по дисциплине Поликлиническая и неотложная педиатрия для специальности 31.05.02 - Педиатрия (Очное, Высшее образование, 6.0)

Тема №28. Лечение, профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение за детьми с острыми и хроническими заболеваниями (коллоквиум)

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=5836) |

Право на изменение методички: [Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

[▲ Передать право](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_change_right&metod_id=5836&metod_type=0)

АВТОРЫ МЕТОДИЧКИ

[+ Автор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=df_user_search)

[Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_del_user&metod_id=5836&user_id=1158)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

[**Утверждено:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=5836); Протокол № 0

[**Разновидность занятия:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=5836)дискуссия

[**Методы обучения:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_method&metod_id=5836)репродуктивный [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=5836&method_id=2), исследовательский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=5836&method_id=5)

[**Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=5836)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.

ЗНАТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_structure&metod_id=5836)

УМЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=5836&tl_level=1)

ВЛАДЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=5836&tl_level=2)

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_eltech&metod_id=5836&tl_level=2)

Коллекция СD- DVD дисков, видео- и аудиоматериалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41187)

Комплект методических указаний для аудиторной, для самостоятельной работы студентов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41176)

Комплект раздаточных материалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41177)

Комплект фантомов и муляжей по отработке практических навыков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41181)

Методические пособия, разработанные сотрудниками кафедры; монографии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41178)

Методические разработки для преподавателя [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41179)

Набор нормативных документов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41180)

Персональные компьютеры [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41199)

Телевизор [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41201)

Экран [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=5836&eltech_id=41200)

ХРОНОКАРТА

[Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=0)[Копировать из...](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_copy&metod_id=5836)[Загрузить из шаблона](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_template&metod_id=5836)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжительность (мин.) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27577) Организация занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27577) | 5.00 | Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27578) Формулировка темы и целей [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27578) | 5.00 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27579) Контроль исходного уровня знаний и умений [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27579) | 20.00 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27580) Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27580) | 10.00 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности, истории развития новорождённых) |
| 5 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27581) Самостоятельная работа студента под контролем преподавателя. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27581) | 70.00 | Оформление плана ведения и наблюдения пациента в детской поликлинике после перенесенного острого или хронического заболевания. Амбулаторные карты детей, номенклатурные документы (стандарты, протоколы, клинические рекомендации, методические разработки, бланки медицинской документации по теме занятия). |
| 6 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27582) Итоговый контроль знаний (письменно или устно) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27582) | 45.00 | Ситуационные задачи |
| 7 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=5836&chrono_id=27583) Задание на дом (на следующее занятие) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=27583) | 5.00 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |

АННОТАЦИЯ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_annotation&metod_id=5836)

**ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПЕДИАТРИИ**

**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).

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 детски 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, включает систематический анализ заболеваемости детей и подростков с изучением ее причини, 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.

Под **реабилитацией** в медицине подразумевают восстановление здоровья и трудоспособности больных и инвалидов. Реабилитационная педиатрия включает в себя систему государственных, социально-экономических, медицинских, педагогических, психологических и других мероприятий. Они направлены на полную ликвидацию патологических изменений, либо на максимально возможную компенсацию врождённых или приобретённых дефектов, а также на возвращение ребёнка к свойственному его возрасту образу жизни.

В настоящее время различают три основных взаимосвязанных аспекта реабилитации: медицинскую, социальную, профессиональную. Медицинская реабилитация составляют все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья, включающие медикаментозное, санаторно-курортное лечение, лечебную физкультуру, массаж, физиотерапию. Не всегда можно чётко провести грань между собственно лечением больного и восстановительной терапией. В этом вопросе важна преемственность. Целью лечения любого ребёнка является не только сохранение его жизни, морфологическое восстановление органа или системы, но и обеспечение способности нормального существования в обычных условиях. Задача реабилитации в педиатрии заключается в том, чтобы развить физические и психические функции организма до оптимального уровня.

Важным разделом медицинской реабилитации является психологическая реабилитация, которую осуществляет лечащий врач, специалисты - психологи. Существенную роль в психологической реабилитации играет психотерапия. Социальная реабилитация предусматривает организацию соответствующего образа жизни, режима дня, возможности полноценного ухода за ребёнком близкими членами семьи.

Основная задача профессиональной реабилитации в преломлении к педиатрии заключается в подготовке детей к усвоению программы дошкольного учреждения или школы. Сюда включаются занятия с педагогом в стационаре, организация учебного процесса в санаториях, индивидуальные занятия в домашних условиях.

Основными организационными принципами реабилитации являются: непрерывность, комплексность и индивидуальный подход к больному. Предложены следующие этапы реабилитации: I этап - клинический, II- санаторный, III - адаптационный. На первом этапе обеспечивается не только клиническое выздоровление больного, но и восстановление функций поражённых систем. На втором этапе реабилитации (санаторном) нормализуется функция поражённой системы наряду с восстановлением функций других органов и систем.

На третьем этапе достигается полное восстановление здоровья ребёнка, обеспечивается адаптация к обычным для него условиям жизни, учёбы, занятиям физической культурой и спортом.

Наиболее оптимальной схемой реабилитации ребёнка, лечившегося в стационаре, является: стационар - санаторий (или аналогичные учреждения) - поликлиника; для детей, лечившихся дома: домашний стационар-поликлиника.

Как правило, третий этап проходит в семье или в том учреждении, которое посещает ребёнок, а также может осуществляться в реабилитационном центре.

Ведущими методами реабилитации являются физическая культура, закаливание, массаж и физиотерапия.

Физическая культура включает личную гигиену, режим дня, рациональное питание. Комплекс физических упражнений вовлекает в орбиту своего влияния все звенья нервной системы, начиная от коры головного мозга и кончая периферическими рецепторами, а также эндокринные и гуморальные механизмы.

Закаливание способствует выработке защитных приспособительных реакций организма, совершенствует механизмы терморегуляции. При назначении закаливающих процедур необходимо разделение детей на группы: к первой относятся здоровые, ранее закаливаемые дети (им можно назначать любые процедуры), ко второй - здоровые, ранее не закаливаемые (все мероприятия должны быть постепенными), к третьей группе - дети-реконвалесценты после заболеваний и с хронической патологией (им необходим щадящий метод закаливания).

В результате массажа появляются общие нейрогуморальные сдвиги в организме, которые обусловлены рефлекторными реакциями и выделением биологически активных веществ. Производится раздражение приёмами вибрации, надавливания и растирания определённых "активных точек", используемых в восточной медицине для иглоукалывания.

Физиотерапия использует физические факторы внешней среды в их естественном или преформированном виде. Под влиянием процедур в тканях происходят сложные физико-химические процессы и направленное восстановление нарушенных патологическим процессов, функций и систем организма. Среди немедикаментозных методов реабилитации заслуженное первенство держит фитотерапия. Её преимущество определяется отсутствием осложнений и возможностью длительного применения при хронических процессах.

Иглорефлексотерапия - эффективный метод лечения и реабилитации. В настоящее время применяется ряд методов рефлекторной терапии. К ним относятся: классический метод иглотерапии, прижигание, электроакупунктура и лазерорефлексотерапия. Механизм действия иглорефлексотерапии состоит в передаче возбуждения из активных точек через нервную систему во внутренние органы, что приводит к их восстановлению и нормальной деятельности Круг показаний широк: неврозы, аллергические заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, вегето-сосудистая дистония, заболевания мышц и суставов. Противопоказаниями для иглорефлексотерапии являются: доброкачественные и злокачественные опухоли, наличие температуры, инфекционные заболевания, грипп, ангина, тяжёлые заболевания сердца, почек, активная форма туберкулёза.

Гомеопатия - один из древних методов, в основе применяемых препаратов - лекарственные растения и микроэлементы. Наиболее значимые результаты получают у детей с аллергическими и кожными заболеваниями, патологией желудочно-кишечного тракта, аномалиями конституции.

Метод бароадаптации, спелеошахта, авторские методики реабилитации по Толкачёвой и Бутейко применяются при бронхиальной астме и респираторных аллергозах у детей. Правильная организация режима и питания являются важнейшими факторами при проведении реабилитационных мероприятий. Целью методического пособия является краткое изложение схем диспансерного наблюдения и реабилитации детей группы риска.

**рецидивирующим бронхитом.**

Рецидивирующий бронхит- это бронхит без явлений обструкции или обструктивный, эпизоды которого появляются 2- 3 раза в течение 1-2 лет на фоне вирусной инфекции, с длительностью клинических проявлений 2 и более недели.

Критериями обострения рецидивирующего бронхита являются кашель, сухие и влажные разнокалиберные хрипы, отсутствие на рентгенограмме очаговых и инфильтративных теней в легких. В анализе периферической крови отклонения минимальны или отсутствуют вовсе. У некоторых больных в период обострения наблюдается синдром бронхообструкции. Однако необходимо учитывать, что свистящие хрипы, удлиненный выдох могут быть обусловлены как обструктивным (воспалительная инфильтрация стенки бронха, гиперсекреция слизи), так и истинно астматическим синдромом (аллергический отек, бронхоспазм, гиперсекреция). Для дифференциальной диагностики синдромов применяют пробу с бронходилятаторами. Эти больные составляют группу риска по развитию бронхиальной астмы.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 2 раза в год |
| ЛОР | 1 раз в год |
| Стоматолог | 1 раз в год |
| Пульмонолог | По показаниям |
| Аллерголог | По показаниям |
| ОАК, ОАМ, копрограмма | 1 раз в год |
| Рентгенография грудной клетки | По показаниям |
| Спирография | По показаниям |
| Пневмотахометрия | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий, питание, обогащённое витаминами.

Дыхательная гимнастика, массаж грудной клетки общий, точечный. ЛФК.

Аэрозольная физиотерапия, ингаляции с ромашкой, календулой, тысячелистником, чабрецом, соком репчатого лука.

Озокеритовые аппликации на грудную клетку, кислородные коктейли, электрофорез магния сульфата.

Закаливающие процедуры: сухие и влажные обтирания, контрастные ножные ванны.

Иммунокоррекция: иммунал, бронхомунал, рибомунил, нуклеинат натрия, полиоксидоний.

Витаминотерапия: «Веторон», «Алфавит», «Золотой шар».

Лазерорефлексотерапия.

Фитотерапия: отвары мать-и-мачехи, подорожника, алтея лекарственного, шалфея, фиалки трёхцветной, солодки, бузины чёрной, настой из сосновых почек, плодов аниса, сок чёрной редьки.

Гомеопатическое лечение.

Группа для занятий по физкультуре: освобождение на 1 месяц после обострения, далее - подготовительная.

Санаторно-курортное лечение: местный санаторий «Юность» в Бугуруслане, Анапа (вне обострения).

Вакцинация по заключению иммунолога.

Состоят на диспансерном учёте 5 лет или до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с хронической пневмонией.**

Хроническая пневмония - хронический рецидивирующий воспалительный неспецифический процесс, патоморфологической основой которого является пневмосклероз и деформация бронхов. У детей хроническая пневмония чаще формируется на фоне врожденных аномалий бронхолегочной системы, наследственный иммунодефицитов, болезней обмена веществ, внутриутробных инфекций, инородных тел дыхательных путей.

Критериями диагностики является кашель с мокротой, стабильный локализованные хрипы в легких, рецидивирующее течение, на рентгенограмме органов грудной клетки - деформация и расширение бронхов, пневмосклероз.

Обострения протекают с клиникой острой пневмонии и должны лечиться в стационаре. Вне обострения дети находятся под диспансерным наблюдением участкового педиатра в поликлинике.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | неполной ремиссии 4-6 раз в годремиссия 2-4 раза в год |
| ЛОР | 2 раз в год |
| стоматолог | 2 раз в год |
| пульмонолог | 2 раз в год |
| фтизиатр | По показаниям |
| ОАК,ОАМ | 2-4 раз в год |
| копрограмма | 2 раза в год |
| Биохимические исследования крови | По показаниям |
| Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам | 2 раза в год |
| ЭКГ | 1 раз в год |
| Спирография | 1 раз в год |
| Пневмотахометрия | 1 раз в год |
| Рентгенография органов грудной клетки | По показаниям. |
| Аллергологические пробы | По показаниям. |
| Бронхоскопия, бронхография | По показаниям. |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Достаточное пребывание на свежем воздухе, дневной сон, освобождение от последнего урока в школе на 2-3 месяца.

Диета, обогащенная витаминами и микроэлементами.

При наличии бронхоэкстазов проводится антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры в аэрозолях или внутримышечно.

Ингаляции щелочно-солевые, трипсина, рибонуклеазы и др.

Муколитики: 2% р-р йодида калия, 10% р-р хлорида аммония, бромгексин, мукалтин, разбавленный сок лука и чеснока.

Постуральный дренаж имеет цель создать благоприятные условия для оттока мокроты из пораженного участка бронхиального дерева.

Наиболее распространенным методом является предание ребенку положения Квинке (головой вниз с приподнятым тазом) в течение 15-20 мин.

Вибрационный массаж у детей старшего возраста производится похлопыванием по грудной клетке над областью поражения ладонью. У детей младшего возраста вибрационный массаж выполняется путем нанесения ритмичных ударов кончиками пальцев одной руки по грудной клетке и пальцами другой руки вдоль межреберья.

Лечебная физкультура дает лучшие результаты при легкой и среднетяжелой формах хронической пневмонии по сравнению с бронхоэктатическими формами. Применяются как общие, так и специальные дыхательные упражнения. Дети школьного возраста без выраженных бронхоэктатических изменений, находящиеся в состоянии стойкой компенсации, могут заниматься физкультурой в школе и даже спортом, однако такие занятия должны проводиться под строгим врачебным контролем.

Физиотерапия: общие УФО, электрофорез йодида калия, лидазы, хлорида кальция, аскорбиновой кислоты, дионина, алоэ.

Неспецифические стимуляторы: пентоксил, метилурацил, нуклеинат натрия.

Иммунопрепараты: рибомунил, бронхомунал, ИРС-19.

Адаптогены, витамины В5, В15, А, РР.

Санация хронических очагов инфекции.

Фитотерапия: мать-и-мачеха, лист кипрея, сосновые почки, ромашка, подорожник, лист багульника, мята перечная, корень алтея. Сбор трав комбинированного действия: травы душицы, подорожник, мать-и-мачеха 2:1:1; чабрец, тысячелистник, крапива 1:1:1.

Закаливающие мероприятия: сухие и влажные обтирания, ножные ванны, с постепенным снижением температуры, контрастные ножные ванны, лечебное плавание.

Проводится 4 курса реабилитационной терапии в год, длительностью 3-4 недели.

При хронической пневмонии с явлениями дыхательной недостаточности выше 2 степени детям организуется домашнее обучение. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых обострениях и наличии сердечно-легочной недостаточности. Выпускные экзамены сдаются в облегченной форме - два обязательных экзамена в конце учебного года в щадящем режиме.

Профориентация: противопоказаны профессии, связанные с неблагоприятными метео - климатическими условиями (повышенная /пониженная температура воздуха, высокая влажность, атмосферное давление) пылью, значительным физическим напряжением, воздействием токсических веществ раздражающего и сенсибилизирующего действия, всеми видами излучения и т.д.

Инвалидность назначают при стойкой дыхательной недостаточности выше 2 степени и выше сроком до 18 лет.

Физкультурная группа: для школьников - специальная, ЛФК, в период неполной ремиссии – специальная, в период ремиссии – общая.

Профилактические прививки по заключению иммунолога.

Санаторно-курортное лечение в Анапе, местном санатории «Юность» в г. Бугуруслане.

Срок наблюдения – до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с респираторными аллергозами.**

В последнее время резко возросло количество детей с респираторными аллергозами, проявляющимися в виде сезонных аллергических поражений верхних дыхательных путей. Возникновение их связанно с наследственной предрасположенностью, предшествующей пищевой аллергией, частыми ОРВИ. Характерно сезонность проявлений, связь с пребыванием вне помещений, в поле или лесу. Для южных регионов России основной природный аллерген – амброзия, цветущая с июля по октябрь, реже встречается сенсибилизация к другим сорным травам – полыни, лебеде, цветущим в августе – сентябре.

В группу респираторных аллергозов входят следующие нозологические формы:

* Аллергический ринит;
* Аллергический синусит;
* Аллергический аденоидит;
* Аллергический тонзилит;
* Аллергический фарингит;
* Аллергический ларингит;
* Аллергический трахеит;
* Аллергический бронхит;
* Аллергическая пневмония;
* Эозинофильный инфильтрат.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | Дети первого года жизни: 1 раз в месяц;На 2 – 4 году: 1 раз в 3 месяца;Старше 5 лет: 2 раза в год. |
| ЛОР | 2 раз в год |
| стоматолог | 2 раз в год |
| аллерголог | С установленным спектром сенсибилизации: 1 раз в 6 месяцев;При неустановленном спектре сенсибилизации: 1 раз в 3 месяца. |
| Дерматолог | По показаниям. |
| Гастроэнтеролог | По показаниям. |
| ОАК,ОАМ,копрограмма | 2 раз в год |
| Биохимические исследования | По показаниям |
| ЭКГ | 1 раз в год |
| Спирография | 1 раз в год |
| Пневмотахометрия | 1 раз в год |
| Рентгенография органов грудной клетки | По показаниям. |
| Аллергологические пробы | По показаниям. |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Соблюдение режима дня, дневной сон после школы, достаточное пребывание на свежем воздухе. Одежда по сезону, белье хлопчатобумажное. Санация жилища, создание спокойной обстановки в семье, предотвращение контакта со значимыми аллергенами (на время цветения «опасных» растений рекомендовано, по возможности, сменить место жительства). Из видов спорта рекомендуется ходьба, плавание, ходьба на лыжах и коньках. Не рекомендуется занятие каратэ, хоккей, футбол, велосипед. Специфическая гипосенсибилизация с выявленным аллергеном.

Диетотерапия основана на принципах элиминации, детоксикации, гармонизации, динамичности и сбалансированности. Из диеты исключаются наиболее распространенные аллергизирующие продукты: цитрусы, яйца, мед, орехи, шоколад, какао, курица, рыба, сладости, клубника. Ограничить употребление в пищу продуктов содержащих гистамин: консервы, копчености, помидор, шпинат.

Специфическая гипосенсибилизация: если удается определить аллерген - курс специфической гипосенсибилизации заканчивается перед цветением соответствующих растений.

Неспецифическая гипосенсибилизация: тавегил, фенкарол, гисталонг, димибон, супрастин, кетотифен, интал.

При лечении интеркуррентных заболеваний нежелательно применение пенициллина и антибиотиков пенициллинового ряда, сульфаниламидов, аспирина, витаминов группы В, препаратов алоэ и других биологически активных препаратов.

Медикаментозная реабилитация. После обострения назначают интал первые 1 – 2 месяца в полной терапевтической дозировке, затем в течение месяца дозу снижают на 25%. При отсутствии обострений ребенка на 3 – 4-ом месяце подобной медикаментозной реабилитации переводят на половинную дозу препарата на срок 1 – 2 месяца. При сохранении ремиссии на половинной дозе стабилизаторов клеточных мембран можно полностью отменить препарат.

Физическая реабилитация, дыхательные упражнения по методикам (Толкачева, Бутейко, Стрельниковой, Дурманова), массаж грудной клетки, точечный массаж.

Физиотерапевтические методы: аэрозоли и электроаэрозоли бронхоспазмолитическими препаратами, 2% р-ром гидрокарбоната натрия, 3% р-ром натрия хлорида, унитиолом. Электрофорез с использованием 2% калия йодида (йод оказывает благоприятное влияние на дренажную функцию бронхов), индуктотермия на область надпочечников (стимулирует функцию глюкокортикоидных гормонов), магнитотерапия (магнитные поля).

При риносинусите – интал эндоназально (с отрицательного полюса) процедур. При трахеобронхите – гепарин (из расчта 300 Ед/кг массы на процедуру), разведенного в 10% растворе димексида (с анода) 8 – 9 процедур. При сочетании аллергоза и кожных проявлений назначают электрофорез с 2 – 3% р–ром сернокислого цинка и тиосульфата натрия (по поперечной методике) на курс 10- 12 процедур. Применение электрофореза наиболее эффективно в сочетании с использованием виброакустики (аппарат «Витафон»). При аллергическом синусите используют фонофорез с 1% гидрокортизоновой мазью на область пазух носа. На курс 8 – 10 процедур. Аллергический ларингостеноз купируют СВЧ- терапией на область гортани. На курс 5 – 8 процедур. Спелеотерапия (соляные шахты, соляные копи), галлотерапия, баротерапия, аромотерапия (по показаниям), ЛФК, закаливание (холодные обливания, контрастный душ).

Вакцинация по заключению врача иммунолога.

Санаторно-курортное лечение: местный санаторий, Анапа, Кисловодск.

Наблюдаются до перевода во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с бронхиальной астмой.**

Бронхиальная астма - инфекционно- аллергическое заболевание, возникающее в результате сенсибилизации аллергенами, характеризующееся периодическим возникновением нарушений бронхиальной проводимости в результате бронхоспазма, отека стенки бронхов и скопления секрета. В течение бронхиальной астмы различают несколько периодов: предприступный, приступный, послеприступный, межприступный.

В межприступный период дети находятся под наблюдением участкового педиатра. При установлении диагноз бронхиальная астма или при подозрении на него, ребенок направляется на консультацию к аллергологу.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | При тяжелой форме 1 раз в 1-2 месяца, легкой и среднетяжелой форме 1 раз в 3 месяца.При длительном межприступном периоде 2 раза в год. |
| ЛОР | 2 раз в год |
| стоматолог | 2 раз в год |
| аллерголог | 1 раз в 3 месяца |
| ОАК, ОАМ,копрограмма | 2 раз в год |
| Биохимические исследования | По показаниям |
| ЭКГ | 1 раз в год |
| Спирография | 1 раз в год |
| Пневмотахометрия | 1 раз в год |
| Рентгенография органов грудной клетки | По показаниям. |
| Аллергологические пробы | По показаниям. |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Соблюдение режима дня, дневной сон после школы, достаточное пребывание на свежем воздухе. Одежда по сезону, белье хлопчатобумажное. Санация жилища, создание спокойной обстановки в семье. Из видов спорта рекомендуется ходьба, плавание, ходьба на лыжах и коньках. Не рекомендуется занятие каратэ, хоккей, футбол, велосипед. Специфическая гипосенсибилизация с выявленным аллергеном, гистоглобулин – 5 инъекций с интервалом 3-4 дня.

Диетотерапия основана на принципах элиминации, детоксикации, гармонизации, динамичности и сбалансированности. Из диеты исключаются наиболее распространенные аллергизирующие продукты: цитрусы, яйца, мед, орехи, шоколад, какао, курица, рыба, сладости, клубника. Ограничить употребление в пищу продуктов содержащих гистамин: консервы, копчености, помидор, шпинат.

Специфическая гипосенсибилизация: если удается определить аллерген, как, например, при атипической бронхиальной астме, связанной с пыльцевыми аллергенами, курс специфической гипосенсибилизации заканчивается перед цветением соответствующих растений.

Неспецифическая гипосенсибилизация: тавегил, фенкарол, гисталонг, димибон, супрастин.

Интал в течение 3-6 месяцев, кетотифен – 0,025 мг/кг в течение 2-3 месяцев. Недокромил (тайленд) по 2 ингаляции 2 раза в день (курс 6-8 недель).

Витамины: В5, В15, аевит – 2 раза в год 2-3 недели.

Физическая реабилитация, дыхательные упражнения по методикам (Толкачева, Бутейко, Стрельниковой, Дурманова), массаж грудной клетки, точечный массаж.

Физиотерапевтические методы: аэрозоли и электроаэрозоли бронхоспазмолитическими препаратами, 2% р-ром гидрокарбоната натрия, 3% р-ром натрия хлорида, унитиолом. Электрофорез с использованием 2% калия йодида (йод оказывает благоприятное влияние на дренажную функцию бронхов), индуктотермия на область надпочечников (стимулирует функцию глюкокортикоидных гормонов), магнитотерапия (магнитные поля)

Лазерорефлексотерапия, спелеотерапия, барокамера, гомеопатия, психотерапия, метод интервальной гипоксической тренировки (ИГТ) с использованием аппаратов гипоксикаторов, позволяющих создавать необходимую концентрацию кислорода во вдыхаемой смеси.

Иммунокоррегирующие средства: бронхомунал, рибомунил, ИРС-19.

Фитотерапия: корень солодки, корень лопуха, фиалка 3-х цветная, трава тимьяна, листья мяты перечной, корень валерианы, плоды фенхеля, цветы ромашки. Сбор: душица 5 г, мать и мачеха 10 г, цветы боярышника 5 г. двадцать грамм сбора на 200 мл кипятка заварить в термос, настоять 8-10 часов. Принимать по 1 столовой ложке в теплом виде 3-4- раза в день и на ночь; сбор: корень девясила 20 г, фиалка трехцветная 20 г, тимьян 20 г, анис 20 г, мать и мачеха 20 г. две столовые ложки сбора на 1/2литра кипятка. Настаивать 1 час. Пить теплым 3 раза в день по ½ стакана настоя.

В 400 мл отвара солодки (20 г на 400 мл) растворить в 0,5 г мумие. Принимать по 100 мл детям младшего возраста и по 200 мл старше 8 лет 1 раз утром. Отвар хранить в холодильнике. Через 2 дня готовить новый.

Настой травы медуницы лекарственной (10 г травы на стакан кипятка). Пить по 1 ст. ложке 3-4 раза в день.

При легком и среднетяжелом течении бронхиальной астмы дети посещают школу, при тяжелом течении организуется обучение на дому или выделяется дополнительный выходной день. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых приступах. Выпускные экзамены проводятся по щадящему режиму.

Физкультурная группа: первый год: освобождение на 1 месяц после приступа. При тяжелом течении далее - ЛФК, при среднетяжелом и легком - подготовительная.

Противопоказаны профессии, связанные с повышенным нервно- эмоциональным напряжением, высокой физической нагрузкой, воздействием неблагоприятных метеорологических условий (нагревающий/ охлаждающий климат и т.д.), воздействием ингаляционных и контактных аллергенов, веществами, оказывающими травмирующее и токсическое действие на эпителий бронхов (лаки, краски, цемент, шерсть, пух, асбест и т.д.)

Инвалидность при тяжело течении бронхиальной астмы сроком на 2 года, при гормонозависимой форме до 18 лет. Дети имеют право на бесплатный отпуск лекарств.

Вакцинация по заключению врача иммунолога.

Санаторно-курортное лечение: местный санаторий, Анапа, Кисловодск.

Снимается с учета через 5 лет стойкой ремиссии.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с атопическим дерматитом.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 2 раза в мес. (острая фаза),1 раз в мес. (ремиссия) |
| аллерголог, дерматолог, невропатолог, вертебролог | По показаниям |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 2 раза в год |
| ОАМ | 2 раза в год |
| Копрограмма | По показаниям |
| протеинограмма | По показаниям |
| ЭГДС, дуоденальное зондирование | По показаниям |
| УЗИ внутренних органов | По показаниям |
| ЭХО-ЭГ | По показаниям |
| Рентгенография позвоночника | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим возрастной с максимальным пребыванием на свежем воздухе, дневной сон.

Диета с исключением облигатных аллергенов (яйца, шоколад, цитрусовые, кофе). Первый прикорм овощной, начинать с монопюре, лучше с картофеля, далее постепенно добавляя капусту, репу, и т.д. Используются нежирные сорта мяса (кролик, рябчик, нежирные сорта говядины). Каши соевые, перловые, овсяные. Готовить кашу на воде, а затем на половинном молоке. Смеси: соевые, “Нутрилат”, кисломолочные. Соки: из черной смородины, клюквенный, брусничный.

Очистительные клизмы, полифепан, смекта СУМС-1. Тюбаж по Демьянову, желчегонные (холензим, холосас). Ферментотерапия: панкреатин, мезим-форте, абомин.

Биопрепараты: бифидум-бактерин, бификол, лактобактерин – 3-4 недели. 5% интал по 50 мг 3 раза в течение 2 недель, задитен.

Десенсибилизирующая терапия: специфическая гипосенсибилизация; неспецифическая десенсибилизация: тавегил, супрастин, фенкарол.

Витаминотерапия: В6 (несколько капель до 1 ампулы.) по утрам, А, Е, В5, В15.

Хилак-форте, споробактерин, бактисубтил при сопутствующем дисбактериозе.

Фитотерапия: солодка голая, ряска малая, фиалка трёхцветная, кора дуба, лавровый лист, череда.

Противозудным действием обладает: базилик мятнолистный, боярышник колючий, бузина черная, вероника лекарственная, ежевика, петрушка, хмель, укроп.

При достижении терапевтического эффекта от лечения адвантаном, достигнутый эффект закрепляется применением разведенной мази адвантан детским кремом (1:1- 1:2), с нанесением этой комбинации 1 раз в 2-3 дня в течение -14 дней. Детям старшего возраста вместо детского крема можно применять 2-5 % дегтярную мазь.

При сильном зуде местно применяют сок лимона, уксус с водой в соотношении 1:3. Болеутоляющее и противозудное действие оказывает эфирное укропное масло (по 10 кап. 2 раза в день на кусочке сахара).

Санация хронических очагов инфекции.

Иглорефлексотерапия. Баротерапия. Глино -,- келоидотерапия.

Минеральная вода средней минерализации Смирновская, Славяновская, Ессентуки № 17 – 2-3 курса в год.

Гомеопатия. Психотерапия.

Группы физкультуры: ЛФК, затем подготовительная.

Санаторно-курортное лечение: Анапа, Сочи, Пятигорские минеральные воды.

Проф. прививки: по индивидуальному графику после консультации иммунолога. Состоят на диспансерном учете 3-5 лет или до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с ревматизмом.**

Ревматизм – это инфекционно- аллергическое заболевание с преимущественным поражением сердца и сосудов. В этиологии заболевания ведущую роль играет B- гемолитический стрептококк гр. А.

Группа риска по развитию ревматизма:

* наличие ревматизма и /или диффузных заболеваний соединительной ткани у родственников первой степени родства;
* женский пол;
* возраст 7 – 15 лет;
* перенесенные стрептококковые инфекции, частые инфекции рото - и носоглотки.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | В первые 3 года 2-3 раза в год, затем 2 раза в год |
| Кардиоревматолог | 1 раз в месяц в течение 3 месяцев, затем 1 раза в 3 месяца |
| ЛОР | 2 раз в год |
| стоматолог | 2 раз в год |
| ОАК, ОАМ | 2-4 раз в год |
| ЭКГ, ФКГ | 2 раза в год |
| ЭХО кардиоскопия | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Щадящий режим – освобождение от дополнительных занятий, нагрузок.

Диета № 10.

Первичная профилактика:

В понятие первичной профилактики при ревматизме включается меры общего и санитарно- гигиенического характера, уменьшение стрептококкового окружения, борьба со стрептококковой инфекцией, борьба со скученностью, проветривание и влажная уборка помещений, соблюдение правил личной гигиены, санация очагов хронической инфекции.

Вторичная профилактика:

Направлена на предупреждение повторных атак и прогрессирования заболевания у лиц, перенесших ОРЛ, и предусматривает круглогодичное введение пенициллинов пролонгированного действия, такого как бензатина бензилпенициллин (экстенциллин)

Бензатина бензилпенициллин (Эксенциллин):

дошк. (или дети с массой до 27 кг)

– 600 000 ЕД. в/м (1р. в 3 - 4 недели.)

школьники (или дети с массой более 27 кг)

– 1 200 000 ЕД. в/м (1р в 3 - 4 недели.)

подростки и взрос. – 2 400 000 ЕД. в/м (1 р. в 3 - 4 недели.)

Для профилактики так же могут быть использованы такие импортные препараты, как ретарпен.

дошк. 300 000 Ед. в/м (1 р. в 3-4 дня.)

школ. 600 000 Ед. в/м (1 р. в 3-4 дня.)

длительность вторичной профилактики (которую следует начинать еще в стационаре) для каждого пациента устанавливается индивидуально и, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, определяется наличием факторов риска, повторных атак ОРЛ. К этим факторам относятся:

- возраст больного

- наличие ХРБС

- время от момента первой атаки ОРЛ

- число предыдущих атак

- фактор скученности в семье

- семейный анамнез, отягощенный ОРЛ/ХРБС

- социально - экономический и образовательный статус больного

- риск стрептококковой инфекции в регионе

- профессия и место работы больного (школьные учителя, врачи, лица, работающие в условиях скученности).

Как правило, длительность вторичной профилактики должна составлять:

а ) для лиц, перенесших ОРЛ без кардита (артриты, хорея) - не менее 5 лет после последней атаки или до 18 лет (по принципу «что дольше»).

б) в случаях излеченного кардита без формирования порока сердца - не менее 10 лет после последней атаки или до 25 лет (по принципу «что дольше»).

в) для больных с пороком сердца (в том числе после оперативного лечения) - пожизненно.

У данной категории больных, при наличии у них тонзиллита/фарингиты, оправдано курсовое лечение макролидами каждого случая.

Кардиотропные средства

Биостимуляторы. Адаптогены.

ЛФК. Массаж.

Фитотерапия: брусничный лист, вереск, лавровый лист, корень лопуха, донник лекарственный.

Для полоскания горла применяется настой листьев шалфея, календулы, эвкалипта, каланхоэ.

В остром периоде – показаны настои трав, содержащие салициловые соединения и оказывающие потогонное действие:

Сбор №1: кора крушины, листья берёзы, кора ивы.

Сбор №2: цветки бузины черной, листья берёзы, кора ивы, листья крапивы, корень петрушки.

Применяют отвар в возрастных дозировках 3-4 раза в день.

При ревматическом полиартрите сбор: кора ивы, трава хвоща полевого, листья берёзы, цветки календулы лекарственной, плоды можжевельника, кора крушины, листья крапивы. Настой принимают каждые 2 часа, глотками в тёплом виде.

Школьникам предоставляется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов на 6 месяцев от начала атаки, при непрерывно рецидивирующем течении – освобождение дают постоянно. Выпускные экзамены проводят по щадящей методике.

Профориентация: при ревматизме неактивной фазы, без клинических проявлений противопоказаны факторы производства и трудового процесса: неблагоприятные метеорологические и микроклиматические факторы, значительное физическое напряжение, токсические вещества.

Группа по физкультуре – специальная в течение 1 года наблюдения; затем подготовительная.

Санаторно-курортное лечение: Сочи, Кисловодск, Белокуриха.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Диспансерное лечение в течение 5 лет, затем снимают с учета при отсутствии рецидива.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей 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 старшего возраста преобладают вирусно-бактериальные ассоциации. Кардиты подразделяются на врожденные и приобретенные. Врожденные кардиты могут быть ранними и поздними. Ранними врожденными кардитами считаются кардиты, возникшие у плода в первой половине беременности, поздними - в последний триместр беременности.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 р. в мес., затем 2 р. в год. |
| Кардиоревматолог | 1 р. в мес., затем 2 р. в год |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК,ОАМБиохимия крови | 2 раза в год |
| ЭКГ | 2 раза в год |
| ФКГ | По показаниям |
| ЭХО кардиоскопия | По показаниям |
| Рентгенография грудной клетки | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Щадящий режим. Освобождение от дополнительных занятий, нагрузок. Необходим свободный день среди недели в первые 3 мес.

Диета №10.

Сердечные гликозиды – по показаниям (под контролем ЭКГ и рентгенографии).

Кардиотропные средства: рибоксин – ½ - 1 таб. 3 р. в день в течение месяца, затем 2 р. в день в течение 1 мес. (панангин, оротат калия, витамин В12,В5,В15).

Антиревматические противовоспалительные препараты весной и осенью в течение 4-х недель.

При затяжном и хроническом течении нестероидные противовоспалительные препараты или аминохинолинового ряда (делагил, плаквенил в течение 4-8 мес.).

Санация хронических очагов инфекции. Фитотерапия.

При сердечно-сосудистых неврозах рекомендуется применение лекарственных препаратов, оказывающих успокаивающее действие на ЦНС. Это мята перечная, ландыш, хмель.

Показан следующий сбор: листья мяты, корень валерианы, шишки хмеля, листья вахты, применяют в виде отвара в возрастной дозировке 2-3 раза в день 2-3 недели.

При сердцебиении, раздражительности и бессоннице рекомендуется сбор: листья хвоща полевого, листья горца птичьего, цветки боярышника, по 1-4 стакана 3-4 раза в день.

При нарушениях ритма сердца рекомендуется валериана, боярышник, мята в виде отвара 2-3 раза в день, а также следующие сборы: кора крушины, цветки ромашки аптечной – принимают вечером ¼ стакана в виде настоя.

Точечный массаж. Иглорефлексотерапия. Гомеопатическое лечение. Закаливание, обливание, обтирание, ножные ванны. ЛФК.

Группа по физкультуре – освобождение от физкультуры на 6 месяцев, специальная группа - 1 год, затем – подготовительная.

Санаторное лечение: местные санатории, Сочи, Кисловодск, Белокуриха.

Вакцинация после заключения иммунолога и кардиолога.

Снятие с диспансерного учета через 4 года при остром кардите, при хроническом с учета не снимаются до перевода во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с врожденными пороками сердца.**

Предрасполагающие к развитию пороков сердца факторы:

* перенесенная в период беременности краснуха, грипп, простой герпес, ОРВИ;
* хронические заболевания матери;
* профессиональные вредности матери;
* применение лекарственных препаратов;
* алкоголизм, курение;
* предшествующие аборт;
* неблагоприятное течение беременности;
* наследственная предрасположенность.

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

* Фаза первичной адаптации, при которой в первые месяцы жизни ребенка происходит приспособление его организма к условиям кровообращения.
* Фаза относительной компенсации.
* Терминальная фаза, в которой наблюдаются симптомы необратимой декомпенсации.

Дети с ВПС должны находиться под постоянным наблюдением кардиолога. Конкретный план диспансеризации зависит от вида порока и степени компенсации нарушений гемодинамики.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 2 р. в мес. в 1-м полугодии болезни1 р. в мес. во 2-м полугодии в первый год наблюдения,на втором году болезни 1 раз в квартал,в последующие годы – 2 р. в год. |
| Кардиоревматолог | 1 раз в квартал на 1-м году,затем 2 р. в год,после операции – в течение года 1 р. в мес. |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК, ОАМБиохимия крови | 1-2 раза в год |
| ЭКГ | 2 раза в год |
| ФКГ | 2 раза в год |
| ЭХО кардиоскопия | По показаниям |

**ЕАБИЛИТАЦИЯ.**

В первой фазе необходимо проводить 4 курса реабилитационного лечения в год по 2-3 недели, в 2-й фазе - 2-3 курса. Пациенты с СН 3-4-го функционального класса после проведенного лечения в стационаре продолжают длительное лечение поддерживающими дозами сердечных гликозидов, ингибиторов АПФ, препаратов калия и кардиотрофиков.

Санация очагов хронической инфекции.

Профилактика инфекционного эндокардита - при интеркуррентных заболеваниях назначаются антибиотики на 1--14 дней.

Медикаментозная реабилитация: препараты, улучшающие метаболические процессы в миокарде:

-Препараты для улучшения белкового обмена (инозин 3-4 недели, калия оротат 3-4 недели, витамин В12 в/м № 15, ретаболил в/м 1 раз в месяц № 3).

-Препараты для улучшения энергетического обмена (фосфаден от 1 до 4-х недель, цитохром, глио-6, милдронат от 2 до 6 недель, неотон 7-10 дней, актовегин 2-3 недели, витамин В153-4 недели, элькар в течение 1 месяца, предуктал).

-Препараты для коррекции электролитного обмена (панангин, аспаркам на 2-4 недели, магния оротат 6 недель).

-Антиоксидантная терапия - поливитаминные препараты с высоким содержанием витаминов А, С, Е и микроэлемента селена - оксигард, витамакс плюс, олигогал Se, триовит; эссенциале; мексидол, эмоксипин, димефосфон не менее 2-х недель.

-Сердечные гликозиды, мочегонные, антиаритмические препараты по показаниям;

-Больным с цианотическими пороками сердца, протекающими со сгущением крови, нарушением ее реологии, для профилактики возможных тромбозов рекомендован прием антикоагулянтов и дезагрегантов (ацетилсалициловая кислота, курантил, финилин) в малых дозах.

Массаж.

Закаливающие процедуры.

ЛФК.

Санаторное лечение - местный санаторий в 2 фазе.

Профориентация: при органических поражениях клапанов, пороках сердца и крупных сосудов с нарушением кровообращения I-II стадий противопоказаны физическое напряжение, чрезмерное нервно- психическое напряжение, предписанный темп работы, неблагоприятные метео - и климатические условия, воздействие токсинов, пыли, вынужденное положение тела.

Группа занятий по физкультуре в фазе первичной адаптации - специальная, в 2-й фазе - подготовительная. Через 2-3 года после оперативного лечения детей (после занятий ЛФК) допускают к занятиям физкультурой в школе с исключением изометрических и соревновательных нагрузок.

С учета не снимаются. После операции – снятие с “Д” учета через 2-3 года по заключению кардиохирурга.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с первичной артериальной гипертензией.**

Первичной артериальной гипертензией следует считать повышение артериального давления выше 140/90 мм. рт. ст., которое было зарегистрировано при двух повторных визитах. (по ВОЗ - МОАГ, 1999 г.)

Проблема артериальной гипертензии у подростков и детей одна из наиболее актуальных, поскольку у части этих больных с возрастом развиваются тяжелые осложнения, приводящие к ранней инвалидности или смерти.

Первичная артериальная гипертензия включает в себя три формы:

* Артериальная гипертензия периода пубертата (повышение АД, наблюдающееся у подростков с бурными темпами роста и полового развития).
* Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу (синдром функциональных нарушений деятельности сердечно- сосудистой системы, который возникает в результате неадекватной нервной регуляции).
* Гипертоническая болезнь (это хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является синдром артериальной гипертензии, не связанный с какими- либо патологическими процессами, при которых повышение АД обусловлено известными причинами, т. е симптоматические АГ).

Факторы риска:

* неблагоприятные социальные условия, в которых живет ребенок;
* характер питания (чрезмерное потребление соли);
* наследственная отягощенность по гипертонической болезни или заболеваниям сердечно- сосудистой системы;
* ожирение;
* перегрузка при занятиях спортом, особенно силовыми его видами;
* применение допинга (анаболиков) для быстрого наращивания мышечной массы;
* профессиональные вредности (выраженное физическое и психическое напряжение, пребывание в неблагоприятных метеоклиматических условиях, вибрация, токсические вещества);
* применение некоторых лекарственных средств, например, психостимуляторов.

Исходы и прогноз первичной артериальной гипертензии:

* стойкое нормальное АД;
* сохранение «status quo»;
* формирование гипертонической болезни взрослых.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3-4 мес.При высоком нормальном АД (130-139/85-89) 1 раз в 6 мес. |
| Кардиоревматолог | 1 раз в 6 мес., при ГБ 1раз в 3 мес. |
| ЛОР, стоматолог | 1 раз в год |
| нефролог | 2 раза в год |
| окулист | 2 раза в год |
| невролог | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК, ОАМБиохимия крови | 1 раза в год |
| ЭКГ | 2 раза в год |
| ФКГ | По показаниям |
| ЭХО кардиоскопия | По показаниям |
| Рентгенография грудной клетки | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим возрастной щадящий режим. Освобождение от дополнительных занятий, нагрузок при гипертонической болезни. Оптимизация физической активности, предотвращение факторов риска. Отказ от курения и употребления алкоголя. Необходим ежедневный контроль артериального давления в утренние и вечерние часы.

Диета соответственно возрасту и полу. Обогащение дневного рациона витаминами, фруктами. Уменьшение потребления поваренной соли, тугоплавких животных жиров, легко усвояемых углеводов.

Санация хронических очагов инфекции.

Фитотерапия.

* седативные травы: сбор из шести трав (шалфей, боярышника ягоды, пустырник, трава валерианы, зверобой, багульник);
* настой листьев эвкамии и шлемника;
* настой сушеницы болотной;
* мочегонные травы лист брусники, толокнянка, березовые почки);

Курс фитотерапии проводят продолжительностью 1 мес. 3-4 раза в год.

Физиотерапия: Гальванизация, диатермия синокаротидной зоны, электрофорез по Вермелю (с 5% р-ром бромистого натрия, 4% сульфатом магния, 2% р-ром эуфиллина, 1% р-ром папаверина). Электросон с частотой импульсов 10 Гц.

Точечный массаж, общий массаж. Иглорефлексотерапия. Гомеопатическое лечение. Закаливание, обливание, обтирание, ножные ванны; углекислые, сульфидные, жемчужные ванны; душ Шарко, циркулярный душ. ЛФК.

Группа по физкультуре – специальная группа при гипертонической болезни, затем – подготовительная.

От переводных и выпускных экзаменов освобождают только при гипертонической болезни, в остальных случаях - щадящий режим.

Профориентация: исключаются специальности, связанные с хроническими стрессами, тяжелой физической работой, ночными дежурствами, неблагоприятными метеоклиматическими условиями, вибрациями, шумом.

Пригодность к военной службе определяется военно-врачебной комиссией и после стационарного обследования.

Санаторное лечение: местные санатории, Сочи, Кисловодск, Белокуриха.

Вакцинация после заключения иммунолога и кардиолога.

Снятие с диспансерного учета через 2 года при стойкой нормализации артериального давления.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.**

Язвенная болезнь - хроническое, рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию и вовлечению в процесс других органов пищеварения.

Основным проявлением является болевой синдром, для которого характерны: выраженность и мойнигамовский ритм болей, наличие голодных и ночных болей. У детей излюбленная локализация язвы - луковица 12перстной кишки. Течение фазное: обострение, неполная ремиссия, полная ремиссия.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | После выписки из стационара 4 раза, затем 2 раза в год |
| Гастроэнтеролог | 4 раза в год или чаще по показаниям |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| Невропатолог, аллерголог,генетик | По показаниям |
| ОАК | 4 раза в год |
| Биохимия крови | По показаниям |
| ОАМ | 2 раза в год |
| кал на я/г, лямблии, кал на дисбактериоз, на скрытую кровь – р-ция Грегерсена | 4 раза в год |
| Иммунограмма | По показаниям |
| Желудочное и дуоденальное зондирование | 1 раз в год |
| ФГС | 1 раз в год |
| Дистанционная термография, УЗИ | 1 раз в год |
| Рентгенография желудка | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий: освобождение от последнего урока, дополнительный выходной, дневной сон, прогулки на свежем воздухе.

Стол № 1 в течение 6 месяцев, затем стол № 5.

Противорецидивное лечение весной и осенью.

Противорецидивное лечение 2 раза в год по 3-4 недели.

-Базисная терапия – через месяц после основного курса лечения (де-нол, омепразол, трихопол).

-Седативная терапия: валериана, пустырник, мята перечная, препараты брома. По показаниям седуксен, сибазон, витамины гр. В.

-Стимулирующая терапия: алоэ, метилурацил, пентоксил.

-Спазмолитики: папаверин, но-шпа.

- Прокинетики: метоклопрамид, домперидон, цизаприд.

При сочетании поражений желудка и 12перстной кишки с поражением пищевода и панкреаса, показаны антациды: альмагель, гастал, маалокс. Препараты нейтрализуют соляную кислоту, обеспечивают адсорбцию пепсина, желчных кислот, лизолецитина, обладают протективным действием за счет усиления секреции слизи и простагландинов.

Фитотерапия: зверобой, ромашка, тысячелистник, водяной перец.

Сборы: корень солодки, цветки ромашки (1:1) или трава тысячелистника, цветки ромашки и календулы (1:1).

Лечение прополисом: прополисный экстракт по 20 капель в воде, молоке или 0,5% р-р новокаина за 1-1,5 часа до еды 2-3 раза в день.

Физиотерапия: электросон, воротник по Щербаку (через день процедур на курс, 2 раза в год.). Парафиновые и озокеритовые аппликации 10 -15 процедур 2 раза в год.

Минеральные воды: Боржоми, Ессентуки №4 и № 17, Славяновская, Смирновская, Сергиевские минеральные воды и др.

При повышенной кислотности минеральную воду – за час до приёма пищи, без газа, комнатной температуры, 5 мл/кг массы, в течение месяца, 2-3 курса в год.

Иглорефлексотерапия, гомеопатия, ЛФК.

Для школьников рекомендуется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов на 2 месяца после обострения.

Инвалидность - при осложненном течении оформляется на 6 месяцев- 2 года.

Профориентация: противопоказаны профессии, сопряженные со значительным физическим и нервно- психическим напряжением, невозможностью соблюдать режим питания, длительным пребыванием в вынужденном положении с напряжением брюшного пресса, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсинами, шумом и вибрацией, всеми видами излучения, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Физкультура: освобождение от физкультуры на 6 месяцев после обострения, затем - ЛФК, затем подготовительная, потом – основная – при стойкой ремиссии.

Санаторно-курортное лечение: Железноводск.

Прививки по заключению иммунолога.

Срок диспансерного наблюдения 3-5 лет.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (повышенная кислотность).**

Хроническое, рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-деструктивное поражение слизистой оболочки желудка с повышением общей кислотосекретирущей способности слизистой оболочки желудка.

Диспепсическая форма характеризуется кислой отрыжкой, изжогой, чувством давления и распирания в эпигастрии, возникающим после еды, иногда через 2- 3 часа, у некоторых больных наблюдается рвота при сохраненном аппетите, отрыжка кислым. Прием пищи, молока, воды приносит облегчение. При болевой форме – болевой синдром умеренно выраженный, боли поздние и голодные боли в подложечной области через 2-3 часа после еды, ночные, утренние боли тупого ноющего характера в подложечной области. Часто такой гастрит сопровождается нарушением стула по типу абстипации (запора).

Классификация хронического гастрита:

1. По происхождению:
* первичный
* вторичный
1. По распространенности:
* ограниченный (антральный, фундальный)
* распространенный
1. По периодам заболевания:
* обострение
* неполная клиническая ремиссия
* полная клиническая ремиссия
* клинико - эндоскопически - морфологическая ремиссия.
1. По характеру желудочной секреции:
* повышенная
* нормальная
* пониженная
1. По эндоскопическим характеристикам:
* поверхностный
* гипертрофический
* эрозивный
* геморрагический
* субатрофический
* смешанный
1. По гистологической характеристике:
* поверхностный
* диффузный (без атрофии, субатрофический, атрофический).

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | после выписки из стационара 4 раза, а затем 2 раза в год |
| Гастроэнтеролог | 4 раза в год, затем 2 раза в год |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 2 раза в год |
| ОАМ | 2 раза в год |
| кал на я/г, лямблии | 2 раза в год |
| Фракционное исследование желудочного сока или РН-метрия | 1 раз в год |
| ФГС, дуоденальное зондирование | По показанию |
| Дистанционная термография | 1 раз в год |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий: прогулки на свежем воздухе, дневной сон.

Стол № 1 в течение 3 месяцев, затем стол №5. Исключаются: ржаной и свежий белый хлеб; сдобное, слоёное тесто; жирные сорта мяса; консервы, копчености; сваренные вкрутую яйца; острые сыры; жиры; соленые, квашенные, маринованные овощи и грибы, овощные консервы, бобовые; супы на наваристых мясных, рыбных бульонах; шоколад, халва, квас, кофе, газированные напитки, какао, соусы и пряности.

Базисная терапия по показаниям (викалин, викаир, вентер, гастроцепин, трихопол), курсы альмагеля, гастрофарма.

При наличии гастродуоденального рефлюкса – элеутерококк, настойка аралии, женьшень – 1 капля на год жизни в течение месяца.

Седативная терапия: валериана, пустырник, мята перечная, препараты брома.

Спазмолитики: папаверин, но-шпа.

Витаминотерапия: аскорбиновая кислота, витамины группы В. Стимулирующая терапия: алоэ, пентоксил, метилурацил.

Физиотерапия: электрофорез атропина, новокаина, парафиновые и озокеритовые аппликации, воротник по Щербаку.

Фитотерапия: ромашка, корень аира, лист белой березы, трава зверобоя, семя льна, мята перечная, трава золототысячника, трава чабреца, прополис.

Минеральные воды: Славяновская, Смирновская, Ессентуки № 4 и др. воду пить быстрыми глотками за 1-1,5 часа до еды – 5 мл/кг массы, в течение месяца, 2-3 курса в год.

Иглорефлексотерапия, гомеопатия, ЛФК.

Физкультура: подготовительная группа, затем – основная при стойкой ремиссии.

Санаторно-курортное лечение: Железноводск, Ессентуки, Сергиевские минеральные воды.

Прививки по заключению иммунолога.

Срок диспансерного наблюдения 3 года.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с гастритом (сниженная кислотность).**

Хроническое, рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-деструктивное поражение слизистой оболочки желудка с понижением общей кислотосекретирущей способности слизистой оболочки желудка.

У детей подобный гастрит является редким и встречается преимущественно у более старших детей.

Наблюдается нарушение аппетита, плохой вкус во рту, слюнотечение, отрыжка воздухом или отрыжка «тухлым», отрыжка, тошнота (часто после еды), рвота в период обострения, чувство тяжести, полноты в подложечной области, быстрая насыщаемость, глоссит, гингивит. Болевой синдром обычно выражен очень незначительно: ноющие боли через 30- 60 минут после еды, зависящие от качества и количества съеденной пищи. Часто такой гастрит сопровождается нарушением стула по типу диареи или неустойчивого стула, метеоризма.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 4 раза в год (в период ремиссии), далее 2 раза в год |
| Гастроэнтеролог | 4 раза в год, затем 2 раза в год |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 2 раза в год |
| ОАМ | 2 раза в год |
| кал на я/г, лямблии | 2 раза в год |
| Фракционное исследование желудочного сока или РН-метрия | 1 раз в год |
| ФГС, дуоденальное зондирование | По показанию |
| Дистанционная термография | 1 раз в год |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий: прогулки на свежем воздухе, дневной сон.

Стол №2 (2-3 мес.) № 5- исключаются: грубый ржаной хлеб, сдоба, слоеное тесто; жирные сорта мяса, копчености, соленая и вяленая рыба; яйца вкрутую, сливки, мороженное; тугоплавкие жиры, сало; бобовые, пшенные и перловые крупы; овощи богатые грубой растительной клетчаткой (капуста); острые, жирные соусы, пряности, газированные напитки, виноградный сок.

Заместительная терапия: ацидин-пепсин, натуральный желудочный сок, пепсидил.

Ферменты – абомин, панкреатин. Витаминотерапия: гр. В, аскорбиновая кислота. Стимулирующие средства: нуклеинат натрия, метилурацил, пентоксил.

Излечение: индуктотерапия, электрофорез с платифиллином и новокаином, СМТ.

Минеральные воды: Ессентуки-17, Смирновская за 15-20 мин. до еды 3 раза в день, комнатной температуры – 5 мл/кг в течение месяца – 2-3 курса в год.

Фитотерапия: сбор №1- лист шалфея + цветок ромашки + полынь (1:1:1) сбор №2 корень одуванчика + плоды укропа (3:1). Используются также лист подорожника, трава спорыша.

Иглорефлексотерапия, ЛФК. Гомеопатия.

Группа для занятий по физкультуре: 1 год – подготовительная, 2 год – основная.

Санаторно-курортное лечение: Бугуруслан, Ессентуки, Железноводск, Сергиевские минеральные воды.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Снятие с учета через 3 года.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с холецистохолангитом.**

Хронический холецистохолангит – это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Хронический холецистохолангит характеризуется кратковременными болями, умеренной болезненностью при пальпации в правом подреберье, непостоянными диспепсическими расстройствами, повышением температуры тела, признаками интоксикации.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 4 раза в год, далее 2 раза в год |
| Гастроэнтеролог | 4 раза в год |
| Невропатолог | По показанию |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 2 раза в год |
| Биохимия крови (общий белок, белковые фракции, билирубин, холестерин, В-липопротеиды, АЛАТ и АСАТ, сулемовая, тимоловая, проба, протромбиновый индекс, фибриноген) | 1 раз в год |
| ОАМ | 2 раза в год |
| кал на я/г, лямблии | 2 раза в год |
| Дуоденальное зондирование | 1-2 раз в год |
| Холецистография | По показаниям |
| Дистанционная термография | 1 раз в год |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий: прогулки на свежем воздухе, дневной сон.

Стол № 5. Исключаются: свежий хлеб, сдоба, торты с кремом; жирные сорта мяса, рыбы, птицы, мозги, печень, почки, копчености, консервы; яйца вкрутую, сливки, кислый творог, тугоплавкие жиры; шоколад, мороженное, кремы, острые соусы, пряности, какао, холодные напитки, перец, хрен, чеснок, грибы горчица; наваристые супы, бульоны, маринованные овощи, зеленые щи, окрошка; бобовые, редис, редька, щавель, шпинат, репа.

Желчегонные препараты: аллохол, холензим, холосас.

При сочетании заболевания желчных путей с дисметаболическими нарушениями, что повышает вероятность холилитеаза у детей, длительно назначают литолитики (квестран, гепетофальк планта). Литолитическую терапию следует сочетать с гепатопротекторами (силимарин, гептрал, эссенциале - форте) и легкими желчегонными (куркума, отвар кукурузных рылец, бессмертника).

Ферментотерапия: накодин, солезим, ораза. Витаминотерапия: аскорбиновая кислота, фолиевая кислота, витамины группы В. Липотропные средства: липоевая кислота.

Тюбаж по Демьянову: утром натощак принимать 100 г минеральной воды с добавлением 15 г сорбита или ксилита или 1 ч.л. карловарской соли. Уложить ребенка на правый бок, подложив теплую грелку на 1 час. После тюбажа сделать 10 глубоких вдохов. Проводить 1-2 раза в неделю.

Физиотерапия: индуктотермия, СМТ, ультразвук, электрофорез с папаверином, магнием, электросон 10 курсов, электросон с барием.

Фитотерапия: бессмертник песчаный, горец змеиный, зверобой продырявленный, крапива двудомная. В случае недостаточного опорожнения желчного пузыря: кукуруза обыкновенная, мята перечная, вахта трехлистная, шиповник, одуванчик лекарственный, экстракт кукурузных рыльцев.

ЛФК. Иглорефлексотерапия, точечный массаж. Гомеопатия.

Группа для занятий по физкультуре: 6 месяцев после обострения - специальная, первый год – подготовительная, второй год – основная.

Санаторно-курортное лечение: санатории-профилактории местного значения, Ессентуки, Железноводск, Сергиевские минеральные воды.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Снятие с диспансерного учета после 3-х лет стойкой клинико-лабораторной ремиссии.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с дискинезией желчевыводящих путей.**

Клинические проявления различных форм патологии желчевыводящей системы схожи. Наиболее частые клинические симптомы этой патологии следующие: болевой, диспепсический, астеновегетативный. Причинами дискинезии являются заболевания органов пищеварения, расстройства нервно- гуморальной регуляции, аллергии, аномалии желчного пузыря.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 1 раз в квартал в первый год после обострения, далее в период ремиссии 1 раз в 6 мес., в периоде стойкой ремиссии – 1 раз в год |
| Гастроэнтеролог | 1 раз в год, по показаниям чаще |
| Невропатолог | 1 раз в 6 мес. |
| ЛОР | 1 раз в 6 мес. |
| стоматолог | 1 раз в 6 мес. |
| ОАК | 1 раз в 6 мес. |
| ОАМ | 1 раз в 6 мес. |
| кал на я/г, лямблии | 1 раз в 6 мес. |
| УЗИ желчного пузыря и печени | 1-2- раза в год |
| Дуоденальное зондирование |  |
| Холецистография |  |
| Дистанционная термография |  |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим щадящий.

Лечебное питание: Диета № 5.

Принимать пищу рекомендуется 5-6 раз в сутки.

-При гипертонически-гиперкинетическом типе ДЖП не следует употреблять в пищу продукты, богатые грубой клетчаткой и способствующие метеоризму: ржаной хлеб, горох, бобы. Исключить прием очень холодных блюд.

-При гипотонически-гипокинетическом типе ДЖП показаны продукты, обладающие желчегонным эффектом. Рекомендуется сливочное и растительное масло, сливки, сметана, яйца, черный хлеб. Такое питание назначается пациентам не менее чем на 1 год.

Медикаментозная реабилитация: противорецидивное лечение 6 месяцев после обострения по 10 - 14 дней ежемесячно, затем 2 раза в год (весной и осенью) в течение 3-4 недель.

-При гипертонически-гиперкинетическом типе ДЖП:

Спазмолитки: но-шпа (дротаверин), папаверин, галидор (бенциклан), дюспаталин (мебеверин гидрохлорид). Курс 5-7 дней.

Седативные препараты: настой пустырника, отвар корня валерианы, транквилизаторы. Курс 1-3 недели.

Желчегонные средства со спазмолитическим эффектом: оксафенамид, никодин.

Минеральные воды слабой минерализации: Славяновская, Смирновская, Карачинская, Ессентуки 4, 20, Нарзан и др. в подогретом виде, дробно 5-6 раз в день. Курс - 1-1,5 месяца 2 раза в год.

Физиотерапия: электрофорез с новокаином (папаверином) на правое подреберье, парафиновые аппликации № 10 - 2 раза в год, хвойные ванны.

Фитотерапия. Сбор: цветы ромашки - 2 части, мята - 2 части, корень солодки - 1 часть, корень валерианы - 1 часть, плоды укропа - 1 часть.

-При гипотонически-гипокинетическом типе ДЖП:

Тонизирующие средства: экстракт элеутерококка, левзеи, настойка женьшеня, аралии, лимонника китайского.

Желчегонные препараты по 10-14 дней в течение 3 месяцев (сульфат магния 25%, сорбит, ксилит, фламин, флакумен и др.),

Тюбажи с сорбитом, сульфатом магния, настоем желчегонной травы, минеральной водой 1 раз в неделю. Курс 4-8 процедур 2 раза в год.

Минеральные воды высокой минерализации: Ессентуки № 17, Джермук, Арзни и др. комнатной температуры. Курс - 1-1,5 месяца 2 раза в год.

Физиотерапия: электрофорез с сульфатом магния, фарадизация, СМТ, гальванизация, ДДТ, соляные ванны.

Фитотерапия. Настои и отвары трав: кукурузные рыльца, цветы бессмертника, ромашка, листья крапивы и др., а также сок свеклы, капусты. Сбор: трава володушки - 1 часть, плоды шиповника - 1 часть, пастушья сумка - 1 часть, лист крапивы - 1 часть, трава гречихи - 2 части, трава зверобоя - 1 часть, трава душицы - 1 часть.

ЛФК.

Профориентация: противопоказаны профессии, сопряженные со значительным физическим и нервно- психическим напряжением, невозможностью соблюдать режим питания, длительным пребыванием в вынужденном положении с напряжением брюшного пресса, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсинами, шумом и вибрацией, всеми видами излучения, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Группа по физкультуре – 6 месяцев в специальной группе, далее до 2-х лет - подготовительная.

Профилактические прививки. Разрешаются после снятия болевого синдрома.

Диспансерное наблюдение: 3 года после последнего обострения.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с муковисцидозом.**

Муковисцидоз – это самое частое моногенное заболевание, обусловленное мутацией гена CFTR (трансмембранного регулятора белка), в основе патогенеза которого лежит системное поражение экзокринных желез, жизненно важных органов и систем, имеющее тяжелое течение и прогноз.

Муковисцедоз наследственное аутосомно–рецессивное заболевание с высокой частотой в популяции. Прогрединетный характер течения болезни с последующим летальным исходом или инвалидизацией значительной части больных придают этой патологии социальное значение.

**Реабилитация.**

Диета – приём достаточного количества жидкости; повышение калорийности пищи на 130-150% и содержанием жира 40% от суточного калоража; дети грудного возраста должны получать бедные жирами смеси, обогащённые белком до 5 г/кг в сутки; у детей старшего возраста – обогащение рациона белком, исключение богатых жирами продуктов. В настоящее время существует специализированное диетпитание для детей старше года и взрослых “Dietta Extra”, “Dietta Plus” – Финляндия, “Portagen” - США, “Humana Heilnahryng mit MCT” – Германия. Детям грудного возраста дополнительно 1 г соли в сутки, а детям старшего возраста 2-3 г соли в сутки.

Санация хронический очагов инфекции.

Постоянный приём панкреатических ферментов (креон).

Курсы антибиотикотерапии каждые 2-3 месяца.

Постуральный дренаж и вибрационный массаж.

Приём муколитиков.

ЛФК.

Вакцинация противопоказана, кроме вакцинации против коклюша и других респираторных инфекций, как превентивная мера.

Санаторно-курортное лечение – местные санатории и профилактории, Анапа.

Длительность наблюдения до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с целиакией.**

Целиакия (глютеновая энтеропатия) – хроническое полисиндромное заболевание, обусловленное повреждением слизистой оболочки тонкой кишки белком злаковых культур глютеном. Глютен содержат пшеница рожь, ячмень, овес. Белки злаков имеют в своем составе 4 фракции: альбумины, глобулины, проламины, глютенины. Последние две называются «глютен»

Наследуется целиакия по аутосомно–рецессивному типу.

Заболевание может протекать в 3 формах:

-типичная (классическая – основные симптомы - полифекалия: стул 2-5 раз в день, кашицеобразный, обильный, пенистый, с жирным блеском, зловонный, плохо отмывается с белья и горшка, окраска вариабельна); увеличение живота, который при этом мягкий, выявляются симптомы псевдоасцита; отставание в росте и массе. Дополнительные симптомы: боль в костях; нарушение эмали зубов и ранний кариес; сухие, редкие, тонкие, ломкие волосы; сухость и истонченность кожи; мышечная гипотония, нарушение осанки; вид «несчастного ребенка», агрессивность, быстрая утомляемость, вялость; анемия, связанная с дефицитом железа и витаминов; кровоточивость десен; пигментация открытых участков кожи; атрофический глоссит; ангулярный стоматит.)

- атипичная (малосимптомная – проявляется одним или двумя из основных симптомов в сочетании с 2 – 3 дополнительными симптомами.)

- латентная (бессимптомная – не имеет характерной клиники, диагностируется лабораторно, чаще случайно.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес. |
| Гастроэнтеролог | 1 раз в 3 месяца. |
| ЛОР врач, стоматолог | 2 раза в год. |
| ОАК, ОАМ, копрограмма, проба с дексикозой | 1 раз в 3 месяца. |
| Биохимическое исследования крови (общий белок, холестерин, калий, кальций, сахарная кривая) | 1 раз в год. |
| Рентгенологическое исследование тонкой кишки | По показаниям |
| Иммунологическое исследование (антиретикулиновые АТ методом ИФА JgA). | По показаниям |

**Реабилитация.**

Режим - щадящий с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

Аглютеновая диета – высококалорийная диета с исключением из пищевого рациона всех глютеносодержащих продуктов, приготовленных из ячменя, овса, ржи, пшеницы. Разрешаются картофель, кукуруза, рис, гречка, яйца, мясо, растительное масло, овощи, фрукты. В диете повышается содержание белка при нормальном содержании жира и углеводов. Ограничиваются механические и химические раздражители.

При соблюдении диеты в раннем возрасте, ребенок растет и развивается соответственно возрасту и не отличается от сверстников. Не смотря на оптимистические прогнозы относительно развития ребенка при соблюдении диеты в раннем возрасте, ее не следует нарушать и в будущем, т. к это может способствовать утяжелению течения заболевания, риску злокачественного поражения ЖКТ.

Витаминотерапия.

Ферментные препараты – панзинорм, фестал и др. курсами по 2-3 недели.

Препараты кальция и железа.

Массаж, ЛФК.

Вакцинация противопоказана.

Санаторно-курортное лечение – местные санатории и профилактории, Анапа.

Диспансерное наблюдение до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с экссудативной и идиопатической энтеропатией.**

При идеопатических энтеропатиях причина не известна. Имеется наследственная предрасположенность и часта иммунная природа процесса.

Экссудативная энтеропатия – это синдром, характеризующийся потерей плазменного белка через кишечную стенку.

Причиной экссудативной энтеропатии может быть врожденный порок развития лимфатических сосудов кишки (1й тип – первичная интерстициальная лимфангиэктазия, болезнь Вальдмана) или генерализованная лимфопатия, в том числе грудного лимфатического протока с кишечной лифангиэктазией – 2й тип, однако значительно чаще встречается вторичная экссудативная энтеропатия, которая может возникать при болезни Уиппла, болезни Крона, пищевой аллергии, аутоиммунной энтеропати, дефиците маннозо - фосфат - изомеразы, ретроперитониальном фиброзе, опухолях тонкой кишки, мальротации, семейных полипозах, лимфогранулематозе, лучевой болезни, саркоме Капоши, синдроме Золингера-Эллисона, агаммаглобулинемии, заболевания сердечно- сосудистой системы, протекающих с повышением ЦВД, при дизентерии, сальмонеллезе и т.д.

При обширных поражениях кишечника диарея и стеаторея наблюдаются с первых месяцев жизни, прогрессирует гипотрофия, появляются периферические отеки, которые могут локализовываться на лице, конечностях, в промежности, пояснице, иногда бывает асцит. В крови снижен уровень белка, иммуноглобулинов основных классов. В копрограмме доминирует стеаторрея кишечного типа (жирные кислоты) при посеве кала, часто наблюдается рост условно- патогенной микрофлоры.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес. |
| Гастроэнтеролог | 1 раз в 3 месяца. |
| ЛОР врач, стоматолог | 2 раза в год. |
| ОАК, ОАМ, копрограмма | 1 раз в 3 месяца. |
| Биохимическое исследования крови | По показаниям |
| Иммунологическое исследование | По показаниям |

**Реабилитация**

Режим щадящий.

Диета с повышенным содержанием белка и резким ограничением жира. Показаны смеси на основе гидролизатов белка. При наличии выраженной стеатореи показаны назначения бедной жирами диеты, жир в форме полиненасыщенных жирных кислот (оливковое, соевое, подсолнечное масла).

Показано назначение препаратов, корригирующих микробиоценоз кишечника: эуфлорин-В, линкас, бифиформ.

Витаминотерапия.

Препараты кальция.

Ферменты курсами по 2-3 недели – панзинорм, фестал.

Санаторно-курортное лечение – местные санатории и профилактории, Ессентуки, Железноводск.

Вакцинация противопоказана.

Не снимаются с учёта до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с дисахаридазной недостаточностью.**

Дисахаридазная недостаточность – это самый частый вид синдрома мальабсорбции. Обычно она носит вторичный или транзиторный характер, врожденные формы встречаются значительно реже.

В связи с тем, что процессы гидролиза и всасывания дисахаридов энтероците высокоспецифичные, выделяют специфические варианты дисахаридазной недостаточности: лактазная, сахаразную, изомальтазную. Каждая проявляется непереносимостью своего специфического дисахарида.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес. |
| Гастроэнтеролог | 1 раз в 3 месяца. |
| ЛОР врач, стоматолог | 2 раза в год. |
| ОАК, ОАМ, копрограмма, проба с дексикозой | 1 раз в 3 месяца. |
| Сахарная кривая после нагрузки дисахаридами | По показаниям |
| Рентгенологическое исследование кишечника | По показаниям |

**Реабилитация**

Режим щадящий.

Диета – исключают продукты и блюда, являющиеся сильными механическими и химическими раздражителями кишечника: сырые овощи, фрукты, ягоды, а также курагу, чернослив, урюк, ржаной хлеб, грибы, мясные, рыбные, грибные бульоны, копчёности, соления. Все блюда готовят в варёном виде или на пару, протирают. Длительность диетического лечения определяется индивидуально. Для ''тренировки'' соответствующих ферментных систем назначают небольшие количества 10-15 мл кисломолочных продуктов на фоне удовлетворительного состояния ребёнка.

Ферментные препараты – фестал, дигестал, панзинорм.

Витаминотерапия.

Полибактерин, эуфлорин-L, эуфлорин-В.

Препараты кальция, железа.

Группа для занятий физкультурой – 1-ый год подготовительная, далее – основная.

Санаторно-курортное лечение – местные санатории и профилактории, Ессентуки, Железноводск.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Снятие с учёта через 3 года.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с хроническим пиелонефритом.**

Пиелонефрит – это неспецифический бактериально-воспалительный процесс в чашечно-лоханочной системе и тубулоинтерстициальной ткани почек, который клинически проявляется как инфекционное заболевание, особенно у детей раннего возраста, характеризующийся лейкоцитурией, бактериурией, нарушением функционального состояния почек. Несмотря на то, что пиелонефрит является частым заболеванием детей, он не всегда диагностируется своевременно, нередко плохо поддается лечению, часто имеет склонность к длительному течению.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения на первом году** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес. в течение 2 лет, затем - 1 раз в 6 мес. |
| нефролог | 1 раз в 6 мес. |
| уролог | по показаниям |
| Окулист | 1 раз в 6 мес. |
| ЛОР | 1 раз в 6 мес. |
| стоматолог | 1 раз в 6 мес. |
| ОАК | 1 раз в 6 мес. |
| ОАМ и по Нечипоренко | 1 раз в 2-3 мес. |
| Биохимическое исследование крови | 1 раз в год, по показаниям - чаще. |
| проба по Зимницкому | 1 раз в 6 мес. |
| УЗИ почек | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим - общий с ограничением физической нагрузки. Посещение школы, детского сада - разрешено. Важным режимным моментом является принудительное мочеиспускание (не реже 1 раза в 3 часа) на корточках, для предупреждения рефлюкса мочи в мочеточники. Важно следить за нормальным функционированием кишечника, регулярном свободном его опорожнении.

Диета - стол № 15 с включением арбузов, дыни, земляники. Во время курсов реабилитационной терапии - стол № 5.

Медикаментозная реабилитация: антибактериальные препараты применяются прерывистым курсом (по 10-20 дней в месяц в течение 3 мес.) или непрерывным применением уросептиков в дозе, составляющей ½ - 1/3 от терапевтической, однократно пред сном. Препараты, направленные на повышение общей реактивности, - неспецифические иммуномодуляторы (метилурацил, нуклеинат натрия, дибазол и др.), растительные адаптогены, поливитамины. Биопрепараты при дисбактериозе кишечника - по показаниям. Гепатопротекторы и мембраностабилизирующие средства - по показаниям.

Фитотерапия: сбор трав (Летифов Г.М., 1996): алтей - 1 ч., подорожник - 3 ч., спорыш - 2 ч., лист брусники - 2 ч., хвощ полевой (трава) - 2 ч., шалфей - 3 ч., корень солодки - 1 ч.

1 столовую ложку сбора залить 0,5 л воды и довести до кипения. Настоять 30-40 минут в термосе, отцедить. Принимают дети до 5 лет - ¼ стакана, дети от 5 до 10 лет - 1/3 стакана, старше 10 лет - по ½ стакана через час после еды 3 раза в день.

Схема проведения фитотерапии: после окончания курса лечения пиелонефрита на первом месяце 3 недели месяца – фитотерапия, 1 неделя – уросептики; на втором месяце – 2 недели - фитотерапия, 2 недели - уросептики; на третьем месяце – 3 недели - фитотерапия, 1 неделя - уросептики. Далее курсы фитотерапии – 1 раз в 6 месяцев.

Физиотерапия: СМТ - при гипотонии мочевыводящей системы. Теплолечение (грязевые, парафиновые аппликации на область мочевого пузыря) - 2 раза в год.

Лечебные ванны (хвойные) - 1-2 раза в год.

Минеральная вода - Славяновская, Смирновская, Нафтуся - 20-30 дней.

Массаж - 2 раза в год.

Санация очагов хронической инфекции - 1-2 раза в год.

Санаторно-курортное лечение.

Группа для занятий по физкультуре: после обострения на 1 год-освобождение, затем рекомендована специальная группа, далее - подготовительная.

Профориентация: не рекомендуется работа, связанная с переохлаждением и перегреванием, чрезмерные физические нагрузки, работа, связанная с длительным нахождением в стационарной позе и т.д.

Инвалидность назначают при стойко выраженном нарушении функции почек и высокой активности процесса от 6 месяцев до 2 лет, при хронической почечной недостаточности - до достижения 18 лет.

Вакцинация. Через 1 год клинико-лабораторной ремиссии.

С учета не снимают. Лечение прекращают через 6 лет полной клинико-лабораторной ремиссии.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с хроническим гломерулонефритом.**

Гломерулонефрит – это инфекционно- аллергическое заболевание, в развитии которого существенную роль играют заболевания микробного и вирусного характера, а так же аутоиммунные процессы в организме ребенка.

По форме различают острый, подострый, хронический и злокачественный гломерулонефрит. Активность клинического процесса определяется совокупностью клинических симптомов, данными биохимического и иммунологического исследований.

Лечение хронического гломерулонефрита – сложный и ответственный процесс, а рациональная реабилитация – залог улучшения качества жизни больного гломерулонефритом ребенка. Критериями эффективности восстановительного лечения гломерулонефрита являются:

* Ликвидация экстраренальных симптомов болезни.
* Нормализация анализа мочи или наличие транзиторной гематурии и протеинурии в течение 1-2 лет от наступления клинической ремиссии.
* Ликвидация обменных нарушений (диспротеинемии, дислипидимии).
* Нормализация анализов мочи.
* Нормализация функционального состояния почек.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1-й год - 1 раз в месяц. В период полной клинико-лабораторной ремиссии - 1 раз в 2-3 месяца, затем - 1 раз в 6 месяцев. При снижении почечных функций - ежемесячно. |
| нефролог | 1-й год - 1 раз в месяц. В период полной клинико-лабораторной ремиссии - 1 раз в 6 мес. |
| Окулист | 2 раза в год |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии - 1-2 раза в квартал, далее - 1 раз в 3-6 месяцев. |
| ОАМ | в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии 1-2 раза в месяц, далее 1 раз в 1-3 месяца; при всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления. |
| Суточная моча на белок | при нефротическом и смешанном варианте при активности - 1-2 раза в неделю, при ремиссии - 1 раз в месяц. При всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления. |
| Биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, холестерин, протенинграмма, ионограмма) | 1 раз в 6-12 месяцев. |
| проба по Зимницкому | 2 раза в год |
| Посев мочи на ВК | 1 раз в год |
| УЗИ почек | 1-2- раза в год |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии - щадящий.

Диета зависит от выраженности отеков, гипертензии и функционального состояния почек. При отеках и гипертензии назначают бессолевые варианты диет (№ 7). При сохраненной функции канальцев для улучшения вкусовых качеств пищи, возможно, использование лука, чеснока, при приготовлении блюда - обжарка и тушение. Пациентам, получающим гормональную терапию, рекомендуют включать в рацион продукты, содержащие много калия (курага, изюм, печеный картофель).

После выписки из нефрологического отделения - продолжение терапии, подобранной в стационаре (различные схемы с кортикостероидами, цитостатиками и т.д.).

Курсы реабилитационной терапии, согласованной с нефрологом, проводятся вначале - 4, далее - 2 раза в год длительностью 3-4 недели (витаминотерапия, общеукрепляющие средства, фитотерапия и др.).

При интеркуррентных заболеваниях рекомендовано: соблюдение постельного режима; симптоматическая терапия; антигистаминные препараты; мембраностабилизирующие препараты (эссенциале); витамины - групп А, В, Е; по показаниям назначают антибиотики; у пациентов со смешанной формой гломерулонефрита, получающих прерывистые курсы преднизолона. Гормональная терапия назначается ежедневно в той же или несколько увеличенной дозе 5-7 дней, возвращаясь затем к ранее применяемой схеме. Детям со смешанной формой не получавшим кортикостероиды 6-12 месяцев, возможно назначение преднизолона в дозе 0,5-1,0 мг/кг массы тела на 5-7 дней с последующей отменой; на период интеркуррентных заболеваний отменяются цитостатики.

Фитотерапия.

С интервалом в 1 месяц показаны 1-2 месячные курсы питья почечного сбора по Ковалевой.

Сборы трав по Ковалевой: сбор № 1 - зверобой продырявленный, полевой хвощ, толокнянка, крапива, тысячелистник; сбор № 2 - зверобой продырявленный, мать-и-мачеха, ячмень обыкновенный, клевер пашенный; сбор № 3 - зверобой продырявленный, крапива, брусничный лист, золототысячник зонтичный, шиповник.

При гематурической форме назначают настой пол-пола. При нефротической и смешанной форме с отеками применяют почечный чай.

Физиотерапия - в зависимости от активности процесса.

ЛФК.

Физкультурная группа – освобождение от занятий на 1 год после обострения, далее - специальная в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии, при стойкой ремиссии - подготовительная.

Освобождение от переводных экзаменов постоянное, при наличии частых обострений. Выпускные экзамены проводятся по щадящей методике.

Инвалидность назначают при стойко выраженном нарушении функции почек и высокой активности процесса от 6 месяцев до 2 лет, при хронической почечной недостаточности - до достижения 18 лет.

Санаторное лечение - в начале местный санаторий, далее через 6-12 месяцев после стихания воспалительного процесса - на курортах в Железноводске, Трускавце, Пятигорске, Ижевске.

Детей с хроническим гломерулонефритом с диспансерного учета не снимают.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с грануляционным циститом.**

Циститом называют острые или хронически текущие воспалительные процессы в слизистой оболочке мочевого пузыря. Иногда в патологический процесс вовлекается вся стенка мочевого пузыря. Циститы являются наиболее частыми урологическими заболеваниями, из-за которых больные обращаются к врачам скорой и неотложной медицинской помощи, к терапевтам, урологам, гинекологам, иногда к хирургам. Чаще заболевают девочки, что связано с анатомо-морфологическими и гормональными особенностями их организма.

О.Л. Тиктинский предложил такую классификацию циститов:

* По течению болезни различают острый и хронический цистит.
* По происхождению различают первичный и вторичный: при пиелонефрите, при заболеваниях мочевого пузыря, предстательной железы, уретры.
* По этиологии и патогенезу различают инфекционный, химический, лучевой, паразитарный, при сахарном диабете, у спинальных больных, аллергический, обменный, ятрогенный, цистит после аденомэктомии, нейрогенный.
* По локализации и распространенности воспалительного процесса: диффузный, шеечный, тригонит.
* По характеру морфологических изменений: катаральный, геморрагический, язвенный и фиброзно-язвенный, гангренозный, инкрустирующий, грануляционный, опухолевый, интерстициальный.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес., затем - 1 раз в 6 мес. |
| нефролог | 1 раз в 6 мес. |
| уролог | по показаниям |
| Окулист | По показаниям |
| ЛОР | 1 раз в 6 мес. |
| стоматолог | 1 раз в 6 мес. |
| ОАК | 1 раз в 3 мес. |
| ОАМ | 1 раз в 10-20-30 дней |
| Анализ мочи по Нечипоренко | 1 раз в 2-3 мес. |
| Бактериологическое исследование мочи на чувствительность к антибиотикам | 1-2 раза в год |
| Цистография, цистоскопия | По показаниям |
| УЗИ почек | 1 раз в год |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим, щадящий с исключением физических нагрузок. Избегать переохлаждений. Показано сухое тепло.

Диета – стол №5 (молочно-растительная диета), соблюдение питьевого режима.

Применение минеральных вод (Славяновская, Смирновская) 2-3 курса в год.

Правильное регулирование опорожнения мочевого пузыря (строго соблюдать ритм мочеиспусканий).

Проведение гигиенических процедур.

Адаптогены и поливитамины.

Препараты - пробиотики (линекс, эуфлорин-В, L,).

Фитотерапия: зверобой, ромашка, почки тополя, ягоды можжевельника, лист эвкалипта.

Физиотерапия: электрофорез на область мочевого пузыря (кальций, димексид).

Санация очагов хронической инфекции.

Физкультурная группа – подготовительная, затем основная.

Профилактические прививки – по заключению иммунолога.

Санаторно-курортное лечение в местных санаториях, в Железноводске.

Срок диспансерного наблюдения 3 года.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с геморрагическим васкулитом.**

Геморрагический васкулит – болезнь Шейнлейна - Геноха (анафилактоидная пурпура, капилляротоксикоз). Чаще болеют дети 2-8 лет, мальчики. Развитие связывают с ОРВИ, ангиной, гастроэнтероколитом, глистной инвазией, вакцинацией, стрессами.

Геморрагический васкулит относится к иммунокомплексным заболеваниям.

Типичными проявлениями являются кожный, суставной, абдоминальный и почечный синдромы. Кожный синдром – пятнисто- папулезная сыпь на голенях и ягодицах. Тип кровоточивости – васкуло-пурпурный Болезнь может проявляться несколькими синдромами в различных сочетаниях. Поражаются крупные суставы с признаками воспаления. Абдоминальный синдром проявляется выраженными болями в животе, рвотой, диареей. У части больных с геморрагическим васкулитом появляется отек Квинке. У многих детей выявляют микрогематурию. Иногда почечный синдром протекает по типу острого гломерулонефрита.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 2-3 мес. на первом году наблюдения, затем 1 раз в 6 мес. |
| Гематолог | 1 раз в 3 мес. |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 1 раз в 3-6 мес. |
| ОАМ | в период неполной ремиссии 1-2 раза в мес.,в период полной ремиссии – 1 раз в 1-3 мес. |
| Копрограмма | По показаниям |
| Биохимическое исследование крови | По показаниям |
| проба по Зимницкому | По показаниям |
| УЗИ внутренних органов | По показаниям |
| ЭКГ | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим с ограничением физических нагрузок. Диета с исключением облигатных аллергенов. Избегать инсоляции. Санация хронических очагов инфекции. Никотиновая кислота, компламин.

Курсы курантила, трентала. Нестероидные противовоспалительные препараты.

ЛФК.

Фитотерапия: шиповник, крапива, черная смородина, черноплодная рябина.

Местный санаторий. Пионерский лагерь санаторного типа.

Занятия физкультурой – освобождение от занятий физкультурой на 3 мес., далее – занятия в подготовительной группе на 2 году, на 3 году в основной.

Инвалидность оформляется при патологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью их течения более 2 месяцев, сроком от 6 месяцев до 2 лет.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Снятие с диспансерного учета через 3 года стойкой ремиссии.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с гемофилией.**

Гемофилия - наследственная болезнь, характеризующаяся резко замедленной свертываемостью крови и повышенной кровоточивостью из-за недостаточной коагуляционной активности VIII или IX плазменных факторов свертывания крови. Болеют мальчики. Чаще заболевание проявляется во втором полугодии первого года жизни.

Клиника характеризуется длительными кровотечениями после нарушения целостности кожных покровов или слизистых оболочек. Отмечается склонность к массивным очаговым кровоизлияниям (гематомам) в подкожную клетчатку, мышцы, суставы, внутренние органы после минимальных травм, ударов и даже спонтанным кровоизлияниям. Типичны для гемофилии удлинение времени свертывания крови, увеличение времени рекальцификации плазмы и АЧТВ, низкого уровня VIII и IX плазменных факторов свертывания крови.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес., по показаниям чаще |
| Гематолог | 1 раз в 1-3 мес. |
| ЛОР | 1 раз в год |
| стоматолог | 1 раз в 3 мес. |
| ортопед | По показаниям |
| ОАК | 1 раз в 3 мес. (с определением времени свертывания крови) |
| ОАМ | 1 раз в 3 мес. |
| Коагулограмма | 2 раза в год |
| Рентгенография суставов | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим с исключением физических нагрузок.

В воспитании ребенка его нужно ориентировать на выбор «интеллектуальных» профессий.

Полноценная витаминизированная диета.

В стадии обострения – переливание антигемофильных препаратов: Криопреципитат, антигемофильный глобулин, антигемофильная плазма. При гемартрозе – иммобилизация сустава на 1-2 сут. Компрессы с 30% р-ром димексида, медицинской желчью. Разработка движений в пораженном суставе. Электорфорез лидазы, трипсина, гидрокортизона. Грязелечение, радоновые ванны. Своевременная санация зубов.

Фитотерапия: отвары душицы, зайцегуба опьяняющего.

ЛФК. Освобождение от уроков физкультуры, сельскохозяйственных работ.

Инвалидность оформляется при тяжелых формах коагулопатии сроком до 18 лет.

Вакцинация по заключению иммунолога.

С диспансерного учета не снимаются.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с тромбоцитопенической пурпурой.**

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура – клинико-гематологический синдром, относится к геморрагическим диатезам. Заболевание связано с количественной и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена гемостаза. Заболевание может спровоцировать ОРВИ, профилактические прививки, пищевая и лекарственная аллергия, глистные инвазии, воздействие УФО, психические травмы.

Клиника складывается из кожного и геморрагического синдромов. Для кожного синдрома характерны кожные, подкожные и подслизистые кровоизлияния, расположенные несимметрично, различных размеров и окраски. Геморрагическая энантема проявляется кровоизлияниями в слизистые оболочки полости рта, носа, глаз. Часты кровотечения: маточные, носовые, из органов ЖКТ, гематурия. Увеличение печени, лимфатических узлов нехарактерно.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 2-3 месяца на 1-ом году наблюдения, затем 1 раз в 6 месяцев. |
| Гематолог | 1 раз в 3 месяца |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| ОАК | 1 раз в 3 мес. |
| ОАМ | 1 раз в 3 мес. |
| Гемокомплекс, ретракция кровяного сгустка | По показаниям |

**Реабилитация**

Режим с ограничением физических нагрузок.

Диета физиологическая (по возрасту).

Санация хронических очагов инфекции.

Аскорутин.

Фитотерапия – крапива, шиповник, экстракт водяного перца.

ЛФК.

Местный санаторий, пионерский лагерь санаторного типа.

Занятия физкультурой в подготовительной группе, затем в основной.

Вакцинация по заключению иммунолога.

Инвалидность при тяжелом непрерывно рецидивирующем течении с тяжелыми геморрагическими кризами сроком до 18 лет.

Снятие с ''Д'' учёта через 5 лет стойкой ремиссии.

**Схема диспансерного наблюдения и реабилитация детей с лейкозом.**

Лейкозы – общее название всех злокачественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток, на долю которых приходится более трети всех онкологических заболеваний у детей. Острый лейкоз диагностируется при наличии более 30% бластных клеток в мазке костного мозга. Среди лейкозов 75% составляют острые лимфобластные лейкозы. В клинической картине отмечается сочетание анемического и интоксикационного, лимфопролиферативного и геморрагического симптомокомплексов. Нередко манефестным признаком острого лейкоза является поражение костной системы, головного мозга или его оболочек, черепных нервов. Закономерным осложнением течения заболевания являются рецидивирующие инфекции. В периферической крови изменения по отношению к клинике запаздывают. Поэтому при подозрении на лейкоз необходимо проведение пункции костного мозга в условиях специализированного стационара, где в дальнейшем разрабатывается программа дальнейшего наблюдения, лечения, реабилитации ребенка с лейкозом.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 1-2 месяца, затем 1 раз в квартал |
| Гематолог | 1 раз в 3 месяца |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| невролог | По показаниям |
| ОАК и лейкограмма | 1 раз в 10 дней после выписки из стационара, затем 1 раз в месяц и далее 1 раз в 2-3 месяца |
| ОАМ, копрограмма | 2 раза в год |

**Реабилитация.**

Режим щадящий. Ребенок нуждается в строгом охранительном режиме, предполагающем ограждение его от контакта с больными инфекционными заболеваниями, переохлаждения, физических и психических перегрузок, смены климата. Ребенок уязвим, и нуждается в особенно бережном к себе отношении.

Диета, обогащённая витаминами и микроэлементами.

Поддерживающие курсы терапии каждые 1,5-2 месяца; чередование G-меркаптопурина и метотрексата с применением циклофосфата 1 раз в 7-10 дней.

Санация хронических очагов инфекции.

ЛФК в ремиссию.

Ребенок освобождается от посещения школы. Организуется домашнее обучение. Переводные и выпускные экзамены проводятся в максимально щадящем режиме, и с учетом состояния ребенка. Возможно перенесение экзаменов до стабилизации состояния ребенка.

Вакцинация противопоказана.

Инвалидность сроком на 5 лет.

Длительность диспансерного наблюдения до передачи во взрослую поликлинику.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с ожирением.**

Под ожирением понимают заболевание, основным признаком которого является превышение массы тела более чем на 10% от физиологической половозрастной нормы, избыточным отложением жира в подкожной клетчатке.

К развитию ожирения приводит несоответствие калоража пищи и энерготрат организма. Предрасполагающими факторами к развитию ожирения являются:

1) наследственная особенность рецепторов клеточных мембран, оказывающих влияние на скорость липолиза и липогенеза.

2) врожденная повышенная активность ферментов и липогенеза и сниженная активность ферментов липолиза.

3) нарушение функции вентролатеральных и вентромедиальных ядер гипоталамуса, регулирующих аппетит и насыщение.

4) заболевание эндокринных желез.

5) постоянное переедание, избыток углеводов рационе, гиподинамия.

Ожирение сопровождается гиперинсулинизмом. Инсулин способствует синтезу триглицеридов в жировой ткани. На фоне нарастания массы повышается секреция АКТГ, глюкокортикоидов, нарушается чувствительность ядер гипоталамуса к сигналам голода и сытости, изменяется функция других эндокринных желез. При прогрессировании ожирения развивается вторичный диэнцефальный синдром, усугубляющий этот процесс. У детей в период полового созревания отмечают развитие вторичного диэнцефального синдрома, который обозначают как пубертатно- юношеский диспитуитаризм (быстрое нарастание массы тела, розовые или белые стрии на коже бедер, груди, живота вследствие гиперкортицизма, явления фолликулеза, артериальная гипертензия, гипертрихоз, головные боли, слабость, сонливость, одышка, боли в сердце).

Различают 4 степени ожирения: I степень – избыток массы 10- 29%, II степень –

30- 49%, III степень – 50- 99%, IV – избыток более 100%.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес.,при стабилизации массы – 2 раза в год |
| эндокринолог | 1 раз в мес., затем 1 раз в 3 мес. |
| ЛОР | 1 раз в год |
| стоматолог | 1 раз в 3 мес. |
| Окулист | глазное дно, определение полей зрения |
| ортопед | По показаниям |
| ОАК | 1 раз в 3 мес. (с определением времени свертывания крови) |
| Биохимия крови | белки, их фракции, общие липиды, В-липиды, Л-холестерин |
| Тест толерантности к глюкозе | По показаниям |
| Гормоны крови (инсулин, СТГ, кортизол, дезоксикортикостерон) | По показаниям |
| ОАМ | 1 раз в 3 мес. |
| Глюкоза в моче | По показаниям |
| КС в суточной моче | По показаниям |
| Иммунограмма. | По показаниям |
| Краниография (боковая проекция с видом на турецкое седло) | По показаниям |
| Определение костного возраста (определение Rg-лучезапястного сустава) | По показаниям |
| УЗИ поджелудочной железы, печени, желчных путей, желчного пузыря | По показаниям |
| Rg-грудной клетки (прямая и боковая проекция на увеличение тимуса) У детей 3 лет | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Активный образ жизни (ходьба, лечебная физкультура, плавание).

Диета № 8: исключить сахаропродукты, варенье, пирожные, кондитерские изделия. Максимум – сахарозаманителей (сорбит, ксилит, фруктоза), 5-6 разовое питание малыми порциями, после еды – обязательная физическая нагрузка. Санация хронических заболеваний.

Медикаментозная реабилитация: антиоксиданты, мембраностабилизирующие препараты; аевит, в течение 1 мес., по 1-2 капли в обед 3 раза в день, 3 курса в год; В5 курс – 3 мес. по 1 таб. В день 1 раз, 2 курса в год; В6 – 6 недель натощак утром 1 ампулу №20; аминолон, глютамиловая кислота по 0,25 3 раза в день, 6 недель; Полиспонин (антисклеротическая) – таб. 0.1х3 раза после еды, курс 1 мес.; Липоевая кислота (липомид) – таб. 0,025х3 раза после еды, курс 1 мес.; Биохенол, ФИБС или стекловидное тело; Адаптогены: элеутерококк, заманиха по 1 капле на год жизни 1 мес. 1 раз в день.

Фитотерапия: овес 50 г заварить в 500 мл крутого кипятка, процедить, в день 200-300 мл; листья брусники 10 г на 1 стакан кипятка; три лавровых листа на 1 стакан кипятка по 1 ст.л. 3 раза; мумиё 1 г в 150 мл кипяченой остуженной воды: до 7 лет – 1 ч.л. через 2 часа после еды или за 1 час до еды 3 раза, 7 лет – 1 ст.л. 3 раза. Психотерапия, контрастное закаливание. Иглорефлексотерапия, лазерорефлексотерапия.

Гомеопатия. ЛФК. Профилактические прививки после заключения иммунолога.

Санаторно-курортное лечение: Кисловодск, Сочи.

Срок диспансерного наблюдения 3-5 лет.

**Схема диспансеризации и реабилитации детей с сахарным диабетом.**

Наиболее частая причина гипергликемических состояний – нарушение промежуточного обмена углеводов при сахарном диабете. Важнейшим симптомом является полиурия на фоне неукротимой жажды. Помимо жажды дети постоянно испытывают голод и при этом худеют. Типична триада: полидипсия, полифагия, полиурия.

Заболевание в 50% имеет наследственную связь. Провоцировать диабет могут перекармливание углеводами и жирами, психические травмы, сопутствующие заболевания, острое заболевание. Инфекции на фоне диабета течет тяжелее.

Основа сахарного диабета – инсулиновая недостаточность. Она может быть первичной (при органическом или функциональном поражении инсулярного аппарата поджелудочной железы) или вторичной (аутоиммунная или при повышенной активности инсулиназы, избыточном образовании АКТГ, СТГ, ГК гормонов коры надпочечников).

Глюкоза при диабете с трудом проникает через клеточную мембрану, малое количество глюкозы вступает во взаимодействие с ферментом гексокиназой, которая определяет дальнейшее превращение глюкозы в клетках всех органов и тканей. Отсюда высокий уровень глюкозы в крови и моче. Одновременно определяется повышенный распад гликогена печени до глюкозы и патологический синтез глюкозы из белков и жиров – неогликогения. Параллельно нарушению углеводного обмена страдает и жировой обмен с появлением большого количества кетоновых тел, что и обуславливает гипергликемическую кому.

Диагностика сахарного диабета основана на рутинном методе – определение сахарной кривой. Сахарная кривая у детей с сахарным диабетом поднимается значительно выше нормы, через 2 часа не возвращается к норме, а только достигает максимума, не возвращается к исходному уровню 4-5 часов.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 6 мес. |
| Диабетолог | 1 раз в 2 месяца |
| ЛОР | 2 раза в год |
| стоматолог | 2 раза в год |
| Окулист (глазное дно)Определение полей зрение. | 1 раз в 6 мес. |
| Невропатолог | 1 раз в 6 мес. |
| Нефролог | 1 раз в 6 мес. |
| ОАК | 2 раза в год |
| Биохимия крови | Белки, их фракции, общие липиды, В-липиды, Л-холестерин, креатинин |
| Тест толерантности к глюкозе | По показаниям |
| Глюкоза крови натощак | По показаниям |
| ОАМ | 1 раз в 3 мес. |
| Глюкоза в моче | По показаниям |
| УЗИ поджелудочной железы, печени, желчных путей, желчного пузыря | По показаниям |

**РЕАБИЛИТАЦИЯ.**

Режим: ежедневные систематические, достаточные физические нагрузки, в ряде случаев допустимы занятие спортом под контролем врача. Психическая адаптация больного к заболеванию с участием семьи, при затруднении адаптации нужна помощь психотерапевта. Обучение в “школе диабета”.

Диета физиологическая с достаточным количеством углеводов, обязательное включение овощей, фруктов, пищевых волокон. Содержание нерафинированных углеводов составляет 50-60%, жиров-20-30%, белков-10-20% суточного каллорожа. Рафинированные углеводы исключаются. Питание 5-6 разовое. При составлении меню завтрак, обед, ужин по каллоражу примерно одинаковы – по 25%, второй завтрак и полдник - по 10%, второй ужин-5%.Содержание белка в диете около 1-1,5 г на 1 кг массы тела. Из общего количества жиров 2/3 составляют полиненасыщенные – оливковое, кукурузное, хлопковое масло. В рацион включается – овсяная, гречневая, перловая каши, творог, кефир, капуста, свекла, др. овощи и фрукты.

Восстановительная терапия 1 раз в 2 мес., стационарное лечение 2 раза в год

Рекомендуется иметь тест - полоски (для диагностики гликемии, гликозурии, ацетонурии), глюкометры, при лечении инсулином - инсулиновые шприцы, пенфиллы, шприцы-ручки

Лечение сахарного диабета. Начальная доза инсулина короткого действия –0,5-0,6 ЕД/кг в сут.

Фитотерапия: в комплексном лечении используют сборы: Листья черники-20г, корень одуванчика-20г, 1ст. л. сбора на стакан кипятка. Полстакана настоя 3 раза в день до еды, хвощ полевой 50 г, горец птичий 100г- 1 ст. ложка сбора на стакан кипятка, принимать до двух стаканов в день.

Профилактические прививки после заключения иммунолога.

Санаторно-курортное лечение: Кисловодск, Сочи.

Срок диспансерного лечения до 25 лет.

**Санаторно-курортное лечение:**

**Основные бальнеологические курорты России, в которых организовано лечение детей.**

**Применение минеральных вод в реабилитации детей с хронической патологией различных органов и систем.**

Санаторное лечение, способствующее восстановлению здоровья детей после перенесенных заболеваний, повышению функциональных возможностей организма, приобретает все большую актуальность.

Детские санатории - это специализированные лечебно- профилактические учреждения, осуществляющие этапное лечение больных, ликвидацию последствий перенесенных ими заболеваний, подготовку и возвращение детей к обычному для сверстников образу жизни. Детские санатории – узкоспециализированные медико- педагогические учреждения, в которых лечебный процесс осуществляется в тесной взаимосвязи с воспитательными и оздоровительными.

Местные санатории осуществляют так называемый этапный метод лечения, долечивания детей, содействует полной их реабилитации при ряде заболеваний (ревматизм, туберкулез) – это обязательное звено в системе лечебно- профилактической помощи детям.

Отбор детей в санаторий проводится санаторно-курортной отборочной комиссией, организуемыми при детских поликлиниках, больницах, диспансерах, а так же при административных медицинских органах. В них входят представители административных медицинских органов, поликлиник и санатория. Путевки в санаторий распределяются административными медицинскими органами Министерства здравоохранения и социальной защиты по поликлиникам. Врач- педиатр, направивший ребенка, оформляет санаторно-курортную карту (форма № 076/у).

Перед направлением ребенка на санаторно-курортное лечение, особенно на бальнеологические курорты, врач обязан организовать больному санацию хронических очагов инфекции, кариозных зубов, противоглистную терапию, а так же клинико-лабораторное обследование.

При направлении ребенка на санаторно-курортное лечение оформляются следующие документы:

* путевка;
* санаторно-курортная карта;
* выписка из истории болезни ребенка с данными клинико-лабораторного обследования давностью не более 1 месяца;
* заключение врача- дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
* справка врача- эпидемиолога (или педиатра) об отсутствии контакта с инфекционными больными;
* характеристика из школы и дневник;
* по эпидемиологическим и медицинским показаниям – результаты исследования на дифтерийное и дизентерийное носительство, IgM краснухи;

К общим противопоказаниям для направления ребенка на курорт относятся:

* все болезни в остром периоде;
* соматические заболевания, требующие стационарного лечения;
* инфекционные болезни (до окончания срока изоляции);
* бактерионосительство в отношении дифтерии, дизентерии и других кишечных инфекций;
* все заразные паразитарные заболевания глаз и кожи;
* злокачественная анемия;
* злокачественные новообразования;
* кахексия, амилоидоз внутренних органов;
* судорожные припадки и их эквиваленты, патологическое развитие личности с выраженными расстройствами поведения и социальной адаптации, умственная отсталость;
* наличие сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

|  |  |
| --- | --- |
| **Основные типы курортов.** | **Название курортов.** |
| С углекислыми водами. | Дарасун, Кисловодск, Пятигорск, Шиванда, Шмаковка. |
| С сульфидными водами. | Горячий ключ, Ейск, Сочи, Талги, Тамиск, Усть-Кача |
| С радоновыми водами. | Белокуриха, Пятигорск, Увильды |
| С йодобромными хлоридными натриевыми водами. | Нальчик, Усть-Кача |
| С питьевыми водами. | Арзни, Горячий Ключ, Ессентуки, Железноводск, Кемери, Липецк, Нальчик, Пятигорск, Сестрорецк, Старая Русса, Усть-Кача, Феодосия, Чартак, Шиванда |
| Грязевые с хлоридно-натриевыми водами. | Анапа, Бердянск, Ейск, Кемери, Липецк, Моршин, Озеро Шира, Озеро Горькое, Озеро Карачи, Пятигорск, Сестрорецк, Старая Русса, Усолье, Феодосия |

ПИТЬЕВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ ВОД.

Из 130 разновидностей минеральных вод, имеющихся в продаже, лишь 25-30 могут быть признаны как лечебные. Остальные относятся к разряду лечебно-столовых минеральных и имеют, как правило, несколько меньшее лечебное воздействие.

Итак, различают лечебные, лечебно-столовые и столовые минеральные воды. К лечебным относятся воды с минерализацией от 8 до 12 г/л. В отдельных случаях допускаются воды с более высокой минерализацией, например, ''Баталинская'' – 21 г/л, а также с минерализацией менее 8 г/л, при наличии в воде увеличенных количеств мышьяка, бора и некоторых других веществ. Лечебные минеральные воды оказывают выраженное действие на организм и применяются только по назначению врача.

К лечебно-столовым относятся воды с минерализацией от 2 до 8 г/л. Исключение составляет вода ''Ессентуки №4'' с минерализацией до 10 г/л. Лечебно-столовые воды используются как лечебные по назначению врача и в качестве столового напитка, но не систематически.

Столовые воды с очень низкой минерализацией (менее 1-2 г/л) используются в качестве столового жаждоутоляющего и освежающего напитка.

При рекомендации той или иной минеральной воды врач, принимает во внимание общую минерализацию воды, ионный состав и соединения биологически активных компонентов.

Общая минерализация воды – это сумма растворённых в воде веществ, выраженная в граммах на литр. Различают воды слабой (до 2 г/л), мало (от 2 до 5 г/л), средней (от 3 до 15 г/л), высокой (от 15 до 35 г/л) минерализации.

аиболее распространенные минеральные воды России.

|  |  |
| --- | --- |
| Тип минеральной воды | Название |
| Слабоминерализиро-ванные, до 2 г/л | Берёзовская, Крымская, Ласточка 2 |
| Маломинерализиро-ванные, 2-5 г/л | Амурская, Анапская, Арзни, Горячий ключ, Дарасунская, Джермук, Калининградская, Карачинская, Кармадон, Кашинская, Лазаревская, Липецкая, Миргородская, Московская, Нарзан, Оренбургская, Ростовская, Славяновская, Смирновская. |
| Среднеминерализиро-ванные, 5-10 г/л | Боржоми, Ессентуки-4, Ижевская, Машук-19, Поляна Квасова, Сочинская. |
| Высокоминерализиро-ванные, свыше 10 г/л | Ессентуки-17, Ново-Ижевская, Угличская. |

По ионному составу: минеральные воды делят на гидрокарбонатные, хлоридные, сульфатные, натриевые, кальциевые, магниевые, комбинированные, например, гидрокарбонатные хлоридные и др.

Входящая в состав минеральных вод двуокись углерода стимулирует секреторную и двигательную функции желудочно-кишечного тракта. Применяют слабо- и среднеуглекислые воды.

Среди биологически активных компонентов в минеральных водах содержатся такие микроэлементы, как кобальт, медь, марганец, йод, бром, кремний.

Реакция воды (рН) также является одним из критериев при характеристике лечебных минеральных вод. Вода может быть сильнокислой (рН меньше 3,5), кислой (рН от 3,5 до 5,5), слабокислой (рН от 5,5 до 6,8), нейтральной (рН от 6,8 до 7,2), слабощелочной (рН от 7,2 до 8,5), щелочной (рН выше 8,5). Для лечения используют в основном слабокислые или слабощелочные минеральные воды.

Минеральные воды на один приём назначаются:

* из расчёта 3 мл на 1 кг массы тела ребёнка.

Например, ребёнку 12 лет, масса тела 43 кг – на один приём потребуется (43 кг х 3 мл) = 129 мл минеральной воды.

* возраст ребёнка (в годах) х 10 = количество воды в мл.

Например, ребёнку 12 лет на один приём потребуется 12 х 10 = 120 мл минеральной воды.

Механизм действия минеральных вод на организм человека начинается с первого контакта воды с полостью рта. В процессе питья минеральная вода раздражает нервные окончания, расположенные в слизистой оболочке верхних отделов желудочно-кишечного тракта и через центральную нервную систему оказывает рефлекторное действие на различные внутренние органы и физиологические функции организма. Первый рефлекс на принятую воду возникает уже в ротовой полости до поступления воды в желудок. Раздражая нервные окончания слизистой оболочки полости рта, минеральная вода увеличивает количество отделяемой слюны, рефлекторно изменяя двигательную и секреторную функции желудка и кишечника.

Большое значение в эффективности лечения минеральными водами имеет температура. Тёплая вода снижает повышенный тонус желудка и кишечника, снимает спазм и несколько угнетает секреторную деятельность желудка при повышенной кислотности. Холодная вода, наоборот, усиливает двигательную активность желудка и кишечника, а также стимулирует секреторную деятельность при пониженной кислотности. Чтобы продлить время раздражения слизистой оболочки, минеральную воду нежно пить медленно, отдельными небольшими глотками с перерывом (''смаковать''). При наличии повышенной секреторной деятельности желудка и повышенной кислотности для уменьшения раздражающего действия воду нужно пить быстро, большими глотками (''залпом''). Непосредственное раздражение окончаний чувствительных нервов слизистой оболочки желудка стимулирует желудочную секрецию, что называется пилорическим действием минеральной воды. Пилорическое действие возникает при приёме воды за 15-20 мин. до еды, т.к. при этом вода не успевает быстро перейти в 12-перстную кишку и не раздражает её слизистую оболочку. При поступлении в 12-перстную кишку многие минеральные воды (особенно гидрокарбонатные – ''универсальные'') вызывают обратный рефлекс. Раздражая нервные окончания слизистой оболочки 12-перстной кишки, они тормозят, угнетают желудочную секрецию, оказывая так называемое дуоденальное действие. Последнее возникает при приёме большинства вод за 1-1,5 час. до приёма пищи, т.к. при этом воды, не задерживаясь долго в желудке, быстро переходит в 12-перстную кишку, раздражая её слизистую оболочку.

Воздействуя на нервные окончания слизистой оболочки верхних отделов кишечника, минеральная вода влияет на его перистальтику. Холодная минеральная вода усиливает двигательную функцию кишечника и оказывает послабляющее действие, тёплая и горячая расслабляет мускулатуру кишечника, что может привести к задержке стула. Принятая внутрь вода, раздражая многочисленные нервные окончания слизистой оболочки желудка и кишечника, оказывает выраженное рефлекторное действие на функции печени, поджелудочной железы, почек и ряда др. органов и систем. Всосавшаяся минеральная вода (всасывание её происходит в верхних от делах кишечника) изменяет кислотно-щелочное равновесие крови и ионную среду всех тканей организма, влияет на деятельность желёз внутренней секреции, обменные процессы и другие функции организма.

Учитывая рефлекторное действие минеральной воды, можно при противопоказаниях для питьевого лечения применять ротовые ванночки.

МЕТОДИКА: больной набирает в рот минеральную воду и держит её 2 мин., после чего выплёвывает. Так 5 раз. Процедура длится 10 мин. и на неё расходуется 1-2 стакана минеральной воды, температура от 38° до 42°С. такие ванночки делают 3 раза 7 дней. Курс лечения 15-20 дней. Чаще используют углекислые гидрокарбонатные или гидрохлоридные воды.

Минеральная воды, раздражающая слизистую оболочку полости рта, оказывает не только местное действие, но и рефлекторно влияет на нижние отделы желудочно-кишечного тракта: тёплые ротовые ванночки расслабляют мышечный тонус желудка и кишечника, а холодные его повышают. Раздражение минеральной водой слизистой оболочки переднего отдела рта оказывает рефлекторное действие преимущественно на желудок. При раздражении заднего отдела полости рта и корня языка рефлекторное действие проявляется со стороны кишечника.

Полоскание проводят тёплой минеральной водой 2-3 раза в день. Курс лечения 20дж -25 дней. Применяют при лечении хронических фарингитов.

Таким образом, минеральная воды, применяемая внутрь, оказывает на организм человека сложное действие как через нервную систему, так и через кровь (нейрогуморальное влияние).

Внутреннее применение минеральных вод оказывает лечебное действие не только на органы пищеварения, но и на мочевыводящие органы. При заболеваниях мочевыводящей системы рекомендуется пить воды малой минерализации, которые обладают наиболее выраженным диуретическим эффектом. Особенно показаны воды с преимущественным содержанием ионов гидрокарбоната натрия, кальция (''Нарзан''). Питьевое лечение при пиелонефрите, мочекаменном диатезе, показано лишь при кислой реакции мочи. Приём минеральной воды увеличивает мочеотделение, способствует растворению слизи, песка, бактерий, уменьшая явления воспаления и интоксикации, а также ослабляет или снимает боли. Питьё гидрокарбонатно-натриевых вод (''Ессентуки-4 и Ессентуки-17) вызывает сдвиги реакции мочи в щелочную сторону и препятствует выпадению кристаллов мочевой и щавелевой кислот, образующих мочевой песок и камни.

Гидрокарбонатно-натриевые воды повышают щелочной резерв крови, что особенно важно при таких заболеваниях обмена веществ, как сахарный диабет, подагра, мочекислый диатез и пр.

Основными показаниями к внутреннему приёму минеральных вод у детей являются заболевания: органов пищеварения (хронический гастрит, язвенная болезнь, хронические заболевания кишечника, хронические заболевания печени и желчевыводящих путей, хронический панкреатит), мочевыводящей системы (хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь с небольшими камнями в лоханках или в мочевом пузыре, мочекаменный диатез – оксалурия, уратурия, фосфатурия); болезни обменного характера (сахарный диабет, подагра). Реже минеральные воды применяют при анемиях или хронических заболеваниях верхних дыхательных путей.

Основные противопоказания к питьевому лечению минеральными водами.

* Обострение заболеваний желудка, кишечника и других органов.
* Выраженное нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника.
* Выраженный атеросклероз и другие заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся отёками, нарушениями функции почек.
* Заболевания мочевыводящих путей, требующие хирургического лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| **Осмотр специалистами, методы обследования** | **Кратность наблюдения** |
| Педиатр | 1 раз в 3 мес. |
| Гастроэнтеролог | 1 раз в 3 месяца. |
| ЛОР врач, стоматолог | 2 раза в год. |
| ОАК, ОАМ, копрограмма | 1 раз в 3 месяца. |
| Анализ мокроты на флору и чувствительность на а/б | 1 раз в 3 месяца. |
| Биохимическое исследования крови | 1 раз в год. |
| УЗИ внутренних органов | 1 раз в год. |
| Иммунологическое исследование | 1 раз в год. |

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЛЯ АННОТАЦИИ

[+ Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_image&metod_id=5836)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2943)

Ссылка: [http://krasgmu.ru/umkd\_files/metod/1\_san-kur.\_lechenie\_detey\_s\_hron.\_patologiey,2013.doc](http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey%2C2013.doc)
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2944)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_prikaz_minzdrava_rossii_ot_07_07_2015_n_422an__ob_utverzhdenii_kriteriev_otsenki_kachestva_meditsinskoy_pomoschi.pdf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2945)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_fz_323_ob_ohrane_zdorovya_grazhdan_2011g.rtf>
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2946)

ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5836&control_type=10) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5836&control_type=10&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5836&control_type=10)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768750) Оценка качества ведения пациентов в поликлинике, стационаре, скорой помощи. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768750&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768750)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768750&answer_id=0)

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768751) Стандарты, протоколы и федеральные клинические рекомендации по ведению и наблюдению детей с различной патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768751&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768751)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768751&answer_id=0)

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768752) Принципы диспансерного наблюдения детей в детской поликлинике с острой и хронической патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768752&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768752)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768752&answer_id=0)

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768753) Санаторно-курортное лечение детей с хронической патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768753&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768753)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768753&answer_id=0)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5836&control_type=1) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5836&control_type=1&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5836&control_type=1)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768780) ПО ХАРАКТЕРУ ПРИРОДНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ФАКТОРОВ КУРОРТЫ БЫВАЮТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768780&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768780)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768780&answer_id=0)

- грязевые;

- бальнеологические;

- климатические;

- с особыми природными свойствами;

**- все вышеперечисленные;**

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768781) ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПРИМОРСКОГО КЛИМАТА ЯВЛЯЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768781&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768781)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768781&answer_id=0)

- разреженный воздух;

**- высокое содержание в воздухе морских солей и озона;**

- пониженное атмосферное давление;

- контрастная температура воздуха;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768782) ОСОБЕННОСТИ ГОРНОГО КЛИМАТА – ЭТО [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768782&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768782)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768782&answer_id=0)

- пониженное атмосферное давление;

- чистый ионизированный воздух;

- более низкие температуры;

- повышенная солнечная инсоляция;

**- все перечисленное;**

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768783) ХОЛОДНЫЕ МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768783&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768783)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768783&answer_id=0)

- хорошо снимают спазмы;

- оказывают послабляющее действие;

**- стимулируют моторную функцию желудка;**

- вызывают угнетение секреции соляной кислоты;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768784) МИНЕРАЛЬНЫЕ ВОДЫ ТИПА НАРЗАН ДОБЫВАЮТСЯ В [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768784&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768784)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768784&answer_id=0)

- Пятигорске;

**- Кисловодске;**

- Джермуке;

- Ессентуках;

- Сочи;

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768785) КЛИМАТ ПУСТЫНЬ И ПОЛУПУСТЫНЬ ОБЛЕГЧАЕТ РАБОТУ ПОЧЕК, ТАК КАК [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768785&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768785)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768785&answer_id=0)

- усиливается кожная перспирация потовых желёз;

- усиливается почечный и коронарный кровоток;

- стимулируется эритропоэз и синтез белка крови;

- происходят сложные изменения в обмене веществ;

**- происходит все вышеперечисленное;**

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768786) САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ КОМПЛЕКС ПО ПУТЕВКЕ «МАТЬ И ДИТЯ» ПРИНИМАЕТ ДЕТЕЙ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768786&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768786)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768786&answer_id=0)

**- от 2 до 7 лет;**

- от 3 до 7 лет;

- от 4 до 7 лет;

- до 10 лет;

- до 14 лет;

8. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768787) ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768787&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768787)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768787&answer_id=0)

- является абсолютным противопоказанием к санаторному лечению;

**- необходимо лечить в специализированном детском санатории;**

- можно лечить в любом санатории пульмонологического профиля;

- можно лечить в любом местном детском санатории;

9. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768789) ЕСЛИ У РЕБЕНКА ИМЕЕТСЯ УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ, ТО ЕГО [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768789&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768789)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768789&answer_id=0)

- можно направлять в любой санаторий только с мамой;

- нельзя направлять на санаторно-курортное лечение;

**- можно направлять только в специализированный санаторий для детей с ДЦП, хроническими заболеваниями нервной системы;**

- нет противопоказаний для санаторно-курортного лечения;

10. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768790) ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В САНАТОРИИ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768790&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768790)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768790&answer_id=0)

- Трускавец;

- Бузули;

- Железноводск;

- Сосновый бор, г. Минусинск;

**- во всех санаториях, где имеются слабоминерализованные минеральные воды;**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=5836&control_type=17) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=5836&control_type=17&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=5836&control_type=17)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=768791) Девочка 7 лет, из хороших материально бытовых условий, пере-несла корь, коклюш, ветряную оспу. Начиная с 5-летнего возраста, часто болела ангинами (2-4 раза в год), особенно часто в холодное время года. При обследовании общее недомогание, субфебрильная температура. Кожные покровы и слизистая бледные, миндалины увеличены, рубцово изменены, в лакунах гнойные пробки. Со стороны других внутренних органов изменений не найдено. Все биологические и иммунологические показатели в норме. Вопросы: 1. Ваш диагноз, тактика? 2. Ваши реабилитационные мероприятия? 3. План диспансерного наблюдения. 4. Относится ли данный ребенок группе ЧБД? 5. Укажите возможности санаторного оздоровления ребенка. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768791&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768791)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768791&answer_id=0)

- Хронический тонзиллит. Группа ЧДБ.;

- Проводить консервативное лечение 2-3 раза в год в течение 2 лет. Тубус кварц на миндалины по 7-8 сеансов, лазер, ингаляции, галока-мера, промывание миндалин раствором фурацилина 1:5000 7-8 раз, по-лоскание зева, соком коланхоэ (1 пипетку сока на 1 столовую ложку ки-пяченой воды), отваром листьев эвкалипта, настоем цветов ромашки, ко-рой граната дуба, раствором морской соли и др. Имудон - выпускается в таблетках содержащих смесь сухих бактерий - активирует фагоцитоз, увеличивает содержание лизоцима в слюне. Детям в возрасте от 1 года до 14 лет - доза составляет 6 таб. в сутки с интервалом приема 2-3 часа, при острых заболевания курс лечения - 10 дней, для профилактики обострений - препарат назначают в течение 20 дней. Курсы профилактики рекомендуется проводить 2-3 раза в год. Гомеопатический метод - использовать по рекомендации специалиста, учитывать индивидуальные особенности организма ребенка. Считается, что чем раньше начато применение гомеопатических средств, тем более эфф;

- Диспансерный учет у педиатра, ЛОР. Консультация кардиолога, ЭКГ. Консультация стоматолога.;

- Да.;

- В детских поликлиниках имеются путевки в санатории, расположенные на территории Красноярского края: - КГБУЗ «Детский ревматологический санаторий «Березка» для детей от 5 до 14 лет (без родителей) с кардиологическими, ревматологическими заболеваниями, с хроническими тонзиллитами.КЦСО «Тесь» (Минусинский р-он) для детей от 7 до 17 лет (без родителей) с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, опорно-двигательного аппарата, нервной системы.;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=768792) У мальчика 9 лет в школе внезапно развился приступ, сопровож-давшийся сухим мучительным кашлем, одышкой, шумным дыханием с преимущественным затруднением выдоха. В анамнезе — частые ОРЗ, гайморит, аденоидит, год назад в стационаре был выставлен диагноз – бронхиальная астма. Объективно: ребенок напуган, лицо одутловатое, склеры инъецированы, акроцианоз; перкуторно - над легкими звук с ко-робочным оттенком, дыхание легких ослаблено, масса сухих свистящих хрипов. Вопросы: 1. Ваш диагноз. 2. Тактика. 3. Неотложная помощь. 4. План диспансерного наблюдения. 5. Возможности санаторно-курортного оздоровления ребенка. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768792&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768792)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768792&answer_id=0)

- Бронхиальная астма, типичная, инфекционно-аллергическая форма, приступный период.;

- Вывести ребенка из класса, в медицинский кабинет, создать воз-вышенное положение на кушетке, обеспечить доступ свежего воздуха, ингаляции кислорода. Вызвать скорую помощь, сообщить администратору школы и родителям ребенка.;

- Медикаментозная терапия (начальный этап лечения). При отсутствии признаков передозировки (самолечение) - ингаляционное введение бета-2-адреномиметиков (сальбутамол, беротек: детям 7-14 лет – 2 вдоха).;

- 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 - постоян-но в спецгруппе, при тяжелой форме занятия в группе ЛФК. Инвалид-ность 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.;

- Министерство здравоохранения Красноярского края имеет возможность направлять на санаторно-курортное лечение в санатории, находящиеся в ведении Минздрава России: Для детей с заболеваниями органов дыхания с 4 лет.;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=768794) Ребенок 10 лет выписан из стационара с диагнозом: ревматизм 1, активная фаза, активность 2, миокардит, артралгии, острое течение НКо. Вопросы: 1. Ваша тактика? 2. Диспансерное наблюдение на участке. 3. Рекомендуемая диета для ребенка. 4. Рекомендации по санаторному лечению. 5. Принципы лечения в санатории. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768794&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768794)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768794&answer_id=0)

- Благодаря проведению широкого комплекса социальных и медицинских мероприятий в нашей стране ревматизм стал встречаться в последние годы несколько реже, в среднем частота встречаемости не превышает 2,2 случаев на 1000 детей. Ревматизм — это заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в сердечно-сосудистой системе и суставах. Развивается у детей и подростков в воз-расте 10-16 лет, имеющих отягощенную наследственность по ревматизму, после перенесенной вызванной β-гемолитическим стрептококком типа А. Лечение детей с ревматизмом должно быть ранним, комплексным, длительным, этапным (стационар; затем ревматологический санаторий; диспансерное наблюдение в поликлинике).;

- Диспансерное наблюдение предусматривает продолжение противорецидивной терапии, улучшение функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы, повышение иммунологической защиты ребенка и санации хронических очагов. Наблюдение за детьми проводится в течение 5 лет после атаки. Первый год после атаки - 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Следует следить за пульсом, АД, функциональными пробами сердечно- сосудистой системы. Анализ крови, мочи, пробы на активность процесса (АСЛ-О, АСК, СРБ, ДФА, серомукоид, белковые фракции) проводятся 2 раза в год и после каждого ОРВИ, ангины. В течение первого года после атаки детям про-водится ЛФК в поликлинике, затем один год школьникам определяют в подготовительную физкультурную группу, на третий год назначают основную физкультурную группу (без участия в спортивных соревнованиях). Режим общий на первые 2 года после заболевания. Сон не менее 10 часов. Бициллинопрофилактика (вторичная профилактика ревматизма) направлена на предупреждение рецидивов;

- Должно быть организовано четырехразовое питание. Разработаны нормы рационального лечебно — диагностического питания, с учетом характера заболевания, наличия сопутствующей патологии и индиви-дуальных особенностей организма, соблюдение которых способствует закреплению результатов проведенного лечения. Диету №10 назначают при заболевании сердечно – сосудистой системы для восстановления нарушенного кровообращения, нормализации водно – солевого и жирового обменов. Небольшое снижение калорийности пищи за счет жиров и отчасти углеводов, ограничение поваренной соли, уменьшение свободной жидкости, исключение азотистых экстрактивных веществ мяса и рыбы, продуктов, содержащих холестерин (печень, мозги). Увеличено содержание калия, магния, липотропных веществ, продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молочные продукты, овощи, фрукты). Пищу готовят с ограниченным содержанием соли. Мясо и рыбу отваривают, затем обжаривают или запекают. Горячие блюда и напитки подают при температуре 75С.;

- Санаторно-курортное лечение ребенку, перенесшему атаку ревматизма, можно назначать не ранее чем через год, причем лучше рекомендовать местные санатории.;

- КГБУЗ «Детский ревматологический санаторий «Березка» для детей от 5 до 14 лет (без родителей) с кардиологическими, ревматологическими заболеваниями, с хроническими тонзиллитами. Получить путевку в КГБУЗ «Детский ревматологический санаторий «Березка» можно в поликлинике по месту жительства. Санаторий «Березка» расположен в 25 километрах от города Зеленогорска Красноярского края. В санатории Березка широко применяются ванны — углекислые, скипидарные, бишофитные, йодобромные, кислородные, морские, хвойные, пантовые, с растительными экстрактами, вихревые, четырехкамерные. Души — циркулярный, восходящий, Шарко, подводный душ — массаж. В санатории используются и методы физиотерапии — такие как диадинамометрия, диатерапия, ультразвук, магнитотерапия, электрофорез, амплипульсотерапия, дарсонвализация, ультратонотерапия, инфита-терапия, УВЧ-терапия, индуктотерапия, КВЧ-терапия, ПУВа-терапия, лазерная терапия, солярий, оксигенотерапия, криосауна. Сапропели озера Плаxино.;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=768796) Мальчику 8 лет. Заболел год тому назад, когда впервые появились: общая слабость, бледность, головные боли, головокружения, боли в животе, костях. В настоящее время состояние ухудшилось, наросли слабость, тошнота, боли в костях. В анализе крови выявлен лейкоцитоз. Был госпитализирован в стационар. При поступлении состояние средней тяжести. Бледный, пониженного питания, вялый. Афтозный стоматит. Периферические лимфоузлы величиной с фасоль, множественные, плотные, безболезненные. Приглушенность тонов сердца, систолический шум функционального характера. Живот увеличен в размерах за счет увеличения селезенки, нижний полюс, которой пальпируется в малом тазу и печени. В анализе крови: эр. 2,3х1012 /л, Hb 66 г/л, тромбоц. 123х109 /л, промиелоциты 3%, миелоциты 24%, метамиелоциты 13%, п/я 11%, с/я 28%, лимфоц. 2%, моноц. 5%, СОЭ 53 мм/час. Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Тактика. 3. План диспансерного наблюдения. 4. Условия для направления на санаторное лечение. 5. Лечебные принципы оздоровления в условиях санатория. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768796&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768796)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768796&answer_id=0)

- Лейкоз. Афтозный стоматит. Лейкозы общее название злока-чественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток. Острый лейкоз диагностируется при наличии более 30% бластных клеток в мазке костного мозга.;

- Госпитализация в онкогематологическое отделение для лече-ния и обследования.;

- 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.;

- Возраст более 4 лет, длительная ремиссия, сопровождение родителей.;

- 5. ФГУ «Русское поле». Московская область, Чеховский район, дер. Грищенки, russkoe-pole@yandex.ru. Климат лесной зоны. Местные питьевые минеральные воды: маломинерализованная. Химический состав вод: сульфитная магниево-кальциевая. Аппаратная физиотерапия, ванны жемчужные, ароматические, вихревые, минеральные йодобромные, суховоздушные углекислые, душ Шарко, циркулярный душ, подводный душ-массаж, грязевые аппликации. Ингаляции: различные. Натуротерапия: гирудотерапия, фитотерапия. Системы психологического оздоровления: музыкотерапия, ароматерапия, цветотерапия. Другие виды лечения: баротерапия, диетотерапия, климатолечение, ЛФК, массаж, медикаментозная терапия, мониторная очистка кишечника, релаксационные капсулы, рефлексотерапия, спелеотерапия, терренкур.;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=768798) На приеме в поликлинике у невропатолога мама с ребенком 17 лет. Мальчик наблюдается с рождения по настоящее время у невропатолога с диагнозом: последствия ППЦНС, гипертензионно-гидроцефальный синдром, конгнитивные нарушения. С 4-х лет состоит на учете у психиатра с диагнозом: умственная отсталость легкой степени, логоневроз. Вопросы: 1. Показано ли ребенку санаторно-курортное лечение? 2. Условия для направления в санаторий. 3. Санатории по профилю заболевания. 4. Лечебные факторы, используемые в данных санаториях. 5. Какие документы необходимо предоставить маме врачу для оформления заявки на санаторное лечение для ребенка. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=768798&metod_id=5836) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=5836&question_id=768798)

[+ Вопрос/Ответ](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_answer&question_id=768798&answer_id=0)

- Да, показано;

- Санатории психоневрологического профиля с 2-х до 18-ти лет в сопровождении родителя, 21 день, 1 раз в год.;

- Согласно перечня санаториев на сайте Минздрава РФ на текущий год.;

- Климатотерапия, минеральные воды, ванны, массаж, грязи и др.;

- ¬ Справку о необходимости санаторно-курортного лечения (ф.070/у-04); ¬ Копию свидетельства о рождении и паспорта ребенка, копию паспорта родителя; ¬ Копию полиса ОМС ребенка и родителя; ¬ Копия страхового свидетельства Государственного пенсионного страхования (СНИЛС) ребенка и родителя; ¬ Заявление о согласии на обработку персональных данных, заполненное родителем. ¬ Заявление с указанием санатория и желательной даты заезда (образец заявления берется у участкового врача-педиатра); «Пакет» документов родители могут самостоятельно отправить по почте или оставить почтовом ящике на первом этаже по адресу: г. Красноярск, ул. Красной Армии, д. 3.;

Примерная тематика НИРС по теме

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_nirs&metod_id=5836) | [+ Ввести новый](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_tl_metod&umkd_id=2713&tl_type=8&tl_id=0&semester=6&metod_id=5836)

1. Основы законодательства РФ по охране материнства и детства. Правовые аспекты работы врача педиатра амбулаторного звена [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173003&metod_id=5836)

2. Мониторинг медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска развития заболеваний детей и подростков. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173004&metod_id=5836)

3. Часто и длительно болеющие дети, реабилитация [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173005&metod_id=5836)

4. Роль семьи в формировании здоровья детей и подростков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173149&metod_id=5836)

ЛИТЕРАТУРА

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_lit&metod_id=5836)

**Основная литература**

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=51199)

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=51199)

**Дополнительная литература**

616-053.2
Д38
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=31422)

616-053.2
Д38
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=31422)

616-053.2
П50
[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=39562) : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 895 с. : ил. - ISBN 9785970426487 : 1080.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=39562)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=50805)

616-053.2
Г15
Галактионова, М. Ю.
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=50805)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=51216)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=5836&res_id=51216)

**Электронные ресурсы**

ПРИЛОЖЕНИЕ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_addition&metod_id=5836)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_fz_323_ob_ohrane_zdorovya_grazhdan_2011g.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_prikaz_minzdrava_rossii_ot_07_07_2015_n_422an__ob_utverzhdenii_kriteriev_otsenki_kachestva_meditsinskoy_pomoschi.pdf>

[http://krasgmu.ru/umkd\_files/metod/1\_san-kur.\_lechenie\_detey\_s\_hron.\_patologiey,2013.doc](http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey%2C2013.doc)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>