшной полости.

#### **Рекомендации, лечение и эффективность диспансерного наблюдения детей**

Рекомендации по лечению и оздоровлению не отличаются от выше приведенных рекомендации по гастродуодениту.

С учёта пациенты снимаются при стойкой ремиссии на протяжении 3 лет и отсутствия эндоскопических признаков обострения патологии.

**Диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией**

**Схема диспансерного наблюдения детей с хронической патологией ЖКТ с учетом условного распределения по группам (030/у)**

Критерии	IV группа	III группа	II группа	I группа
Стадия хронического заболевания	Обострение	Реконвалесценция	Ремиссия	Стойкая клинико-лабораторная ремиссия
Срок наблюдения на участке	Лечение и обследование в этой группе ограничивается сроками пребывания в стационаре	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен до 3х лет	1 год, при НЯК, ХАГ до передачи во взрослую сеть
Частота наблюдения участковым педиатром и гастроэнтерологом		1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Контрольное диагностическое обследование:				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОАК, ОАМ, кал на я/гельминтов, соскоб на энтеробиоз</li> <li>• Диагностика Н.руlogi двумя методами (при НР-ассоциированном гастродуодените)</li> <li>• ФГДС</li> <li>• Фракционное желудочное зондирование или рН-метрия</li> </ul>		1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Противоредицивная терапия		Через 6-8 недель после лечения	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
Физкультурная группа		1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
Продолжительность мед. отвода от оф. прививок		2 раза в год (осень, весна), при ЯБ - 3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна, в зависимости от наибольшей частоты по сезонам)
		Специальная или ЛФК	Подготовительная, при ХАГ, НЯК, ЯБ - специальная	Подготовительная или основная
		В зависимости от нозологии и ее степени тяжести	По календарю, при ХАГ, НЯК - индивидуально	По календарю, при ХАГ, НЯК-индивидуально

Лечебно-реабилитационные мероприятия в зависимости от стадии заболевания и года наблюдения представлены в таблице:

**Лечебно-реабилитационные мероприятия при хроническом гастрите/гастроудодените с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией**

Мероприятия	1-й год наблюдения - стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии	Общий	2-й год наблюдения - стадия клинико-лабораторной ремиссии	Общий	3-й год наблюдения - стадия стойкой клинико-лабораторной ремиссии
Режим					
Диета	Стол № 1 в течение 3-х месяцев после выписки из стационара, затем - стол № 5 (см. Приложение № 3).	Общий	Стол № 5 до 6 месяцев, затем - стол № 15. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (см. Приложение № 3).	Общий	Стол № 15. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (см. Приложение № 3)
Противорецидивная терапия	2 раза в год (осень, весна)		2 раза в год (осень, весна)		1 раз в год (осень или весна)
Медикаментозная терапия:					
• Антациды	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.		Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.		Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.
• H2-блокаторы рецепторов гистамина	По показаниям		По показаниям		По показаниям
• Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, синтетические аналоги простагландинов	По показаниям		По показаниям		По показаниям
• Прокинетики	По показаниям		По показаниям		По показаниям
• Эрадикационная терапия	После выписки из стационара - курс 7				
• Вегетотропная терапия	Прерывистые курсы 2-4 нед		Прерывистые курсы 2-4 нед		По показаниям
Немедикаментозная терапия:					
• Бальнеотерапия (минеральные воды)	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год		Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год		Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год
• Фитотерапия	Курсы по 10-12 дней месяца, 2-3 курса в год		Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год		По показаниям
• Физиотерапия	Для купирования болевого синдрома		1 раз в год		По показаниям
• Санаторно-курортное лечение	Местный санаторий через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии		1 раз в год местные или республиканские санатории		1 раз в год местные или республиканские санатории, или санаторные смены летних оздоровительных лагерей

**Лечебно-реабилитационные мероприятия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки**

Мероприятия	1й год наблюдения - стадия неполной клинико-лабораторной ремиссии	2й год наблюдения - стадия клинико-лабораторной ремиссии	3-й год наблюдения - стадия стойкой клинико-лабораторной ремиссии
Режим	Общий	Общий	Общий
Диета	Стол № 1 в течение 3х месяцев после выписки из стационара), затем - стол № 5 (Приложение № 3).	Стол № 5. В период проведения противорецидивной терапии - стол № 1 (Приложение, № 3).	Стол № 5 постоянно. 8 период противорецидивной терапии - стол № 1 (Приложение № 3).
Противорцидивная терапия	3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна)
Медикаментозная терапия:			
• Антациды	Курсы до 4х недель после выписки, затем индивидуально, с перерывами.	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.	Курсы до 2-4х недель, индивидуально, с перерывами.
• Н <sub>2</sub> -блокаторы рецепторов гистамина	В течение 4х недель после обострения	По показаниям	По показаниям
• Препараты, повышающие защитные свойства слизистой оболочки желудка, синтетические аналоги простагландинов	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Прокинетики	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Эрадикационная терапия	После выписки из стационара - 7 дней	По показаниям	По показаниям
• Ферменты, биопрепараты	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Спазмолитики	По показаниям	По показаниям	По показаниям
• Вегетотропная и седативная терапия	Прерывистые курсы По 2-4 недели, по показаниям	Прерывистые курсы по 2-4 недели, по показаниям	По показаниям
Немедикаментозная терапия:			
• Бальнеотерапия (минеральные воды)	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30 45 дней, 2-3 курса в год	Курсы по 30-45 дней, 2-3 курса в год, далее - по показаниям
• Фитотерапия	Курсы по 10-1 2 дней месяца, 2-3 курса в год	Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год	Курсы по 10-12 дней месяца, 2 курса в год, далее - по показаниям
• Физיותרпия	Для купирования болевого синдрома, с седативным эффектом	1 раз в год	По показаниям
• Санаторно-курортное лечение	Местный санаторий через 3 месяца после достижения клинико-лабораторной ремиссии	1 раз в год - местные или республиканские санатории	1 раз в год - местные или республиканские санатории
• ЛФК	Приложение № 5	Приложение № 5	Приложение № 5
• Физкультурная группа	Освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, затем специальная группа	Освобождение от соревнований и повышенных физических нагрузок	Освобождение от соревнований и повышенных физических нагрузок

### Диспансерное наблюдение при неспецифическом язвенном колите

**Неспецифический язвенный колит (НЯК)** - диффузное воспаление слизистой оболочки толстой кишки, начинающееся в прямой кишке и распространяющееся в проксимальном направлении.

Наблюдение и обследование по схеме, указанной в «Общих принципах диспансерного наблюдения».

#### Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. **Режим** общий.

2. **Диета** - стол № 4, диета, обогащенная белком, с исключением цельного молока.

3. **Противорецидивная терапия** в стадии ремиссии 2 раза в год (осень, весна):

а) Основная медикаментозная коррекция - курсы салициламидных препаратов (салазопиридозин). Доза подбирается индивидуально, назначается только под контролем ОАК.

б) Биопрепараты - по показаниям, с учетом анализа кала на дисбактериоз кишечника и копрограммы, курсами до 1 месяца, 3-4 курса в год (аципол, бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин, бифиформ, линекс, хилак-форте).

в) Витаминотерапия (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>15</sub>, С, Е).

г) Иммуномодуляторы (рибомунил, полиоксидоний, ликолипид, иммунорикс).

д) Вегетотропная терапия (в зависимости от ИВТ и типа ВР).

#### 4. Немедикаментозная терапия:

а) Курсы минеральных вод 2-3 раза в год, по 30-45 дней.

б) Фитотерапия (травы с обволакивающим, противовоспалительным и вяжущим действием) курсами (первые 15 дней месяца), продолжительностью от 3х до 6 месяцев.

в) Физиотерапия (по строгим показаниям). Используются электрофорезы и Д-Арсонваль на воротниковую зону. Категорически запрещается использование тепловых процедур.

г) ЛФК.

5. **Физкультурная группа** - специальная, при стойкой клинико-лабораторной ремиссии - подготовительная.

#### Вакцинация

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

#### Сроки наблюдения

Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

#### Диспансерное наблюдение детей с хроническим колитом

Наблюдение участкового педиатра и гастроэнтеролога 1 раз в 3 месяца после последнего обострения. Затем по схеме, указанной в «Общих принципах диспансерного наблюдения».

В обследовании обязательны: копрограмма, анализ кала на скрытую кровь, анализ кала на дисбактериоз кишечника, соскоб на энтеробиоз. Ректороманоскопия, колоноскопия - по показаниям.

#### Лечебно-оздоровительные мероприятия

1. **Режим** общий.

2. **Диета** - стол № 4В.

3. **Противорецидивная терапия** в стадии ремиссии 2 раза в год фестал, прерывистыми курсами с понижением дозы, лучше не более 2х недель.

б) Биопрепараты - по показаниям, с учетом анализа кала на дисбактериоз кишечника и копрограммы, курсами до 1 месяца, 3-4 курса в год.

в) Витаминотерапия (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>15</sub>, С, Е).

#### 1. Немедикаментозная терапия:

а) Курсы минеральных вод 2-3 раза в год, по 30-45 дней.



б) Фитотерапия (травы с обволакивающим, противовоспалительным и вяжущим действием) курсами (первые 15 дней месяца), продолжительностью от 3х до 6 месяцев.  
в) ЛФК .

**2. Физкультурная группа** - основная или подготовительная.

**Вакцинация**

Профилактические прививки по индивидуальному календарю в зависимости от возраста ребенка и клинической формы заболевания.

**Сроки наблюдения**

Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую сеть.

**Схема диспансерного наблюдения за больными хроническим энтероколитом**

Кратность наблюдения специалистами	Методы обследования	Группа по физкультуре	Профилактические прививки	Критерии снятия с учета
Педиатр - 1 раз в квартал в течение первого года, затем - 2 раза в год в течение двух лет, в последующем - 1 раз в год; при тяжелых формах - наблюдение ежемесячно. ЛОР- врач и стоматолог - 2 раза в год. Невропатолог и хирург - по показаниям. Гастроэнтеролог - 1-2 раза в год.	1.Копрограмма - 1 раз в квартал первый год, затем - 1 раз в 6 месяцев. 2. Кал на скрытую кровь - при язвенном колите - 1 раз в квартал, в остальных случаях - по показаниям. 3.Кал на дисбактериоз, гельминты, лямблии 1 раз в 6 месяцев. 4. Специальные исследования - по показаниям.	Первый год специальная. Затем подготовительная; через 2-3 года - основная (кроме больных язвенным колитом и болезнью Крона).	Через 2-3 месяца после обострения в стадии полной ремиссии.	Через 3-4 года после обострения при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания. Больные язвенным колитом и болезнью Крона с учета не снимаются.

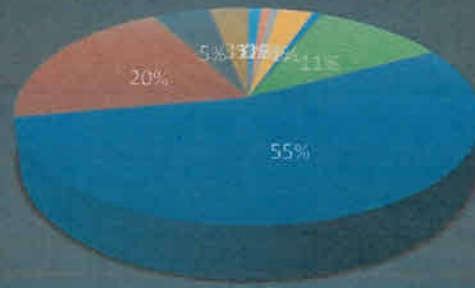
**Основные пути оздоровления на поликлиническом этапе**

1. Диета с учетом индивидуальной переносимости продуктов и моторики кишечника.
2. При нарушении переваривания пищи - ферментные препараты в течение 2-3 недель, курсы 2-3 раза в год.
3. Биопрепараты в течение 1-2 мес., курсы 2 раза в год.
4. Специализированные продукты питания - постоянно, в виде пищевых добавок в течение 1/2-1 года.
5. Фитотерапия по 2 нед. ежемесячно в течение 1 года.
6. Физиолечение:
  - электрофорез вит. В1 и аскорбиновой кислоты по Вермелю N10 1-2 раза в год;

Табл.1 Заболеваемость детей на базе педиатрического отделения ГУЗ «ДКП № 31» в сравнении, для оценки эффективности диспансеризации детей.

Нозология	Заболеваемость на 1000 детей	
	2016 год	2017год
Всего:	1517	1789
Инфекционные и паразитарные	20	17
В том числе ОКИ	13	8
Болезни эндокринной системы	29	27
Болезни крови и кроветворных органов	51	46
Болезни нервной системы	14	9
Болезни глаз	197	164
Болезни органов дыхания	998	973
<b>Болезни органов пищеварения</b>	<b>365</b>	<b>324</b>
Болезни мочеполовой системы	89	92
Врожденные аномалии развития	58	46

## Заболеваемость



- Инфекционные паразиты
- ОКИ
- Болезни Н.С
- Болезни органов дыхания
- Болезни мочеполовой системы
- Болезни эндокринной системы
- Болезни крови
- Болезни глаз
- Болезни органов пищеварения
- Врожденные аномалии развития

### **Вывод.**

За время прохождения практики в ГУЗ “ДКП№31 ” изучил данные о качестве и оценке обслуживания детей на участке №9. Рассмотрел схему диспансерного наблюдения на участке и значение его для здоровья ребенка. Провел анализ эффективности диспансерного наблюдения, и на основании статистических данных анализа участка, выявил тенденцию к улучшению качества жизни детей , в связи со своевременной диспансеризацией. Также изучил организацию диспансерного наблюдения детей с заболеваниями ЖКТ.

## Список литературы.

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 февраля 2015 г. № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"
2. Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.2003 года «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактики заболеваний в Российской Федерации
3. Быков, В.О. Справочник педиатра /В.О.Быков, Л.И.Марочкина. - Ставрополь, 2013.
4. Ахмерова Ф.Г., Зотов А.Н. Роль медико-психологической службы в сохранении репродуктивного потенциала детей и подростков // Современные проблемы профилактической педиатрии. Материалы VIII Конгресса педиатров России. -М., 2015. 5. Диспансеризация. Задачи, методы, организация. Макаров Р.А. –М., 2017

## 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 7 группы

Израил Степан Анатольевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

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

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

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

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала, обоснованы и подтверждены результатами статистического анализа.

Работа представляет собой завершенное научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова