

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Т. А. Нагаева, А. А. Ильиных,
Т. К. Трунова, Д. А. Пономарева**

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ.
ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ
ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ
БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

учебное пособие

**Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2015**

УДК 616-053.2(075.8)

ББК Р73я73

П 501

П 501 Поликлиническая педиатрия. Общие и частные вопросы диспансеризации больных детей и подростков: учебное пособие / Т. А. Нагаева, А. А. Ильиных, Т. К. Трунова, Д. А. Пономарева – Томск: Сибирский государственный медицинский университет, 2015. – 140 с.

Учебное пособие написано в рамках дисциплины «Поликлиническая педиатрия» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по основным образовательным программам – программам специалитета по специальности «Педиатрия».

Целью настоящего издания является повышение уровня компетенций студентов-выпускников педиатрического факультета по вопросам осуществления диспансерного наблюдения детей и подростков с различными нарушениями состояния здоровья. В систематизированной форме изложены общие и частные принципы диспансеризации больных детей. Уделено внимание проблеме детской инвалидности, особенностям работы участковых педиатров с данной категорией детского населения.

Данное пособие может представлять интерес для слушателей системы послевузовского образования и широкого круга врачей, работающих в условиях первичного звена педиатрической службы.

УДК 616-053.2(075.8)

ББК Р73я73

Рецензент:

М.В. Колосова – д-р мед. наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии с курсом пропедевтики детских болезней ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным методическим советом ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России (протокол №2 от 19.02.2015 г.)

© Сибирский государственный медицинский университет, 2015
© Т. А. Нагаева, А. А. Ильиных, Т. К. Трунова, Д. А. Пономарева, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1. Общие вопросы диспансеризации детей и подростков.....	8
1.1. Организация диспансерного наблюдения за больными детьми и подростками.....	8
1.2. Принципы диспансеризации детей и подростков с хронической патологией в условиях первичного звена здравоохранения	11
1.3. Реабилитация детей с хронической патологией.....	19
1.4. Детская инвалидность. Вопросы реабилитации детей-инвалидов	25
Глава 2. Частные вопросы диспансеризации больных детей и подростков	34
2.1. Алгоритмы диспансеризации с бронхолегочной патологией.....	34
2.2. Алгоритмы диспансеризации детей с патологией желудочно-кишечного тракта и печени	45
2.3. Алгоритмы диспансеризации детей с сердечно-сосудистой патологией и системными заболеваниями соединительной ткани	65
2.4. Алгоритмы диспансеризации детей с патологией мочевыводящей системы.....	79
2.5. Алгоритмы диспансеризации детей с болезнями крови	92
2.6. Алгоритмы диспансеризации детей с аллергической патологией	100
Основные правовые документы.....	110
Тестовые задания.....	113
Ситуационные задачи.....	125
Эталоны ответов на тестовые задания	136
Эталоны ответов на ситуационные задачи.....	137
Рекомендуемая литература.....	138

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АСИТ	– аллергенспецифическая иммунотерапия
БА	– бронхиальная астма
БМСЭ	– бюро медико-социальной экспертизы
ВПС	– врожденный порок сердца
ВСД	– вегетососудистая дистония
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ДЖВП	– дискинезия желчевыводящих путей
ДОУ	– дошкольное образовательное учреждение
ДПК	– двенадцатиперстная кишка
ИГКС	– ингаляционные глюкокортикостероиды
ИПР	– индивидуальная программа реабилитации
ИТП	– идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
КС	– кортикостероиды
ЛЖСС	– латентная железосвязывающая способность сыворотки
ЛПУ	– лечебно-профилактическое учреждение
ЛФК	– лечебная физкультура
МСЭ	– медико-социальная экспертиза
НК	– нарушение кровообращения
НПВС	– нестероидные противовоспалительные средства
НПР	– нервно-психическое развитие
ОАК	– общий анализ крови
ОАМ	– общий анализ мочи
ОВЛ	– отделение восстановительного лечения
ОЖСС	– общая железосвязывающая способность сыворотки
ОРВИ	– острая респираторная вирусная инфекция
ПМК	– пролапс митрального клапана
СРБ	– С-реактивный белок
РЭГ	– реоэнцефалография
УФО	– ультрафиолетовое облучение
ЧБД	– часто болеющие дети
ФВД	– функция внешнего дыхания
ФКГ	– фонокардиография
ф. №030/у	– учетная форма №030/у
ф. №112/у	– учетная форма №112/у
ФР	– физическое развитие
ЦП	– цветной показатель
ЭКГ	– электрокардиография
ЭхоКГ	– эхокардиография
ЭГДС	– эзофагогастродуоденоскопия
ЭЭГ	– электроэнцефалография
<i>H. pylori</i>	– <i>Helicobacter pylori</i>

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается возрастание значимости первичных служб здравоохранения на глобальном уровне. В рамках новой программной деятельности ВОЗ проблемы первичной медико-санитарной помощи, повышение ее доступности и качества вновь приобрели высокий приоритет. Один из четырех национальных приоритетных проектов в нашей стране ориентирован на реформирование отечественного здравоохранения, и его главное направление связано с модернизацией амбулаторно-поликлинической службы, что полностью совпадает с мировыми тенденциями развития здравоохранения на современном этапе.

Врач-педиатр первичного звена находится в центре внимания приоритетного национального проекта «Здоровье». Усиление первичной медицинской помощи детскому населению, дальнейшее развитие профилактики и диспансеризации детей и подростков, повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи – важнейшие задачи государственного уровня, решение которых позволит улучшить её качество, преодолеть негативные тенденции в состоянии здоровья пациентов.

Следует отметить, что в некоторых странах успешно реализуются ряд международных проектов, направленных на развитие первичных служб здравоохранения. Один из них – международный проект GLOB, предполагающий изучение механизмов взаимообусловленной связи между качеством медицинской помощи, предоставляемой населению службами первичного звена здравоохранения, и уровнем подготовки врачебных кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Высокий профессионализм врачей не может не отражаться позитивным образом на качестве оказываемой населению медицинской помощи, и в этом заключается главная целевая установка этого международного проекта.

Согласно современному Федеральному государственному образовательному стандарту высшего профессионального образования студентов по специальности «Педиатрия», выпускник должен уметь решать целый ряд профессиональных задач, среди которых важное место занимают компетенции по способности осуществления диспансерного наблюдения за детьми и подростками, реабилитационной деятельности. В учебниках по детским болезням вопросам диспансеризации уделяется, как правило, недостаточно внимания: нет четких критериев составления плана диспансеризации в соответствии с той или иной нозологией, легко запоминающегося алгоритма проведения диспансерного наблюдения; недооценивается роль таких понятий диспансеризации, как «трудовой режим», «двигательный режим», «профессиональная ориентация»; мало внимания уделяется аспектам оздоровления, реабилитации пациентов, страдающих разной патологией. Это негативно отражается на готовности выпускников педиатрических факультетов к работе в условиях первичного звена здравоохранения, эффективности педиатрической службы в целом.

С целью повышения качества подготовки врачей первичного звена здравоохранения проводится большая работа: составляются и оптимизируются новые учебные программы, применяются и совершенствуются учебные технологии.

Цель данного учебного пособия заключается в повышении уровня знаний и профессиональных компетенций студентов, обучающихся на педиатрическом факультете, по вопросам диспансеризации больных детей и подростков. Структура пособия включает 2 основных раздела. В первом разделе освещены общие положения организации диспансерного наблюдения детей и подростков, страдающих разной патологией, в условиях детской поликлиники. Изложены принципы диспансеризации пациентов, этапность диспансеризации, мероприятия по организации проблемно-целевого обучения детей и членов семьи. Особое внимание уделено проблеме детской инвалидности. В пособии представлены факторы риска, способствующие инвалидизации детей, структура

инвалидности по нозологическим формам, основные законодательные документы по вопросу инвалидности, мероприятия по установлению статуса ребенка инвалида и его реабилитации. Второй раздел учебного пособия включает алгоритмы диспансеризации больных детей и подростков в зависимости от вида нозологии. Последовательно изложены ключевые пункты диспансерного наблюдения, включающие сроки осмотра участкового педиатра, узких специалистов, уровень лабораторно-инструментального обследования, оздоровительные мероприятия, противорецидивное лечение, особенности трудового и двигательного, прививочного режимов, критерии снятия с диспансерного учета.

Для облегчения усвоения материала учебное пособие оформлено таблицами, тестами, задачами контроля знаний. Структура пособия отражает программу подготовки студентов педиатрических факультетов высших медицинских учебных заведений по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Авторами, имеющими большой опыт работы в амбулаторной педиатрической службе, использованы современные данные, касающиеся рекомендованных в плане диспансеризации методов обследования, фармакотерапии, подходов к вакцинации детей с отклонениями в состоянии здоровья.

Думаю, что данное учебное пособие станет хорошим помощником в обучении студентов – выпускников педиатрического факультета, а также будет полезно в работе врачей-ординаторов, интернов, участковых врачей-педиатров, всех тех, кто решил связать свою профессиональную деятельность с первичным звеном педиатрической службы.

Зав. кафедрой поликлинической педиатрии
с курсом пропедевтики детских болезней,
д-р мед. наук, профессор Т. А. Нагаева

Глава 1

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Согласно данным Научного центра здоровья детей РАМН, в России продолжают сохраняться негативные тенденции в динамике некоторых показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения: снижается количество здоровых детей во всех возрастно-половых группах, растет заболеваемость детей и подростков по обращаемости, распространенность хронической патологии. В дошкольном возрасте хроническими заболеваниями страдают более трети детей, в младшем школьном возрасте их число приближается к половине, а в подростковом – превышает две трети.

Ухудшение здоровья детей и подростков приводит к таким негативным социальным последствиям, как неготовность к школьному обучению, ограничения в профессиональной пригодности и к службе в армии, нарушения в формировании и реализации репродуктивного потенциала.

Наряду с экологическими, социально-экономическими факторами существенная роль в обеспечении здоровья детей и подростков отводится уровню и эффективности медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения, наиболее приближенного к ребёнку и сопровождающего его с первых суток жизни до совершеннолетия.

1.1. Организация диспансерного наблюдения за больными детьми и подростками

В основу диспансеризации больных детей положен единый ме-

тод. Сущность его состоит в том, что длительность диспансерного наблюдения зависит от заболевания, а кратность наблюдения – от стадии патологического процесса.

Диспансерный метод ведения больных детей позволяет не только осуществлять постоянный контроль функций поражённых органов и систем, но и путём проведения противорецидивного лечения – уменьшить число обострений и предупредить дальнейшее прогрессирование болезни.

Конечной *целью диспансеризации* больных детей является медико-социальная реабилитация больного, т. е. возвращение ребёнка к привычному, адекватному для его возраста здоровому образу жизни. По сути дела, в основе диспансеризации детей с хронической патологией лежит принцип вторичной медицинской профилактики.

Вторичная медицинская профилактика – комплекс медицинских, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений, хронизации уже возникших заболеваний.

Вторичная профилактика включает:

1) целевое санитарно-гигиеническое воспитание и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей по вопросам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

2) проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья, течения заболеваний для определения объёма соответствующих оздоровительных и лечебных мероприятий;

3) назначение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления, в том числе лечебного питания, лечебной физкультуры, медицинского массажа и иных лечебно-профилактических методик оздоровления, санитарно-курортного лечения;

4) использование методов медико-психологической адаптации к изменениям в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям организма;

5) реабилитацию (восстановление здоровья) – комплекс психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных функций с целью возможно более полного

восстановления социального и профессионального статуса (синоним— третичная профилактика).

Этапы диспансеризации больных детей:

I. Активное выявление детей с заболеваниями, а также состояниями, требующими оздоровительных мероприятий.

II. Организация оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией и постоянный контроль функциональной способности поражённого органа.

III. Вопросы реабилитации, профессиональной ориентации больных детей.

IV. Снятие с диспансерного учёта при выздоровлении или передача в ЛПУ общелечебной сети; оформление инвалидности.

Диспансерное наблюдение осуществляется в отношении:

1) несовершеннолетних, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе включенными в перечень социально значимых заболеваний (постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 г №715), а также имеющих основные факторы риска развития таких заболеваний, как отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, курение табака, избыточная масса тела или гипотрофия, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, высокий уровень стресса;

2) несовершеннолетних, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями;

3) несовершеннолетних, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (в том числе травм и отравлений).

Основные группы диспансерных больных:

1. Заболевания и патологические состояния детей раннего возраста.
2. Бронхолёгочная патология.
3. Патология сердечно-сосудистой системы.
4. Болезни органов кроветворения.
5. Заболевания системы пищеварения.
6. Болезни почек и мочевыводящих путей.

7. Болезни эндокринной системы.
8. Нервно-психические заболевания.
9. Болезни опорно-двигательного аппарата.
10. Болезни и поражения глаз.
11. Болезни уха, горла и носа.
12. Инфекционные заболевания.
13. Часто болеющие дети (ЧБД).

1.2. Принципы диспансеризации детей и подростков с хронической патологией в условиях первичного звена здравоохранения

Диспансерное наблюдение осуществляют следующие медицинские работники и медицинские организации:

- 1) врач-педиатр (врач-педиатр участковый, врач общей практики (семейный врач);
- 2) врач-специалист (по профилю заболевания);
- 3) врач центра здоровья для детей;
- 4) фельдшер фельдшерско-акушерского пункта в случае возложения на него руководителем медицинской организации отдельных функций лечащего врача.

Медицинский работник ведет учет детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением, информирует несовершеннолетнего и его законного представителя о порядке и периодичности диспансерного наблюдения, организует и осуществляет диспансерный прием (осмотр, консультация, наблюдение, профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия); в случае необходимости организует проведение диспансерного приема на дому. Ответственным за диспансеризацию детей, страдающих хроническими заболеваниями в детской поликлинике, является участковый врач-педиатр.

Основная медицинская документация – карта диспансерного наблюдения Форма №030/у (ф. №030/у) хранится в детских поликлиниках (картотека ф. №030/у). В данной учетной форме врачами-педиатрами и специалистами отмечаются даты посещения и следующей явки ребёнка на приём.

Дубликаты ф. №030/у находятся в детских дошкольных учрежде-

ниях (ДОУ) и школах, которые обслуживаются медицинскими работниками данной поликлиники.

Оптимизацией улучшения качества мониторинга больных детей является введение *компьютерных программ диспансеризации*, которые позволяют более оперативно проводить своевременное клиническое, лабораторно-инструментальное обследования и проведение мероприятий по вторичной профилактике.

Связь участковой педиатрической службы с медицинскими работниками **детских образовательных учреждений** по вопросам диспансеризации детей должна осуществляться через отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях.

Врач детского образовательного учреждения должен ознакомить родителей с результатами профилактического осмотра. При выявлении у ребенка функциональных нарушений или хронических заболеваний – направить на приём к участковому педиатру для дальнейшего обследования с привлечением врачей-специалистов детской поликлиники, диагностического центра или на обследование в условиях стационара по профилю заболевания. Однако с учётом низкой медицинской активности населения целесообразна отработка результативных форм преемственности.

Задачи заведующего отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях в вопросах диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией

1. Осуществление преемственности в работе участковой педиатрической службы детской поликлиники и детских образовательных учреждений по вопросам диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией.

2. Ежегодная передача ведомостей (списков) детей с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья и хроническими заболеваниями на основании данных углубленных профилактических осмотров и передачи их через заведующих педиатрическими участками на диспансерный учёт участковой педиатрической службе.

3. Контроль проведения оздоровительных мероприятий этому

контингенту детей педиатрами детских образовательных учреждений (контроль питания, витаминизация, физическое воспитание, в том числе закаливание, трудовое обучение, учебных нагрузок).

4. Организация медико-психологической и юридической помощи.
5. Профориентация детям и подросткам.
6. Организация летнего отдыха детей и подростков.

Обязанности педиатра

детского образовательного учреждения по вопросам диспансерного наблюдения за детьми с хронической патологией

1. Составление ведомостей (списков) детей и подростков с впервые выявленными отклонениями в состоянии здоровья (группа здоровья II) по результатам углубленного профилактического осмотра.

2. Составление ведомостей (списков) детей и подростков с впервые выявленными хроническими заболеваниями и требующими дообследования в условиях III специализированного этапа (врачи-специалисты детских поликлиник, диагностических центров, центров восстановительного лечения и стационаров).

3. Передача ведомостей (списочного состава) детей (фамилия, имя ребёнка, возраст, школа, класс, домашний адрес) через отделение организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях при детских поликлиниках.

4. Составление плана оздоровительных мероприятий детям с хронической патологией (диета, режим, витаминизация, физическое воспитание, санитарно-гигиенические нормы трудового обучения, рекомендации на летний отдых, профессиональная ориентация подросткам).

5. Рекомендации преподавателю в «листочке здоровья» и защита интересов больного ребёнка. Медицинское сопровождение подростка, больного хронической патологией подростка в детских образовательных учреждениях.

6. Совместная работа с педагогами и психологами в динамике адаптации к детским образовательным учреждениям (детские дошкольные учреждения, первые классы школы и в классах при переходе к предметному обучению).

7. Формирование навыков здорового образа жизни с целью улуч-

шения качества жизни у детей и подростков с хронической патологией.

8. Профилактика рискованных форм поведения у подростков с хронической патологией (совместно с педагогами и психологами).

*Организация диспансерного наблюдения
за больными детьми*

Больные дети и подростки берутся на диспансерный учет участковой педиатрической службой и вносятся списочным составом в «Паспорт педиатрического участка» (приложение №2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 06.02.2007 №102; инструкция по заполнению ф. №030/у; ПЕД «Паспорт врачебного участка (педиатрического)»).

Диспансерный прием (осмотр, консультация) медицинского работника включает:

- 1) оценку состояния ребенка, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания;
- 4) проведение краткого профилактического консультирования;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе **высокотехнологичную медицинскую помощь**, на санаторно-курортное лечение, в центр здоровья для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- б) разъяснение ребенку с высоким риском развития угрожающего для жизни заболевания или его осложнения, а также его законным представителям правил действий при их развитии, необходимость своевременного вызова скорой медицинской помощи.

В детской поликлинике и детских учреждениях остаются популярными единые **рейтеры** (цветные полоски), которые наклеиваются на титульный лист Формы №112/у (ф. №112/у):

- болезни системы кровообращения – красный цвет
- бронхолёгочные заболевания – синий цвет

- хронические заболевания уха, горла, носа – зелёный цвет
- болезни печени, желчного пузыря – коричневый цвет
- болезни нервной системы – голубой цвет
- заболевания почек – жёлтый цвет
- заболевания органов зрения – фиолетовый цвет.

В весенне-осенний период, когда хроническая патология имеет тенденцию к обострению, приказом главного врача один раз в неделю в поликлинике рекомендуется выделять специальные дни диспансерных приёмов. Последние должны планироваться так, чтобы одновременно с участковым врачом приём вели узкие специалисты, работала лабораторная служба. Дети на диспансерный приём должны приходиться с родителями.

Один раз в год ребёнок с хронической патологией может быть госпитализирован в стационар для детального обследования и лечения. Комплекс реабилитационных мероприятий может быть проведён в отделении восстановительного лечения детской поликлиники или в условиях городских центров восстановительного лечения.

Врач центра здоровья для детей также осуществляет коррекцию основных факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, сахарному диабету, онкологическим заболеваниям, курение табака, избыточная масса тела или гипотрофия, низкая физическая активность, нерациональное питание, повышенное артериальное давление, высокий уровень стресса).

Врач-педиатр, фельдшер фельдшерско-акушерского пункта или здравпункта осуществляют учет и анализ результатов проведения диспансерного наблюдения обслуживаемого детского населения на основании сведений, содержащихся в контрольных картах диспансерного наблюдения.

Заместитель руководителя (иное уполномоченное должностное лицо) медицинской организации организует обобщение и проводит анализ результатов диспансерного наблюдения детского населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, в целях оптимизации планирования и повышения эффективности диспансерного наблюдения.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения:

- 1) уменьшение числа обострений хронических заболеваний;
- 2) уменьшение числа повторных госпитализаций по поводу обострений и осложнений заболевания, по поводу которого ребенок состоит под диспансерным наблюдением;
- 3) уменьшение числа случаев и числа суток временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком;
- 4) сокращение случаев инвалидности детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением;
- 5) снижение числа госпитализаций несовершеннолетнего, находящегося под диспансерным наблюдением, по экстренным медицинским показаниям;
- 6) сокращение случаев смерти, в том числе на дому;
- 7) увеличение удельного веса детей и подростков, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;
- 8) увеличение удельного веса несовершеннолетних с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением.

Решение вопроса о снятии ребёнка с диспансерного учёта или оформления ему инвалидности осуществляется комиссионно.

Основания для прекращения диспансерного наблюдения:

- 1) выздоровление или достижение стойкой компенсации физиологических функций после перенесенного острого заболевания;
- 2) достижение стойкой компенсации физиологических функций или стойкой ремиссии хронического заболевания (состояния);
- 3) устранение (коррекция) основных факторов риска и снижение степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений до умеренного или низкого уровня.

Большинство детей и подростков, страдающих хронической патологией, с диспансерного учёта не снимаются, а передаются комиссионно-списочным составом в поликлинику общелечебной сети. При этом ребёнку проводят необходимое инструментально-графическое и лабораторное обследование, оформляется эпикриз в ф. №112/у.

Как при постановке на учёт, так и при снятии с диспансерного

учёта участковым врачом составляется соответствующий эпикриз, а в конце календарного года оформляется этапный эпикриз, где отмечаются динамика заболевания и эффективность оздоровительных мероприятий. Эпикриз в целях контроля диспансеризации подписывается заведующими педиатрическими участками, которые не только осуществляют контроль диспансеризации детей с хронической патологией, но и вносят коррекцию в план оздоровительных и противорецидивных мероприятий, консультируют детей с более сложной патологией.

Примерная схема эпикриза на ребёнка III группы здоровья:

- С какого времени ребёнок находится на ДЗ учёте.
 - Диагноз выставлен стационарно, амбулаторно.
 - Сколько раз отмечались обострения данного заболевания.
 - Наблюдались ли обострения за последний эпикризный срок.
 - Какие интеркуррентные заболевания ребёнок перенёс за последний эпикризный срок, повлияли ли они на течение основного заболевания.
 - Как ребёнок переносил назначенные ему ранее трудовой, двигательный, прививочный режимы.
 - Какое противорецидивное лечение ребёнок получил, улучшилось ли его состояние на фоне проводимой реабилитации.
 - Результаты осмотров узких специалистов и инструментально-лабораторных методов обследования.
 - Санация очагов хронической инфекции.
 - Жалобы со стороны матери и ребёнка в настоящее время.
 - Объективный статус (с акцентом на состоянии поражённых органов и систем), оценка физического и нервно-психического развития.
- Заключение:**
- 1) Оценка состояния здоровья:
 - физическое и нервно-психическое развитие;
 - диагноз (основной, сопутствующий);
 - группа внутридиспансерного учёта;
 - группа состояния здоровья.
 - 2) Эффективность диспансеризации.

3) План дальнейших мероприятий (по алгоритму диспансеризации):

- кратность и сроки наблюдения участковым педиатром;
- кратность и сроки наблюдения узкими специалистами;
- уровень лабораторно-инструментального обследования;
- оздоровительные мероприятия (диета, режим, витаминизация, санация очагов хронической инфекции, санаторно-курортное лечение);
- противорецидивное лечение;
- трудовой, прививочный, двигательный режимы;
- критерии снятия с диспансерного учёта.

Группы внутридиспансерного учёта:

I. группа – обострение заболевания (жалобы, клиника, патологические изменения анализов, данные инструментального исследования).

II. группа – период реконвалесценции – исчезновение клинических и лабораторных признаков активности патологического процесса.

III. группа – стадия ремиссии – отсутствие признаков обострения заболевания в течение 2 лет.

IV. группа – стадия стойкой ремиссии – отсутствие признаков обострения болезни более 2 лет.

Оценка эффективности диспансеризации (индивидуальная):

А – значительное клиническое улучшение (стадия стойкой ремиссии).

Б – клиническое улучшение (стадия ремиссии).

В – без перемен.

Г – с ухудшением.

Виды трудового режима:

- Обычный трудовой режим.
- Облегченный трудовой режим (дополнительный выходной день или уменьшение количества уроков).
- Организация других уроков труда.
- Освобождение от летнего трудового обучения.
- Домашнее обучение, домашний режим.

Виды двигательного режима:

- Лечебная физкультура.
- Специальная медицинская группа по физкультуре.
- Подготовительная группа.
- Основная группа.
- Спортивные мероприятия.

В понятие «оздоровительные мероприятия» входят:

- Диета, лечебные столы.
- Режим.
- Витаминизация.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Санаторно-курортное лечение.

В понятие «прививочный режим» входят:

- Вакцинация согласно календарю профилактических прививок.
- Индивидуальная иммунизация.
- Временный медицинский отвод от профилактических прививок.
- Постоянный медицинский отвод от профилактических прививок.

1.3. Реабилитация детей с хронической патологией

Реабилитация – полная ликвидация патологических изменений в организме ребёнка и обеспечение его гармоничного развития. Реабилитация отличается от лечения возможностью для больного не только нормализации функций и обеспечения нормальной жизнедеятельности в соответствии с возрастом, но и восстановлением его социального и профессионального статуса.

Различают медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию.

- **Медицинская реабилитация** направлена на восстановление компенсации функциональных возможностей организма.
- **Социальная реабилитация** обеспечивает организацию соответствующего возрасту режима, ухода за ребёнком инвалидом (социальная помощь, вспомогательные технические средства), обслуживания на дому детей-инвалидов, воспитание и обучение в специальных учреждениях.
- **Трудовая реабилитация** заключается в подготовке ребёнка к об-

учению, усвоению программ дошкольного и школьного учреждений, в предоставлении средств для обучения, профессиональном обучении, профессиональной ориентации.

Медицинская реабилитация предусматривает **три этапа**: стационар – санаторий – диспансерное наблюдение в условиях детской поликлиники, т. е. проведение лечения от начала заболевания до полного восстановления здоровья.

Первый этап – стационар. В условиях стационара осуществляется ранняя реабилитация, достигается клиническое улучшение, компенсация функции поражённых органов и систем.

Второй этап – специализированный, местный санаторий. В условиях санатория осуществляется поздняя реабилитация, обеспечивается ликвидация остаточных явлений заболевания путём последующего этапного лечения с расширением двигательного режима, психической и учебной деятельности ребёнка с учётом его возрастных и индивидуальных особенностей. При этом медикаментозные методы уходят на второй план, основное внимание отводится оздоровительным мероприятиям с использованием факторов реабилитации санаторного этапа (диета, режим, витаминизация, физические методы: массаж, дыхательная гимнастика, закаливание, лечебная физкультура (ЛФК), физиотерапия и др.).

Необходимо отметить, что в настоящее время роль местных санаториев возрастает, что обусловлено их определёнными преимуществами: отсутствие периода акклиматизации, близость родителей, отсутствие противопоказаний, характерных для других климатических зон, осуществление долечивания и приём детей при минимальной активности болезни и наличии сопутствующей патологии с возраста 1 год.

Третий этап – детская поликлиника (адаптационный этап). Целью этого этапа является восстановление здоровья ребёнка, стойкая компенсация патологического процесса, полная адаптация к условиям существования, обеспечивающая физическую, психическую и социальную полноценность ребёнка.

Местом осуществления реабилитационных мероприятий в педиатрии является не только детская поликлиника, но и детские центры восстановительного лечения, все учреждения здравоохранения и просвещения, а также семья. Отделения восстановительного лечения детских поликлиник включают кабинеты массажа, лечебной физкультуры,

физиотерапии, иглорефлексотерапии, сурдолога и др.; организуются при наличии детского населения более 25 тысяч человек. Штаты устанавливаются из расчёта 0,2 должности врача и 0,4 должности среднего медицинского работника на 10 тысяч детского населения.

На поликлиническом этапе реабилитации используется так называемое курортное лечение. При лечении на курортах или в летних специализированных лагерях отдыха детей используются сильно действующие курортные факторы и закаливание, которые ребёнок может перенести только при отсутствии признаков субкомпенсации и декомпенсации болезни.

Сроки направления на курорты определяются при различной хронической патологии индивидуально, но при отсутствии признаков заболевания в течение 6 мес.

Показания к направлению на курорты российского значения:

- возраст старше 5 лет;
- отсутствие сопутствующей соматической патологии, требующей лечения в стационаре;
- отсутствие инфекционных заболеваний;
- отсутствие злокачественной анемии;
- отсутствие бациллоносительства (дифтерии и кишечных инфекций);
- отсутствие кахексии, амилоидоза внутренних органов;
- отсутствие судорожных приступов и их эквивалентов;
- отсутствие патологического развития личности с расстройствами поведения и социальной адаптации;
- отсутствие умственной отсталости;
- отсутствие сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта.

Природные факторы курортов:

- климат,
- минеральные воды (бальнеолечение),
- грязи (пеллоидотерапия),
- морские факторы (талассотерапия).

Профилактика детских санаториев и курортных зон:

- **заболевания органов дыхания:** курорты Кисловодска, Анапы, Западное побережье Каспийского моря, Светлогорский курортный район;
- **заболевания сердечно-сосудистой системы и ревматизм:** курорты Сочи, Мацеста, Кисловодск, Белокуриха, Западное побережье Каспийского моря;
- **заболевания пищеварительной системы:** курорты Ессентуки, Железноводск, озеро Шира;
- **заболевания почек:** курорт Железноводск;
- **заболевания психоневрологического профиля:** курорты Анапы, озеро Горькое;
- **обменные нарушения:** курорты Кавказских Минеральных вод – Пятигорска, Ессентуков, Железноводска.

Территориально санаторно-курортное лечение в Сочи и Мацеста показано при болезнях кожи, суставов, нервной системы, после перенесённого ревматизма.

В Калининграде, Сестрорецке – при заболеваниях органов дыхания, нервной системы, аллергопатологии, ревматизме в неактивной фазе.

Курорты Тиберды, Нальчика эффективны при болезнях органов дыхания, туберкулёзе, аллергических заболеваниях, бронхиальной астме, болезнях желудка, кожи, суставов.

Курорты средней полосы России (Липецк, Моршин, Усть-Качка, озеро Горькое) показаны детям с заболеваниями внутренних органов, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, аллергическими заболеваниями.

Степной климат Северного Кавказа, Башкирии эффективен для детей с заболеваниями органы дыхания, в том числе при туберкулёзе лёгких, болезнях сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, болезнях суставов.

Санатории Сибири (Белокуриха, Чажемто, озеро Яровое, озеро Шира, санатории Кузбасса и Новосибирской области) профилируются на восстановительной немедикаментозной терапии детям с заболеваниями опорно-двигательной, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной систем и аллергопатологией.

Ребёнку перед направлением на санаторно-курортное лечение необходимо провести санацию очагов хронической инфекции, противовоспалительное и противоглистное лечение, клинико-лабораторное

обследование и оформить следующие документы:

- санаторно-курортную карту (ф. №076/у-04);
- выписку из истории болезни ребёнка с данными клинико-лабораторного обследования давностью не более 1 мес;
- заключение врача-дерматолога об отсутствии заразных заболеваний кожи;
- справку врача-педиатра или врача-эпидемиолога об отсутствии контакта с инфекционными больными;
- характеристику из школы и дневник;
- по медицинским показаниям – результаты исследования на дифтерийное и дизентерийное бактерионосительство, JgM краснухи.

*Организация проблемно-целевого обучения детей
с хронической патологией и членов семьи*

Повышение уровня медицинских знаний среди населения является одним из приоритетных образовательных направлений Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Основным методом проблемно-целевого обучения детей, страдающих хронической патологией, и членов их семей является организация специализированных медицинских школ по профилю заболеваний: «школа диабета», «астмашкола», «гастрошкола», «школа для детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата», «школа ЧБД», «школа вегетативной дисфункции». Реализация программ школ проблемно-целевого обучения осуществляется в стационарах, поликлиниках, реабилитационных центрах, центрах медицинской профилактики параллельно с лечебно-диагностическим процессом основного заболевания.

Общие принципы работы школ проблемно-целевого обучения:

- главным этапом формирования здорового образа жизни и реабилитации больных хроническими заболеваниями является семья;
- создание партнерства «врач – пациент – родители» в формировании здоровья и организации лечения заболевания;
- определение необходимости знания родителями основ физиологии ребенка, рационального питания, фармакотерапии и самоконтроля;
- повышение эффективности лечения и предупреждение инвалидизации больных;

- психотерапевтическая реабилитация должна предшествовать физической реабилитации;
- здоровье пациента может быть восстановлено только при обеспечении здорового образа жизни.

Методы работы школ проблемно-целевого обучения:

- мониторинг (самоконтроль, коррекция диеты и лечения) в амбулаторных условиях;
- индивидуальная программа реабилитации больного ребенка;
- обучение родителей в школах при поликлиниках по месту жительства;
- медико-педагогическая активность семьи в организации реабилитации в амбулаторных условиях;
- непосредственные занятия с больными (индивидуальные и групповые); современное информационное обеспечение (печатная продукция, аудио- и видеооборудование), телефон специалиста.

Ожидаемый результат внедрения обучающих программ:

- снижение числа обострений, осложнений и уменьшение степени тяжести заболевания;
- обеспечение качественного уровня жизни с мониторингом качества жизни;
- обучение самоконтролю, диетотерапии и медикаментозному лечению детей с хроническими заболеваниями;
- формирование мотивации здорового образа жизни, развития личности, способной к самореализации.

*Показатели качества и эффективности диспансеризации
в работе участкового педиатра*

Качество диспансеризации:

- показатель охвата регулярными медицинскими осмотрами;
- количество вновь выявленных больных людей;
- частота заболеваний, выявленных при профилактических осмотрах;
- структура заболеваемости, удельный вес заболеваний;
- охват диспансерным наблюдением;
- активность лечебно-оздоровительной работы.

Эффективность диспансеризации:

- число больных снятых с диспансерного учета по выздоровлению;
- число больных, имеющих улучшение в течение основного заболевания;
- процент ухудшения в состоянии здоровья у больных диспансерной группы.

1.4. Детская инвалидность. Вопросы реабилитации детей-инвалидов

Детская инвалидность является важнейшей проблемой современного общества. В Российской Федерации дети-инвалиды составляют, по разным оценкам, от 1,5–2,5 до 4,5% детского населения. В настоящее время абсолютное число детей с ограниченными возможностями превысило полумиллионную отметку. По оценке Министерства Здравоохранения России, в ближайшие годы прогнозируется дальнейший рост этого показателя на фоне снижения численности населения и уровня здоровья, неблагоприятной социальной ситуации. В структуре инвалидности с учетом возраста преобладают подростки. Во всех возрастных группах детей-инвалидов лидируют мальчики (58%), уровень инвалидности среди них выше, чем среди девочек в 1,2–1,7 раза.

По мнению экспертов ВОЗ, наибольшую угрозу здоровью как в развивающихся, так и в экономически развитых странах представляют последствия бедности. Среди социально-гигиенических факторов отмечаются неблагоприятные условия труда женщин, низкая медицинская активность семьи, отсутствие нормальных условий, позволяющих вести здоровый образ жизни. Неблагоприятными факторами являются также психосоциальный стресс, нерациональное питание, низкая физическая активность, вредные привычки. У родителей, страдающих алкоголизмом и наркоманией, процент рождения детей с аномалиями развития значительно выше, чем в здоровых семьях.

Большая роль в формировании детской инвалидности традиционно отводится отягощенной наследственности, росту экологически зависимых болезней с наследственной предрасположенностью.

Инвалидизация детей на 60–70% обусловлена патологией течения беременности и родов. Поздняя диагностика заболеваний беременной

женщины, несвоевременное лечение способствуют возрастанию числа детей-инвалидов. Недоношенность и низкая масса тела при рождении повышают риск развития нарушений со стороны нервной системы, в том числе детского церебрального паралича, слепоты, задержки умственного развития, эпилепсии. Перспективными в этом плане является прогнозирование состояния здоровья ребёнка, определение риска направленной патологии на всех этапах (медико-генетическая консультация, женская консультация, стационар родильного дома и детская поликлиника), что позволит своевременно определить тактику наблюдения, разработать целенаправленные дифференцированные медико-организационные мероприятия по предупреждению инвалидизации.

Необходимо отметить, что опыт работы с данным контингентом детей стал накапливаться только в последние десятилетия. В России создана автоматизированная информационно-аналитическая система «Регистр детей-инвалидов». Кроме того, обязательным является регионально ориентированный анализ факторов, влияющих на состояние проблемы.

Структура инвалидности детей от 0 до 17 лет по нозологическим формам достаточно стабильная. Ведущие ранговые места занимают болезни нервной системы, психические расстройства (более 70% – умственная отсталость) и врожденные аномалии развития. Эти 3 класса занимают в структуре инвалидности 62–69,5%. Группа инфекционных и соматических болезней в целом составляет 21,5–34,5%.

В последние годы отмечена возросшая роль болезней эндокринной системы (в половине случаев – за счет сахарного диабета), злокачественных новообразований, особенно у подростков. Среди заболеваний нервной системы главной причиной детской инвалидности является детский церебральный паралич, распространенность которого составляет 2–2,5 случая на 1000 детей.

Структура главных нарушений в состоянии здоровья соответствует структуре заболеваний, приводящих к инвалидности, так как нарушения, согласно концепции последствий болезни ВОЗ, служат закономерными проявлениями патологических состояний.

По сведениям большинства исследователей, занимающихся проблемами детской инвалидности, у детей от 0 до 17 лет чаще регистрируются висцеральные и метаболические нарушения,

расстройства питания, двигательные и умственные нарушения. Они в основном определяют детскую инвалидность по качественному и количественному составам среди представителей того и другого пола.

В группе висцеральных и метаболических нарушений наиболее значимыми являются изменения кардио- респираторной функции и мочеполовой системы. На остальные виды нарушений (зрительные, слуховые, вестибулярные, психологические, общие и генерализованные, языковые и речевые) приходится соответственно около одной трети в структуре причин детской инвалидности. С возрастом увеличивается удельный вес детей с интеллектуальными и сенсорными нарушениями. У подростков с ограниченными возможностями независимо от пола наиболее часто наблюдаются умственные нарушения.

Применительно к детскому возрасту под инвалидностью следует понимать социальную недостаточность вследствие первоначального отсутствия функций органов или систем, выражающуюся не в утрате трудоспособности, а в таких разнообразных проявлениях ограничения жизнедеятельности, как снижение способности к игровой деятельности и обучению, общению в коллективе сверстников, контролю над собой и др.

В данном случае термин **«инабилный ребенок»** вполне может быть признан синонимом часто используемых словосочетаний: ребенок-инвалид, ребенок с ограниченными возможностями.

По вопросу инвалидности разработаны и внедрены следующие **законодательные документы:**

- Правила признания лица инвалидом Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» (с 1 января 2010 г. настоящие Правила действуют без учёта «степени ограничения способности к трудовой деятельности», согласно поправкам, утверждённым Постановлением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №1121 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом»).

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 4 августа 2008 г. №379н г. Москва «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государст-

венными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации».

- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» и приложение.

- Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации. Приказ №906н от 17 ноября 2009 г. «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений Медико-Социальной Экспертизы». Приложение к приказу №906н.

- Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ с изменениями (Федеральный закон от 9 декабря 2010 г. №351-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О ветеранах» и статьи 11 и 11. 1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 24 ноября 2010 г. №1031н г. Москва «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления».

Этими постановлениями определение факта и причин инвалидности передано в компетенцию специальных учреждений медико-социальной экспертизы – бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ). Для проведения МСЭ детей и подростков образованы МСЭ педиатрического профиля и введено понятие об индивидуальной программе реабилитации (ИПР), как обязательном документе, оформляющемся в БМСЭ на каждого освидетельствованного ребёнка.

К категории детей-инвалидов относятся дети и подростки до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребёнка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля над своим поведением, обучения, трудовой деятельности в будущем.

При этом учитываются характер и прогноз течения основного заболевания, последствия которого явились причиной инвалидности, характер и степень тяжести ограничений жизнедеятельности, свойственные возрасту ребёнка, состояние компенсаторных механизмов, направленных на восстановление нарушенных функций, возможности социальной адаптации и удовлетворения потребностей в различных видах и формах медико-социальной помощи.

К основным категориям жизнедеятельности относятся:

- 1) способность к ориентации;
- 2) способность к общению;
- 3) способностью к самообслуживанию;
- 4) способность к передвижению;
- 5) способность к трудовой деятельности;
- 6) способность контролировать свое поведение;
- 7) способность к обучению.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности: I степень – легкая, II степень – значительная, III степень – тяжелая.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяются четыре степени их выраженности:

0 – нет нарушений функций;

1 – лёгкие нарушения функций (до 25%), полностью компенсированные;

2 – умеренные нарушения функций (25–50%), частично компенсированные до умеренной степени;

3 – значительные нарушения функций (51–75%), слабо компенсированные;

4 – резко выраженные и полные (свыше 75%) нарушения функций, некомпенсированные.

Для установления статуса инвалида ребёнок направляется в службу МСЭ из детской поликлиники со следующими документами: ф. №080/у-97 «Направление на ребёнка до 16 лет учреждения здравоохранения на медико-социальную экспертизу» и ф. №112/у «История развития ребёнка» с подробным эпикризом, в котором отражаются дан-

ные биологического, генеалогического и социального анамнезов, перенесённые заболевания, возникновение и динамика инвалидизирующего заболевания, результаты комплексной оценки состояния здоровья и группа здоровья (IV–V).

После осмотра ребёнка врачами-специалистами при наличии результатов проведённого лабораторного и инструментально-графического обследования (соответственно заболеванию) проводится установление инвалидности. Служба МСЭ выдаёт заключение «Акт освидетельствования в государственной службе медико-социальной экспертизы» и «Выписку» из него. Это официальные документы строгой отчётности, которые удостоверяют срок и причину инвалидности. Справка об инвалидности выдаётся родителям или опекуну. Выписка из акта освидетельствования ребёнка-инвалида в трёхдневный срок передаётся в центр социальной поддержки по месту жительства родителей для получения социальной выплаты льгот.

Срок, на который устанавливается инвалидность, зависит от клинического прогноза и реабилитационного потенциала организма ребёнка. Срок может укладываться в следующие временные отрезки: от 6 мес до 2 лет, до 5 лет, до исполнения 16–18 лет без указания группы инвалидности.

Ребёнок-инвалид находится на диспансерном учёте в детской поликлинике по месту жительства. Данный контингент детей внесён списочным составом в паспорт педиатрического участка.

Участковый педиатр определяет сроки своего наблюдения, сроки осмотров врачей специалистов и в первую очередь специалиста по профилю заболевания, который разрабатывает медицинскую реабилитацию. За организацию и доступность обследования и поликлинического этапа реабилитации отвечает главный врач детской поликлиники. В конце года наблюдения участковый педиатр оформляет этапный эпикриз.

Ребёнок-инвалид с диспансерного учёта не снимается, а передаётся по достижении 18-летнего возраста в поликлинику общелечебной сети.

Реабилитация детей-инвалидов

На каждого освидетельствованного ребёнка в течение мес специалистами службы МСЭ разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, её результаты в динамике оцениваются в детской поли-

клинике при очередном переосвидетельствовании. ИПР является документом, обязательным для исполнения государственными органами и лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).

Порядок разработки и реализации ИПР детей-инвалидов определен Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2008 г. №379н г. Москва «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации» с изменениями, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 6 сентября 2011 г. №1020н.

Под **реабилитацией инвалидов** понимаются процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функции организма. Реабилитация в педиатрии предполагает активные действия общества по отношению к ребёнку и его семьи, т. е. речь идёт не только о лечении заболевания, но и об удовлетворении медико-социальных нужд больного ребёнка и семьи.

Разработка ИПР ребенка-инвалида состоит из следующих этапов: проведение реабилитационно-экспертной диагностики, оценка реабилитационного потенциала, определение реабилитационного прогноза и определение мероприятий, технических средств и услуг, позволяющих инвалиду восстановить или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной, профессиональной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, круга интересов, уровня притязаний, социального статуса и реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

ИПР ребенка-инвалида может быть разработана на 1 год, 2 года и до достижения гражданином возраста 18 лет. При необходимости внесения дополнений или изменений в ИПР ребенка-инвалида оформляется новое направление на медико-социальную экспертизу и составляется новая индивидуальная программа реабилитации. ИПР ребенка-инвалида составляется в трех экземплярах: один экземпляр выдается инвалиду (его законному представителю) на руки, о чем делается

запись в журнале выдачи индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида); второй экземпляр приобщается к акту освидетельствования; третий экземпляр в трехдневный срок с момента утверждения индивидуальной программы реабилитации инвалида (ребенка-инвалида) руководителем соответствующего бюро (главного бюро, Федерального бюро) направляется территориальному органу Фонда социального страхования Российской Федерации либо органу, уполномоченному исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

С медико-социальных позиций негативным является тот факт, что более 90% родителей детей-инвалидов не знают о существовании ИПР и необходимости ее выполнения в интересах здоровья ребёнка. Такое отсутствие информации со стороны врачей приводит к невозможности контроля родителями фактического исполнения медицинским учреждением мероприятий, предусмотренных ИПР.

В целом мероприятия по реабилитации детей-инвалидов можно подразделить на группы: медицинские, юридические, социальные, психолого-педагогические и профессиональные.

Медицинская реабилитация (восстановительное лечение) ориентирована на восстановление утраченной или не существовавшей функции и является единым процессом в комплексной реабилитации, направленным на восстановление личности и её полноценной жизни в условиях общества социальной адаптации.

Медицинская реабилитация осуществляется в условиях отделения восстановительного лечения (ОВЛ) детских поликлиник, городских центрах восстановительного лечения и детских центрах реабилитации для детей-инвалидов.

В настоящее время в Российской Федерации решены многие вопросы Государственной службы реабилитации инвалидов, медицинского обслуживания, занятости инвалидов, социальных аспектов реабилитации, а также кадрового обеспечения и подготовки специалистов по проблемам инвалидности и инвалидов. Трансформировались общественные этические нормы, введены новые термины, призванные вытеснить понятие «инвалидность».

Ранее использовалось такое понятие, как «дети с ограниченными возможностями», в настоящее время – «дети с проблемами обучения». Новая терминология означает принятие обществом принципиально

новых обязательств по созданию *безбарьерной среды* обитания для детей-инвалидов.

Действует проект государственной программы «Доступная среда», реализация которой позволит обеспечить полноценный доступ инвалидов к физическому окружению, транспорту, к информации и связи, к объектам и услугам, предоставляемым населению. Приняты рекомендации по организации деятельности для создания условий *дистанционного обучения детей-инвалидов*, нуждающихся в обучении на дому.

Таким образом, в основе реабилитационной работы с больным ребёнком должны лежать следующие **принципы**:

- больной ребёнок должен своевременно в полном объёме получать необходимую помощь;
- дети с любыми нарушениями, ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью должны проходить своевременную реабилитацию;
- все дети должны обучаться навыкам общения, самообслуживания, учиться по индивидуальной программе;
- в реабилитации детей-инвалидов ключевую роль, кроме медиков, должны играть родители и педагоги детских учреждений.

Только консолидация усилий специалистов разного профиля (медиков, психологов, педагогов и социальных работников) в организации работы с детьми-инвалидами может дать возможность получения максимально положительного результата.

Глава 2 ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

2.1. Алгоритмы диспансеризации детей с бронхолегочной патологией

Алгоритм диспансерного наблюдения за часто болеющими детьми (группа здоровья II; при наличии очагов хронической инфекции в носоглотке – группа здоровья III):

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- до 1 года – 1 раз в мес;
- 1–3 года – 1 раз в 3 мес;
- старше 4 лет – 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- отоларинголог – 1 раз в 6 мес;
- стоматолог – 1 раз в 6 мес;
- пульмонолог (рецидивирующий бронхит) – 1 раз в год;
- аллерголог (обструктивный бронхит) – 2 раза в год;
- фтизиатр – 1 раз в год;
- физиотерапевт и врач лечебной физкультуры – 1 раз в 6 мес;
- иммунолог – 1 раз в год;
- другие врачи-специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), кал на яйца глистов – 1 раз в 6 мес;
- реакция Манту – 1 раз в год;
- посев микрофлоры из зева на чувствительность к антибиотикам – 1 раз в год;

- кал на дисбактериоз – по показаниям;
- спирография (рецидивирующий бронхит) – 1 раз в год;
- рентгенография, ультразвуковое исследование (УЗИ) пазух носа – по показаниям;
- иммунограмма – по показаниям;
- кожно-аллергические пробы – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета рациональная, витаминизированная. Рекомендованы калийсодержащие (печёный картофель, изюм, чернослив, банан) и экологически чистые продукты, ежедневно – фрукты, ягоды, овощные салаты с растительным маслом, чеснок, квашенная капуста, мясные блюда по возрасту. Режим индивидуальный, щадящий, создание оптимальных условий внешней среды. Исключаются занятия и игры, приводящие к переутомлению и возбуждению. Увеличивается продолжительность сна на 1–1,5 часа. Обязательным является дневной сон.

Рекомендуется естественная круглогодичная витаминизация, весной и осенью курсы поливитаминов 2–3 нед. Санация носоглотки. Диагностика наличия аденоидных вегетаций и их лечение. Закаливание по III группе (щадящее). Агрессивные методы закаливания не показаны, особенно при наличии не санированных очагов инфекции, в период субкомпенсации патологического процесса. После санации носоглотки, при нормальных показателях анализов крови и мочи, при удовлетворительном общем состоянии ребенка рекомендуются плавание в бассейне, купание в открытых водоемах, пользование сауной, русской баней.

Местный санаторий играет большую роль в оздоровлении часто болеющих детей. Дети с оториноларингологическим типом острой респираторной заболеваемости и рецидивирующим бронхитом с 5-летним периодом компенсации могут быть направлены на курорты общероссийского значения (Анапа, Теберда).

Реабилитация в местных санаториях:

- массаж грудной клетки проводить ежеквартально №10;
- хвойные ванны ежедневно или через сут №20 2–4 раза в год;
- лечебная физкультура, дыхательная гимнастика.

В детских дошкольных учреждениях желательно включать элементы дыхательной гимнастики в ежедневные физкультурные занятия.

Обязательны ежедневные прогулки и подвижные игры на свежем воздухе в любую погоду. При этом рекомендуется рациональная одежда, чтобы предупредить переохлаждение и перегревание.

5. Противорецидивное лечение. Проводится весной (III–IV мес года) и осенью (IX–X мес года). Возможно назначение фитоингаляций, фитоокислородного коктейля (курс 2 нед) с учетом индивидуальной переносимости, 2–3-недельные курсы *поливитаминов*. Не обосновано использование метаболитов, адаптогенов, глицирама, энергокомплексных препаратов.

В качестве стимуляторов местной иммунной защиты слизистых и иммунного ответа Th-1 типа доказана эффективность *бактериальных лизатов* (табл. 1), под их влиянием заболеваемость детей снижается на 40–60%.

В предэпидемический и эпидемический периоды острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и гриппа не утратили своего значения профилактические курсы *интерферонов* (интерферон, гриппферон, виферон), *индукторов интерферона* (амантадин (арбидол), амиксин, циклоферон, кагоцел, имунорикс), *специфических противовирусных препаратов* (римантадин (ремантадин, альгирем, орвирем), ингавирин), в том числе ингибиторов нейраминидазы – осельтамивир (тамифлю), занамивир (реленза), а также оксалиновой мази, фитонцидов лука и чеснока.

Остается популярной *аэрофитотерапия* (ароматерапия), которая проводится на первом этапе реабилитации ЧБД. Используются специальные аэрофитогенераторы, строго дозирующие концентрацию эфирных масел мяты, лаванды, аниса, шалфея, фенхеля, пихты. Курс составляет 20 сут, проводится 2 раза в год. Сеансы ароматерапии сочетаются с массажем, дыхательной гимнастикой, но не совмещаются с фито- и галотерапией, не назначаются в остром периоде заболевания, при лихорадочных состояниях, аллергии.

Галотерапия – метод реабилитации, основанный на использовании искусственно созданного микроклимата соляных пещер и применении естественных природных факторов. В галокамерах создаются условия управляемого климата.

Лечебным фактором является высокодисперсный ионизированный аэрозоль хлорида натрия, действующий бактериостатически и

Таблица 1

Бактериальные лизаты

Препарат	Состав	Дозы
Бронхомунал П	Лизат 5 бактерий	1 капсула (3,5 мг) натошак 10 сут, затем по 10 первых сут в течение 2 мес
Рибомунил	Смесь рибосом пневмотропов с протеогликанами мембран клебсиелл	1–3 таблетки или гранулят (как сироп) первые 4 дня нед в течение 3 недель, далее – 4 первые дня 2–6 мес
Имудон	Лизаты лактобактерий, кокков, клебсиелл, коринебактерий, грибов	Таблетки для рассасывания: 6–8 таблеток в сут 10 сут, профилактически – 20 сут 2–3 раза в год
ИРС-19	Лизаты 19 наиболее распространенных патогенов	2–5 назальных аэрозольных ингаляции в сут в течение 2–4 недель
Бронхо- Ваксом детский	Лиофилизат бактериальных лизатов (<i>Haemophilus influenzae</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Streptococcus viridans</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Klebsiella ozaenae</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Moraxella catarrhalis</i>)	1 капсула (3,5 мг) ежедневно утром натошак. Курс включает 3 цикла, каждый из которых состоит из ежедневного приема 1 капсулы в течение 10 сут, интервал между циклами – 20 сут

бактерицидно, стимулирующий иммунные реакции. Курс терапии 20 сут, 2 раза в год.

Фитотерапевтические методы реабилитации сочетаются с другими немедикаментозными (кроме ароматерапии) и проводятся 2–3 раза в год.

Витаминосодержащие растения: плоды шиповника, облепихи, рябины, черной смородины, аронии черноплодной, листья крапивы, земляники. Растения, обладающие противовоспалительными свойствами: цветы ромашки аптечной, календулы, листья шалфея, эвкалипта, трава зверобоя, душицы, чабреца, тимьяна, плоды аниса, листья мать-и-мачехи, отвар коры дуба. Удобны в использовании готовые формы многокомпонентных фитопрепаратов (тонзилгон, синупрет), применяемые как в острый период ОРЗ, так и курсом 1–2 нед после обострения хронических тонзиллитов, фарингитов, синуситов.

6. Трудовой режим. В раннем и дошкольном возрастах, по возможности, исключение постоянного пребывания в детском коллективе. Участковый педиатр должен дать совет родителям о нецелесообразности часто болеющему ребенку, особенно раннего возраста, воспитываться в условиях детских образовательных учреждений (ДООУ). Если все-таки родители настаивают на детском дошкольном воспитании, то следует обращать внимание на особенности подготовки этого контингента детей к ДООУ. Предполагаемая степень адаптации – средней тяжести. После очередной острой респираторной инфекции ребёнок может посещать детское учреждение не ранее чем через 2 нед, а дети раннего возраста – через 3 нед после полного клинического выздоровления.

7. Прививочный режим. Вакцинация возможна не ранее чем через 1 мес при полном клиническом выздоровлении после острой респираторной инфекции при нормальных показателях общего анализа крови и мочи. Показана специфическая профилактика ОРВИ – вакцинация против гриппа, пневмококковой, гемофильной инфекции.

8. Двигательный режим. Физкультурная группа – подготовительная (II) или специальная (III А), согласно Приложению №3 Приказа МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н. Прогулки на улице в любую погоду не противопоказаны, но необходимо учитывать слоистость одежды, чтобы ребёнок не перегревался и не переохлаждался. При проведении уроков физкультуры необходимо вводить элементы дыхательной гимнастики. Закаливание часто болеющих детей должно проводиться по III группе,

при этом начальная и конечная температура воздействующих факторов должна быть на 2–4°С выше, чем для здоровых детей, а темпы её снижения более медленными.

9. Критерии снятия с диспансерного учёта: отсутствие частой заболеваемости в течение 2 лет. При наличии хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, гайморит, синусит, хронический отит) диспансерное наблюдение продолжается до перевода во взрослую сеть.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с рецидивирующим бронхитом (группа здоровья II –повторные эпизоды бронхита 2–3 раза и более в течение года)

1. Сроки осмотра участковым педиатром:

- дети раннего возраста – 1 раз в 3 мес;
- старше 3 лет – 2 раза в год.

2. Сроки наблюдения врачами-специалистами:

- отоларинголог – 2 раза в год;
- стоматолог – 2 раза в год;
- пульмонолог 1–2 раза в год с исследованием функции внешнего дыхания;
- иммунолог – по показаниям;
- аллерголог – 1 раз в год;
- физиотерапевт – 2 раза в год;
- врач лечебной физкультуры – 2 раза в год;
- фтизиатр – 1 раз в год.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

ОАК, ОАМ – 2 раза в год, также при обострении бронхита и интеркуррентных заболеваниях. Рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, спирография – по показаниям; реакция Манту – 1 раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Рациональное питание. Естественная витаминизация. Режим щадящий. Широкое использование местных санаториев. Санаторно-курортное лечение вне обострения в летнее время года: Анапа, Сочи, Теберда 2–3 мес (климатическое лечение).

5. Противорецидивное лечение. Реабилитация после перенесённого заболевания в течение 2 мес проводится в условиях ОВЛ детских поликлиник, детских центров восстановительного

лечения и местных санаториев. Противорецидивное лечение 2 раза в год (весна, осень) включает: витаминно-минеральные комплексы курсом 2–4 нед, бактериальные лизаты или другие иммуномодуляторы, фитотерапию, ингаляции соляно-щелочные и с отварами трав, массаж грудной клетки №10 (2–4 раза в год), ЛФК с элементами дыхательной гимнастики.

6. Трудовой режим для школьников обычный. Посещение ДОУ после полного клинического выздоровления. Вопрос о дополнительном дне отдыха или индивидуальном обучении не возникает.

7. Прививочный режим – профилактические прививки через 1 мес после клинического выздоровления и нормальных показателей анализов крови.

8. Двигательный режим. Освобождение от физкультуры на 1 мес после обострения, далее подготовительная группа.

9. Критерии снятия с учёта – отсутствие рецидивов бронхита и частых острых заболеваний течение 2 лет после последнего эпизода бронхита.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими острую пневмонию (группа здоровья II)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром. Ребёнок должен быть осмотрен сразу после выписки из стационара, далее дети в возрасте:

- до 3 мес – 2 раза в мес в течение 6 мес, затем 1 раз в мес;
- 3–12 мес – 1 раз в мес;
- 12 мес – 3 года – 1 раз в 2 мес;
- старше 3 лет – 1 раз в 3 мес.

2. Сроки наблюдения узких специалистов:

- физиотерапевт, врач ЛФК, отоларинголог, стоматолог (выявление и санация очагов хронической инфекции) – однократно;
- пульмонолог, фтизиатр и физиотерапевт – при повторных и тяжёлых пневмониях 1 раз в 6–12 мес;
- иммунолог, аллерголог – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

ОАК, ОАМ через 1, затем через 6 мес и при снятии с диспансерного учёта. Рентгенография грудной клетки по показаниям.

При затяжном течении пневмонии проводится анализ мокроты на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, проба Манту 1 раз в год, консультации пульмонолога и фтизиатра.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета первые 1–2 нед легкоусвояемая, витаминизированная, далее по возрасту. Режим – постепенное приближение к возрастному (сон, бодрствование) с увеличением времени прогулок и физических нагрузок. Витаминизация. Санация носоглотки. Реабилитация в местных санаториях, оздоровительных центрах.

5. Восстановительное лечение. Проводится в условиях ОВЛ детских поликлиник, детских центров восстановительного лечения, местных санаториев. Длительность восстановительного лечения – 3 мес детям раннего возраста, 2 мес – детям старше 3 лет.

Рекомендуются *ингаляции*: соляно-щелочные; с травами (мать-и-мачеха, ромашка, шалфей).

Есть мнение, что физиотерапевтические электропроцедуры излишни, так как создают угрозу суперинфекции в поликлинике, однако при неполном разрешении ателектаза, стойком нарушении легочного кровотока в зоне воспаления возможно назначение электрофореза (с хлористым кальцием, калия йодидом, магниевой сульфатом), ультразвука на корни лёгких, магнитотерапии. Показаны пеллоидотерапия (грязелечение), фитотерапия, витаминно-минеральные комплексы, иммуномодуляторы.

Широко используются *физические методы* реабилитации:

- ЛФК, дыхательная гимнастика;
- массаж грудной клетки №10–15 (вибрационный, обычный);
- закаливание проводится по II группе.

6. Трудовой режим. Посещение детских образовательных учреждений после полного клинического и рентгенологического выздоровления. Вопрос о дополнительном дне отдыха или индивидуальном обучении в ДОУ, школе не возникает.

7. Прививочный режим. Вакцинация разрешена через 1 мес после выздоровления.

Применение *вакцины против инфекции, вызванной Haemophilus influenzae типа b*, сокращает на 20% заболеваемость тяжелыми пневмониями у детей. С 2011 года вакцина для профилактики заболеваний, вызванных Haemophilus influenzae типа b, внесена в

Национальный календарь профилактических прививок. Разрешены к применению моновакцины под торговыми названиями «Акт-Хиб», «Хиберикс» и поликомпонентная вакцина «Пентаксим».

Полисахаридная пневмококковая вакцина («Пневмо-23») иммуногенна у детей старше 2 лет, снижает частоту инвазивных форм пневмококковой инфекции на 94%. Вакцина 7-валентная пневмококковая полисахаридная конъюгированная адсорбированная «Превенар», зарегистрирована в России в 2009 г., иммуногенна у детей с первых мес жизни и способна на 80—90% сократить частоту бактериемических пневмококковых заболеваний, включая пневмонию. Пневмококковая вакцина с 1 января 2014 года внесена в Национальный календарь профилактических прививок Российской Федерации (Федеральный закон от 21. 12. 2013 №368-ФЗ «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»).

8. Двигательный режим. Освобождение от уроков физкультуры школьников на 1–3 мес. Рекомендуется ЛФК в течение 1–2 мес, затем физкультурная группа специальная (III А) 3 мес. Подготовительная группа (II) до снятия с диспансерного учёта.

9. Критерии снятия с учёта. Отсутствие в течение 6–12 мес жалоб, повторных пневмоний, на момент осмотра – без перкуторных и аускультативных изменений в бронхолёгочной системе; ОАК без отклонений. Длительность диспансерного наблюдения – 6 мес. В течение одного года целесообразно наблюдать часто болеющего ребёнка, ребёнка первого года жизни, а также если пневмония затяжная или осложнённая.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с бронхоэктатической болезнью (группа здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- неосложненное течение – 2–4 раза в год;
- осложненное течение – 6 и более раз в год.

2. Сроки наблюдения узких специалистов:

- пульмонолог – 1–2 раза в год;
- фтизиатр – по показаниям;
- торакальный хирург – по показаниям;
- иммунолог – по показаниям;

- отоларинголог – 1–2 раза в год;
- стоматолог – 1–2 раза в год;
- врач ЛФК и физиотерапевт – 2 раза в год.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;
- биохимический анализ крови – 1 раз в год;
- рентгенография грудной клетки – при обострении и по показаниям;
- спирография, проба с бронхолитиками – 1–2 раза в год;
- бронхоскопия – по показаниям;
- посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам – 1-2 раза в год;
- цитология мокроты – 1 раз в год;
- проба Манту – 1 раз в год;
- иммуноглобулины крови – по показаниям;
- электрокардиография (ЭКГ) – 1 раз в год;
- эхокардиография (ЭхоКГ) – 1 раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Полноценная витаминизированная диета. Круглогодичная естественная витаминизация (овощи, фрукты, соки). Санация носоглотки и других очагов хронической инфекции. Исключение курения, в том числе пассивного, борьба с загрязнением воздуха. Охранительный режим: исключать контакты с больными детьми, являющимися источниками инфекции. Закаливание по III группе. В стадии стойкой ремиссии разрешены сауна, бассейн. Санаторно-курортное лечение рекомендуется в горных климатических курортах Кавказа (Кисловодск, Иноземцево и др.) и Алтая, санаториях Подмосковья, Приморья, Сибири с проведением бальнеолечения.

5. Противорецидивное лечение. Проводится 2 раза в год при плановой госпитализации, а при наличии деформации бронхов – 4 раза в год. Включает: *иммунотерапию* бактериальными лизатами (см. раздел 2.1.1.), аэрозольтерапию, *фитотерапию*, курсы *физиотерапии* (общее ультрафиолетовое облучение (УФО), гальванизация легких, электрофорез с йодидом калия на область грудной клетки), массаж грудной клетки №10 ежеквартально, вибрационный массаж с постуральным дренажом, дыхательную гимнастику. По показаниям назначаются отхаркивающие и

муколитические препараты, бронхолитики. При наличии ингаляционного аппарата возможно проведение аэрозольной терапии в домашних условиях. В настоящее время существует большое количество вариантов портативных ингаляторов компрессорного, ультразвукового, парового, тепловлажного типов, что обуславливает возможность введения большого спектра лекарственных препаратов.

6. Трудовой режим: дополнительный выходной день, организация иных уроков труда, освобождение от общественно полезного труда и летней трудовой практики. При пневмосклерозе, деформации бронхов, инвалидности (V группа здоровья), при наличии дыхательной недостаточности II степени и выше показана организация обучения на дому, освобождение от переводных экзаменов и сдача выпускных экзаменов в облегчённой форме.

7. Прививочный режим. Профилактические прививки показаны через 1–2 мес после обострения на фоне подготовки (витамины, общеукрепляющие средства). Осторожное отношение к коклюшному компоненту вакцины.

8. Двигательный режим. ЛФК, физкультурная группа в школе – специальная.

9. Критерии снятия с диспансерного учёта. С диспансерного учёта ребёнок не снимается, а переводится в поликлинику общелечебной сети.

10. Профессиональная ориентация. Противопоказаны профессии, связанные с неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями (холод, жара, влажность, давление воздуха), с пылью, с физическим перенапряжением, контактом с токсическими веществами, всеми видами излучений.

Инвалидность детей с заболеваниями органов дыхания

1. Инвалидность сроком от 6 мес до 2 лет не устанавливается.
2. Инвалидность сроком на 2 года устанавливается при врожденных и приобретенных болезнях дыхательных органов (включая состояние после резекции легких). Клиническая характеристика: стойкая дыхательная недостаточность II степени и более или тяжелые и частые приступы бронхиальной астмы (4 и более в год).

3. Инвалидность сроком на 5 лет не устанавливается.

4. Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста устанавливается однократно при заболеваниях, патологических состояниях и пороках развития органов дыхания, не подлежащих оперативному лечению, с явлениями дыхательной недостаточности II степени и сердечной недостаточности; гормонозависимой бронхиальной астме; легочно-сердечной недостаточности III степени.

2.2. Алгоритмы диспансеризации детей с патологией желудочно-кишечного тракта и печени

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с хроническим гастритом и гастродуоденитом (группы здоровья III–IV)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром: в течение первого года наблюдения 1 раз в 3 мес, затем 2 раза в год (весной, осенью).

2. Сроки наблюдения врачами-специалистами:

- гастроэнтеролог – 2 раза в год;
- отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;
- копрограмма, кал на яйца глистов и цисты лямблий – 2 раза в год;
- эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) – 1 раз в год;
- тесты на *H. pylori* (гистологический, бактериологический, биохимический) – по показаниям;
- желудочное зондирование или рН-метрия – 1 раз в год по показаниям;
- УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы – раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5. Щадящая диета особенно рекомендуется весной (март, апрель) и осенью (сентябрь, октябрь).

Минеральные воды курсами по 3–4 нед 2 раза в год из расчёта 3 мл/кг массы тела ребёнка на приём 3–4 раза в сут. При повышенной кислотности минеральная вода даётся за 1–1,5 часа до еды, в теплом виде, дегазированная (Смирновская, Славяновская, Боржоми,

Чажемто, Карачинская и др.); при пониженной секреции применяется вода комнатной температуры за 15–30 минут до еды, медленно через соломинку (Миргородская, Ижевская, Джермук, Берёзовская, Арзни, Эссентуки №4 или №17, Чажемто, Карачинская и др.); при нормальной желудочной секреции назначают подогретую дегазированную воду слабой минерализации за 45–60 минут до еды (Боржоми, Нарзан, Эссентуки № 4, Смирновская).

Рекомендуется **санаторно-курортное лечение**: на курортах общероссийского значения не ранее чем через 6 мес после обострения (Эссентуки, Железноводск, Трускавец), затем в период ремиссии 1 раз в год (в местных санаториях допускается и в период неполной ремиссии, т. е. в первые 3 мес после обострения).

5. Противорецидивное лечение. Проводится дифференцировано 2 раза в год (весна, осень по 2–3 нед). Используются антацидные препараты (с учетом возрастных ограничений), блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, спазмолитики, М-холинолитики, ферменты, седативные средства, антихеликобактериальные средства (по показаниям).

Антацидные препараты целесообразно применять при высокой концентрации HCl, но можно и при любой кислотности у больного, различия будут касаться только дозы и длительности терапии (табл. 2). В детской практике хорошо зарекомендовали себя гастрофарм и викалин. *Гастрофарм* подавляет кислотность и протеолитическую активность желудочного сока и улучшает регенерацию слизистой оболочки желудка. *Викалин*, благодаря своей многокомпонентности, оказывает антацидное, вяжущее, противовоспалительное, антиспастическое, послабляющее, бактерицидное действие.

В комплексной противорецидивной терапии больных с хроническим гастритом или гастродуоденитом также используются **блокаторы H_2 -рецепторов гистамина**.

Физиотерапевтическое лечение: при умеренном болевом синдроме – электрофорез новокаина, папаверина, платифиллина на эпигастральную область и сегменты Th8–Th12 №7–10; индуктотермия на эпигастральную область №10; парафиновые или озокеритовые аппликации на эпигастральную область и спину №10; гальванический воротник по Щербаку №10–15 курсами 1–2 раза в год. Лазерная терапия.

Таблица 2

Антацидные препараты

Алюминий-содержащие	Магний-содержащие	Комбинированные (алюминий+магний содержащие)
Компенсан Актал Альфогель Фосфалюгель	Магниевое молочко Магалфил 400	Алюмаг 1 Альгикон 0,8 Мегалак 1 Маалокс (суспензия) 0,9 Маалокс (табл.) 1,1 Гастал 0,5–1 табл. 4 раза в сут
По 1 доз. л. 3–4 раза в межпищеварительный период и на ночь. Показаны при склонности к поносам	По 1 доз. л. 3–4 раза в сут и на ночь при склонности к запорам	

При секреторной недостаточности рекомендуется *заместительная терапия* курсом 3–4 нед 2–3 раза в год (табл. 3), а также препараты подорожника – плантаглюцид или сок подорожника, лекарственные средства с ферментным действием – мексаза, панзинорм-форте, стимулирующая терапия – пентоксил (10 сут), кислородные коктейли 1 раз в сут в течение 2 недель.

Показаны *репаратанты* (например, гастрофарм, метилурацил, облепиховое масло), *витамины* (группы В, С, А, Е, U) в дополнение к основной терапии.

Фитотерапия проводится после курса лекарственной терапии в течение 2–3 недель 2–3 раза в год в виде отваров и настоев (при повышенной кислотности – тысячелистник, зверобой, семя льна и укропа, корни валерианы, солодки, аира; при пониженной кислотности – календула, мята перечная, мать-и-мачеха, подорожник,

полынь, шалфей, плоды тмина, корень одуванчика). Затем назначаются минеральные воды (см. пункт 4).

Проведение противорецидивных и оздоровительных мероприятий эффективно сочетать с обучением детей, страдающих хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, и членов семьи в «гастрошколе». Целью работы школы является информирование обучаемых о сущности заболевания, методах диагностики, лечебном питании, медикаментозной и немедикаментозной терапии (фитотерапия, физиолечение, лечебная физкультура, водолечение), способах самоконтроля, а также проведение специалистами психологической реабилитации детей.

6. Трудовой режим – обычный.

7. Профилактические прививки через мес после обострения.

8. Двигательный режим. Освобождение от занятий на 5 недель от обострения, затем занятия в течение года в специальной группе, в дальнейшем – постоянно в подготовительной группе до снятия с диспансерного учёта.

9. Критерии снятия с учёта – через 3–5 лет после ликвидации клинических и инструментальных признаков болезни.

Таблица 3

Препараты для заместительной терапии

Препарат	Дозировка
<i>Абомин</i>	1/2 табл. с едой
<i>Ацидин-пепсин</i>	1/4–1 табл. 3 раза в сутки
<i>Пепсин</i>	0,05–0,3 3 раза в сутки на 1–3% растворе соляной кислоты

*Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми
с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
(группа здоровья III–IV)*

1. Сроки наблюдения участковым педиатром. После выписки из стационара в течение первого года наблюдения 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гастроэнтеролог – 2 раза в год;
- отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год;
- хирург, психотерапевт – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов – 2 раза в год;
- кал на скрытую кровь – 2 раза в год;
- ЭГДС – 1–2 раза в год по показаниям; 1 раз в 3–4 мес в первый год после постановки диагноза, на втором году – 1 раз в 6 мес, далее 1 раз в год;
- тесты на *H. pylori* (*Helicobacter pylori*) (гистологический, бактериологический, биохимический) – 1 раз в год по показаниям;
- желудочное зондирование или рН-метрия – 1 раз в год;
- УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы – 1 раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №1 в острый период, затем – №5. При лечении препаратами висмута и нарушениях процессов утилизации лактозы показано назначение безмолочной диеты (стол №4). Приём пищи 5–6 раз в сут. Пища должна быть механически хорошо обработана с достаточным содержанием белков, витаминов, с ограничением углеводов и поваренной соли. Режим: ограничение физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Психотерапия. Обучающий курс в гастрошколе.

Санаторно-курортное лечение: местные санатории и курорты через 3 мес после обострения. Курорты общероссийского значения (Ессентуки, Железноводск, Трускавец) через 6 мес после обострения под контролем ЭГДС, затем – 1 раз в год.

5. Противорецидивное лечение – 2 раза в год (в сентябре и январе-феврале с учетом максимальной частоты обострений или индивидуальной сезонности), курсы по 3–4 нед.

В зависимости от жалоб, данных клинико-лабораторно-инструмен-

тального обследования назначаются следующие **группы препаратов:**

1) Антацидные (табл. 2).

2) Антисекреторные, включающие 3 группы:

а) М-холинолитики:

- неселективные (атропин, платифиллин, метацин) не рекомендуется применять в детском возрасте;

- селективные, нового поколения – гастропепин внутрь по 25 мг утром и на ночь 2–3 нед; риабал детский по 1 мг/кг 3 раза в сут 2–3 нед.

б) Блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов:

- I поколения (циметидин, тагамет) в настоящее время почти не употребляются;

- II поколения – ранитидин, зантак, ранисан, рантак;

- III поколения – фамотидин, квамател, гастросидин;

- IV поколения – низатидин, аксид;

- V поколения – роксатидин.

Показания для использования у детей ограничены язвенной болезнью с резко повышенной кислотной продукцией – более 20 мэкв/ч и синдромом Золлингера–Эллисона. Вызываемое этими препаратами выраженное подавление кислотообразования, вплоть до ахлоргидрии, значительно снижает барьерную функцию желудка и способствует увеличению обсемененности слизистой оболочки желудка различными микроорганизмами, в том числе и *H. Pylori*. Другой важный негативный момент употребления антисекреторных препаратов – нарушение нейрогуморальной регуляции желудка с развитием после их отмены феноменов «отдачи» или «рикошета», т. е. резкое повышение секреции с развитием рецидива заболевания.

в) Ингибиторы H^+, K^+ -АТФазы (омепразол, оmez, лансопразол, пантопразол) из-за выраженного антисекреторного эффекта в детском возрасте используются строго по показаниям.

Для профилактики обострений язвенной болезни применяют несколько видов терапии антисекреторными препаратами: 1) непрерывный, 2) по требованию, 3) терапия выходного дня. Непрерывную поддерживающую терапию назначают при отсутствии эффекта от базисной терапии при осложнениях язвенной болезни, при сопутствующем рефлюкс-эзофагите, при грубых рубцовых изменениях в половинной дозе антисекреторных препаратов. При поддерживающей терапии «по

требованию» больной сам определяет необходимость приема препаратов по самочувствию; при «терапии выходного дня» препараты применяют еженедельно с пятницы по воскресенье.

3) Цитопротекторы (сукральфат – Сукрат 0,5–1,0 г 4 раза в сут за 30 минут до еды и на ночь; препараты висмута – Де-нол 4 мг/кг).

4) Прокинетики (метоклопрамид – церукал, домперидон – мотилиум).

При наличии **хеликобактериоза** показаны 7–14-дневные курсы терапии с использованием схем лечения и препаратов, утвержденных на IX Съезде педиатров России (2000). К препаратам, рекомендованным для использования у детей с 5-летнего возраста в эрадикационной терапии, относятся следующие:

- Висмута трикалия дицитрат (де-нол) – 4 мг/кг.
- Амоксициллин (флемоксин сольутаб) – 25-30 мг/кг (до 1 г/сут).
- Кларитромицин (клацид, фромилид) – 7,5 мг/кг (до 500 мг/сут).
- Рокситромицин (рулид) – 5—8 мг/кг (до 300 мг/сут).
- Азитромицин (сумамед) – 10 мг/кг (до 1 г/сут).
- Нифурател (макмирор) – 15 мг/кг.
- Фуразолидон – 20 мг/кг.
- Метронидазол – 40 мг/кг.
- Омепразол (лосек, лосек-МАПС) – 0,5 мг/кг.
- Ранитидин (зантак) – 300 мг/кг.

Данные препараты назначают по 2 раза в сут (за исключением фуразолидона – 4 раза в сут), используют тройную схему лечения на базе ингибиторов протонной помпы или де-нола (при первичном обнаружении *H. pylori*) или квадротерапию (при неэффективности эрадикации первой линии, а также при наличии больших или множественных язв).

В комплекс противорецидивной терапии включаются также препараты-метаболиты и кофакторы метаболизма: липоевая кислота, никотиновая кислота, витамины (А, В₁, В₂, В₆, U) в возрастной дозе 2 раза в сут до еды, курс 10 сут. По показаниям – седативные средства, малые транквилизаторы.

Также назначаются корректирующие биоценоз кишечника препараты – пробиотики (лактобактерин, бифидумбактерин, аципол, линекс, бактисубтил, биовестин, трилакт и др.), пребиотики (хилак форте, лактусан, лактофильтрум и др.) и комбинированные препараты с пре- и

пробиотическим действием (бифиформ, нормобакт, риофлора).

Физиотерапевтическое лечение при астеновегетативном синдроме включает электрофорез с бромом на воротниковую зону через сут №10 х 2 курса в год; при умеренно выраженном болевом синдроме – электрофорез на эпигастральную область с новокаином, хлористым кальцием, дротаверином. Используются также парафиновые и озокеритовые аппликации №10–15, курсы 1–2 раза в год, лазеротерапия, магнитотерапия, синусоидально модулированные токи, иглорефлексотерапия.

После курса медикаментозной терапии и физиотерапии в течение 3 недель проводится **фитотерапия** (ромашка, тысячелистник, мята, зверобой, крапива, льняное семя, корни алтея, валерианы, солодки, аира, шиповник).

Затем назначаются **минеральные воды**: Ессентуки №17, №4, Смирновская, Славяновская, Боржоми, Чажемто в тёплом виде (36–46°) без газа за 1–1,5 часа до еды 1/3–2/3 стакана (до 10 мл/ год жизни) 2–3 раза в сут курсами по 3–4 нед до 2 раз в год.

6. Трудовой режим. Для школьников рекомендованы дополнительный выходной день в нед, освобождение от переводных экзаменов, общественно полезного труда, летней трудовой практики. Выпускные экзамены по облегченному типу.

7. Прививочный режим по календарю через 1 мес после обострения.

8. Двигательный режим. Освобождение от физкультуры на 6 мес после обострения. ЛФК. Затем назначается специальная или подготовительная группа.

9. Критерии снятия с учёта. Ребенок с учёта не снимается до перевода в поликлинику общелечебной сети.

Инвалидность (V группа здоровья) оформляется при осложнении болезни на срок до 2 лет.

10. Профессиональная ориентация. Противопоказаны профессии, связанные с физическим и нервно-психическим перенапряжением, с невозможностью регулярного питания, длительным вынужденным положением, с напряжением пресса, а также с неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсическими веществами, шумом, вибрацией, всеми видами излучений, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с дискинезиями желчевыводящих путей (группа здоровья II)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, далее 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гастроэнтеролог – 1 раз в 3 мес, далее 1 раз в 6 мес;

- отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год.

Другие специалисты по показаниям.

3. Уровень лабораторного и инструментально-графического обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;

- кал на яйца глистов, на цисты лямблий, копрограмма – 2 раза в год;

- биохимический анализ крови (билирубин, фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, холестерин, амилаза, сахар крови) 1 раз в год;

- УЗИ печени, желчного пузыря с функцией, поджелудочной железы – 2 раза в год на первом году, далее 1 раз в год;

- дуоденальное зондирование – 2 раза в год в течение первого года, далее 1 раз в год при необходимости;

- ЭГДС – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5 в течение 1–2 лет с ограничением жирных блюд, экстрактивных веществ. Важен регулярный прием пищи. Избегать переедания, еды всухомятку. Режим общий. Регулирование физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Витаминизация. Санация носоглотки. Санаторно-курортное лечение спустя 3 мес после обострения, в период ремиссии, затем – 1 раз в год (Ессентуки, Железноводск).

5. Противорецидивное лечение в течение первых 3 мес после обострения по 10 сут каждого мес, затем 2 раза в год (весна, осень) в течение 3–4 недель.

С учётом типа дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) назначают желчегонные препараты на 10–14 сут (табл. 4).

Следует отметить, что большинство желчегонных препаратов обладает сочетанным действием (холеретическим и холекинетическим) и созданы на основе растительного сырья:

- хологол (на основе экстракта корня куркумы, коры крушины,

эфирного и оливкового масел);

- хофитол (на основе экстракта листьев артишока);

- гепабене (на основе экстрактов дымянки лекарственной и плодов расторопши пятнистой);

- фламин (на основе цветков бессмертника песчаного);

- аллохол (на основе желчи, чеснока, листьев крапивы, активированного угля);

- фебихол (на основе куркумы) и др.

Некоторые препараты оказывают также гепатопротективный, спазмолитический, анальгезирующий, антибактериальный эффекты (гепатофальк планта).

При гипермоторной форме назначают спазмолитики на 5 сут, затем холензим, оксафенамид, олиметин, чай «Холафлукс», кукурузные рыльца, бессмертник. При гипомоторной форме – прокинетики (мотилиум, церукал) на 5 сут, затем фламин или хофитол, оливковое и подсолнечное масло, сорбит и ксилит, сернокислую магнезию, альгинат магния.

• **Тюбажи** проводятся 1 раз в нед №5–7 после обострения и во время сезонной вторичной профилактики. При гипотонических формах – с минеральной водой Эссентуки №17, Джермук, Арзни, 25–33% раствором магния сульфата, 10–20% раствором сорбита или ксилита. При гипертонических формах – с щелочными минеральными водами типа Смирновская, Славяновская, Эссентуки №4, с отваром кукурузных рылец.

Рекомендуются курсы витаминов (В₁, В₂, В₆, С) 3 нед 2 раза в год, седативные или общетонизирующие препараты.

• **Физиотерапия**: при гипертонической форме – индуктотермия, электрофорез новокаина, платифиллина, папаверина на область печени №10; при гипотонической форме – СМТ, электрофорез магния сульфата на область правого подреберья №10.

• **Фитотерапия** по 3 нед 2 раза в год: при гипертонической форме – бессмертник, кукурузные рыльца, зверобой, ромашка, горец змеиный, змеевик, крапива двудомная, мята перечная; при гипотонической – аир болотный, бессмертник, мята перечная, одуванчик, тмин обыкновенный, вахта трехлистная, береза бородавчатая и пушистая.

Таблица 4

Желчегонные средства

Препарат	Дозировка
<i>Холеретики:</i>	
Аллохол	1/2–1 табл. 3 раза в сут.
Артишока экстракт	1 др. 3–4 раза в сут. с едой (дети старше 12 лет)
Бессмертник	0,5 мл экстракта 3 раза в сут.
Берберин	5 мг 3 раза в сут до еды
Гепабене	3–6 капс. в сут (взрослые)
Никодин	1/2–1 табл. (0,5) 3 раза в сут.
Рыльца кукурузы	20 капель экстракта до еды
Фламин	1/2–1 табл. до еды
Холензим	1/2 табл. после еды
Холосас	1/2–1 ч. л. 3 раза в сут.
Циквалон	1/2 табл. (0,1) 3 раза в сут.
<i>Холекинетики:</i>	
Ксилит	7–10 г 3 раза в сут
Магния сульфат	25 р-р –1/2 ст. л.
Сорбит	30 мл 10% р-ра до еды 8–10 мг/кг/сут (капс. 0,25 г)

После курса фитотерапии назначаются *минеральные воды* малой и средней минерализации – Смирновская, Славяновская, Боржоми, Ессентуки в теплом виде, дегазированная, до еды в зависимости от секреторной функции желудка (см. хронический гастродуоденит).

6. Трудовой режим обычный.

7. Прививочный режим по календарю, через 1 мес после обострения.

8. Двигательный режим. Освобождение от занятий физкульту-

ры на 5 недель от обострения, затем специальная группа на 6 мес после обострения, далее – подготовительная на 2 года. ЛФК. Основная группа не ранее чем через 1 год после обострения и после исчезновения клинических проявлений.

9. Критерии снятия с учёта – через 3 года при отсутствии обострений.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с хроническим холециститом (группы здоровья III–IV)

1. Сроки осмотра участкового педиатра 1 раз в 3 мес после обострения, далее 2 раза в год.

2. Сроки осмотра специалистов наблюдения:

- гастроэнтеролог – в первый год после острого периода 1 раз в 3 мес, далее 2 раза в год;
- отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год;
- хирург – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;
- биохимический анализ крови (белок и фракции, С-реактивный белок (СРБ), билирубин и фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, холестерин, сахар крови) – 1 раз в год;
- кал на яйца глистов и цисты лямблий, копрограмма – 2 раза в год;
- УЗИ печени, желчного пузыря с определением функции, поджелудочной железы – 2 раза в год после обострения, затем 1 раз в год;
- дуоденальное зондирование – по показаниям;
- ЭГДС – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5 с ограничением жареного, копчёного и острых блюд. Соблюдение режима питания, труда и отдыха. Ограничение физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Витаминизация. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение не ранее чем через 6 мес после обострения (Ессентуки, Железноводск, Трускавец).

5. Противорецидивное лечение. В течение 6 мес после обострения по 10–14 сут ежемесячно, далее 2 раза в год (весна, осень) по 3–4 нед. Назначаются *желчегонные препараты* (оксафенамид, никодин,

циквалон, олиметин, одестон, фламин, хофитол), в том числе гепатофальк планта – на 1 мес, поливитамины, ферментные препараты (дигестал, фестал, креон, панзинорм) 2–3 нед, прокинетики или спазмолитики до 2 недель. Лечение дисбиоза кишечника, лямблиоза.

Минеральные воды (Смирновская, Славяновская, Боржоми, Джермук, Северная, Сольвычегодская, Чажемто и др.) в теплом виде, без газа, до еды в зависимости от секреторной функции желудка (см. хронический гастродуоденит). Рекомендуются: тюбажи, физиотерапевтическое лечение, грязелечение. Лечение дисбиоза кишечника, лямблиоза.

Показана **фитотерапия** (бессмертник песчаный, душица обыкновенная, зверобой продырявленный, календула лекарственная, пижма обыкновенная, расторопша пятнистая, ромашка аптечная, тысячелистник обыкновенный, барбарис обыкновенный и др.).

При желчно-каменной болезни (ЖКБ) у детей рекомендуются пищевые волокна (мукофальк – на основе гидрофильных волокон наружной оболочки семян подорожника овального), литолитики (препараты на основе хенодезоксихолевой и урсодезоксихолевой кислот). Одним из основных препаратов, используемых для лизиса билиарного сладжа и желчных конкрементов в педиатрической практике, является урсофальк, который выпускается в виде суспензии и капсулах. Назначается длительным курсом от 3–6 до 12 мес. При уменьшении размеров камней курс продлить до 18–24 мес, после их растворения – еще 3 мес. При желчной колике используются спазмолитики: м-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, метацин, гиосцина бутилбромид (бускопан) и др.), миотропные спазмолитики (папаверин, дротаверина гидрохлорид (но-шпа), мебеверин (дюспаталин, спарекс) или комбинированный препарат баралгин. В комплексной терапии неосложненной желчекаменной болезни используются желчегонные препараты, уменьшающие литогенность желчи, преимущественно в I стадию курсами по 3 нед (одестон, холагогум, холагол, олиметин).

6. Трудовой режим – обычный.

7. Прививочный режим – профилактические прививки не противопоказаны.

8. Двигательный режим – освобождение от занятий физкультуры на 5–8 недель, затем специальная группа 6 мес после обострения,

далее 2 года подготовительная, через 2 года основная группа.

9. Критерии снятия с учета – через 3–4 года полной клинико-лабораторной ремиссии.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми, страдающими хроническим панкреатитом (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- до 1 года – 1 раз в мес;
- 1–3 лет – 1 раз в 3 мес;
- старше 3 лет – 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гастроэнтеролог – 1 раз в 3 мес (первые 2 года наблюдения), далее 1 раз в 6 мес в течение 2 лет; через 3 года от начала заболевания 1 раз в год;

- стоматолог, отоларинголог – 1 раз в 6 мес;
- хирург, эндокринолог – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 1 раз в 3 мес, через 2 года наблюдения – 1 раз в 6 мес;

- биохимический анализ крови (белок и фракции, амилаза, липаза, сахар, билирубин и фракции, щелочная фосфатаза, уровень α_2 -глобулинов) – 1 раз в 3 мес в течение 2 лет наблюдения, затем 1 раз в 6 мес.;

- амилаза (диастаза) мочи – 1 раз в квартал, затем 1 раз в 6 мес.;

- копрологическое исследование на стеаторею, креаторею, определение уровня фекальной эластазы-1 – 1 раз в 3 мес, затем 2 раза в год;

- УЗИ органов брюшной полости – 1 раз в 6 мес в течение 2 лет наблюдения, затем 1 раз в год;

- коагулограмма, тест на толерантность к глюкозе – по показаниям;

- дуоденальное зондирование – по показаниям;

- компьютерная томография поджелудочной железы – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5 (панкреатический стол) постоянно, не менее 3 лет. Рекомендуются дробное питание с исключением экстрактивных веществ, грубой растительной клетчатки,

молока, с ограничением животного жира и углеводов, отказ от трудно перевариваемой пищи (холодная пища, бобовые). Режим щадящий. Исключение физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Курсы витаминов С, А, В₅, В₆, В₁₅ по 2 нед каждого мес. Санация очагов хронической инфекции.

Местные санатории и общероссийского значения (Пятигорск, Железноводск, Ессентуки) через 6 мес при отсутствии активности процесса. Противопоказания к санаторному лечению: деструктивно-некротический процесс, печёночная недостаточность, хронический агрессивный гепатит.

5. Противорецидивное лечение. После выписки из стационара назначают 2 курса по 2 нед с перерывом 2 нед препаратов, улучшающих микроциркуляцию (эуфиллин, трентал, курантил) и репаранты (метацил); затем 1 раз в мес не менее 3 сут; на 2–3-м году – 1–2 курса в год. Показаны современные антисекреторные средства (для создания функционального покоя поджелудочной железы и с целью подавления желудочной секреции): блокаторы H₂-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин) и ингибиторы H⁺,K⁺-АТФазы (омепразол, рабепразол, эзомепразол), заместительная терапия ферментными препаратами – панкреатические энзимы, содержащие амилазу, липазу, трипсин (креон, мезим форте, пролипаза), комбинированные препараты (дигестал, энзистал) по 7–14 сут 1 раз в мес в течение 3–6 мес, желчегонные по необходимости. Рекомендуются биопрепараты.

Физиотерапевтическое лечение (только в стадию стихания обострения) – электрофорез новокаина, папаверина гидрохлорида, но-шпы, платифиллина на область проекции поджелудочной железы (Th7–L1).

С осторожностью проводится **фитотерапия**: трава тысячелистника обыкновенного, цветки ромашки аптечной, листья мяты перечной, лист подорожника большого, шишки ольхи клейкой, плоды черники и черемухи, шалфей.

Минеральные воды Смирновская, Славяновская, Ессентуки, Северная, Сольвычегодская с учетом сопутствующей патологии желудка и желчевыводящих путей, состояния желудочной секреции по 3–4 нед 2 раза в год.

6. Трудовой режим зависит от тяжести процесса. Школьникам возможность организации дополнительных сут отдыха. Освобождение

от летнего трудового обучения, щадящий режим переводных и выпускных экзаменов.

7. Прививочный режим. Вакцинация противопоказана, разрешена лишь в периоде стойкой ремиссии (через 2 года после стабилизации процесса).

8. Двигательный режим. ЛФК в течение 3–6 мес, затем занятия физкультурой в специальной группе; не ранее чем через 2 года – в подготовительной; через 3 года от начала заболевания в стадии стойкой ремиссии возможен перевод в основную группу без участия в соревнованиях.

9. Критерии снятия с учета. Наблюдается до передачи во взрослую сеть.

10. Профориентация. Противопоказаны профессии, связанные с контактом с токсическими, химическими веществами, шумом, вибрацией, предписанным темпом работы, сопряжённые с физическим и нервно-психическим напряжением.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с хроническим колитом, энтероколитом (группы здоровья III–IV)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, далее 2 раза в год.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гастроэнтеролог – в первый год после обострения 1 раз в 3 мес, затем 1 раз в 6 мес;

- отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год;

- физиотерапевт – 2 раза в год;

- невролог, хирург, гинеколог – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 1 раз в квартал первый год, затем 1 раз в 6 мес;

- копрограмма, кал на яйца глистов и цисты лямблий, кал на скрытую кровь, кал на дисбактериоз – 1 раз в 3 мес в течение первого года наблюдения, затем 2 раза в год;

- УЗИ органов брюшной полости, малого таза, кишечника – 2 раза в год;

- рентгенологическое обследование кишечника, ректороманоскопия – при постановке диагноза, затем по показаниям;

- колоноскопия с биопсией – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №4 с ограничением грубой клетчатки, жареного, жирного, острых консервов и приправ, бобовых, газированных напитков, молока. Рекомендуются использование адаптированных лечебных смесей для энтерального питания (Пептамен (Нестле, Швейцария), Нутриэн Элементаль (Нутритек, Россия). Режим с ограничением физической нагрузки, психоэмоциональный покой. Витаминизация. Санаторно-курортное лечение через 6 мес после обострения, затем – 1 раз в год (Ессентуки, Железноводск).

5. Противорецидивное лечение. Проводится 2 раза в год (весна, осень). Коррекция кишечного дисбиоза поэтапно. Для улучшения процессов пищеварения – ферментотерапия (панцитрат, мезим форте), комбинированные препараты (фестал, дигестал, энзистал). Широко используются энтеросорбенты: углеродные адсорбенты (ваулен, микросорб II), на основе лигнина (полифепан), природного (смекта, каолин) и химического происхождения (энтеросгель). Нормализация моторной функции в зависимости от характера нарушений.

Минеральные воды: при склонности к диарее – Ессентуки-4, Берёзовская; при склонности к запорам – Ессентуки-17, Баталинская, Арзни, Славяновская, Чажемто 2–3 раза в год в течение мес.

Фитотерапия – 2 нед каждого мес в течение 6 мес после обострения. При метеоризме: отвар ромашки аптечной, мяты перечной, фенхеля, тмина. При диарее: отвар из плодов черёмухи, черники, ольховых шишек, корневища аира, гранатовых корок.

Физиотерапия: парафиновые или озокеритовые (45–50°) аппликации на область живота на 20–30 минут №8–10; электрофорез витамина В₁ и витамина С по Вермелю №10; электрофорез с новокаином, платифиллином, кальцием на область живота и сегменты (Th8–L1) через сут №15. В фазе ремиссии: кишечные промывания, субаквальные ванны, грязи. При спастических болях: дротаверин, бускопан, галидор, платифиллин.

6. Трудовой режим. Освобождение от общественно полезного труда, летнего трудового обучения.

7. Прививочный режим по календарю, через 1 мес после обострения.

8. Двигательный режим. Освобождение от занятий на 5–8 не-

дель от обострения, затем 6 мес в специальной группе, до 2 лет – в подготовительной группе. Лечебная физкультура.

9. Критерии снятия с учета – через 5 лет после последнего обострения. При функциональных расстройствах кишечника и синдроме раздраженного кишечника – 1 год.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с хроническим гепатитом (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- до 1 года – 1 раз в мес;
- 1–3 года – 1 раз в 3 мес;
- старше 3 лет – 1 раз в 3 мес в течение первых 2 лет, далее 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гастроэнтеролог – 1 раз в 3 мес (первые 2 года наблюдения), далее 1 раз в 6 мес в течение 2 лет, через 4 года от начала заболевания – 1 раз в год;
- инфекционист – 1 раз в 3 мес (по показаниям – чаще) первые 2 года наблюдения, затем – 1 раз в 6 мес;
- стоматолог, отоларинголог – 1 раз в 6 мес.

Другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ, кал на яйца глистов – 1 раз в 3 мес в течение 2 лет наблюдения, затем 1 раз в 6 мес;
- УЗИ печени и желчевыводящих путей 1 раз в 6 мес в течение 2 лет, затем 1 раз в год;
- биохимический анализ крови (билирубин, активность трансаминаз, общий белок и фракции, тимоловая проба, глюкоза крови, щелочная фосфатаза, HBsAg, маркёрный спектр вирусных гепатитов, анализ крови на ВИЧ), коагулограмма – 1 раз в 3 мес в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 мес;
- дуоденальное зондирование – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5 постоянно не менее 3 лет. Режим щадящий. Показаны чередующиеся 2-недельные курсы витаминов (С, А, В5, В6, В15 и др.). Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение в местных санаториях. Ку-

рорты общероссийского значения через 6 мес при отсутствии активности процесса (Пятигорск, Железноводск, Ессентуки).

Противопоказания для санаторно-курортного лечения: деструктивно-некротический процесс, печёночная недостаточность, хронический агрессивный гепатит.

5. Противорецидивное лечение (разрабатывается совместно с врачом-инфекционистом и детским гастроэнтерологом).

Рекомендуются:

- **интерферонотерапия** (курсы до 6 мес);
- **дренажи** по Демьянову 2 раза в нед;
- **фитотерапия** (желчегонный чай, отвар бессмертника, трилистника, корня одуванчика, листьев перечной мяты, цветков ромашки, кукурузных рылец);
- **биопрепараты**;
- **ферментотерапия**: панкреатические ферменты (мезим форте, пролипаза), комбинированные препараты (фестал, дигестал, энзистал);
- **минеральные воды** – 2 раза в год (Ессентуки, Славяновская);
- **физиотерапевтическое лечение**: озокеритовые аппликации на область печени, лазеротерапия.

По показаниям (хронический аутоиммунный гепатит) назначаются кортикостероиды, цитостатики, гепатопротекторы (карсил, эссенциале, легалон).

6. Трудовой режим. При хроническом агрессивном гепатите (IV–V группы здоровья) рекомендуется домашнее обучение. Школьникам организуют дополнительные выходные дни, освобождение от летнего трудового обучения. При печёночной недостаточности – освобождение от переводных и выпускных экзаменов.

Инвалидность оформляется на 2 года, а при необратимом нарушении функций печени до 18 лет.

7. Прививочный режим. Вакцинация противопоказана, разрешена лишь в периоде стойкой ремиссии (через 2 года после стабилизации процесса).

8. Двигательный режим. ЛФК в течение 1 года в условиях детской поликлиники или центров восстановительного лечения, далее занятия физкультурой в специальной группе 2 года, затем подготовительная группа.

9. Критерии снятия с учета – наблюдается до передачи во взрослую сеть.

10. Профорientация. Противопоказаны профессии, связанные с контактом с токсическими, химическими веществами, шумом, вибрацией, предписанным темпом работы, сопряжённые с физическим и нервно-психическим напряжением.

Инвалидность детей с заболеваниями органов пищеварения

1) Инвалидность на срок от 6 мес до 2 лет – при осложненном течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

2) Инвалидность на срок от 2 до 5 лет – при заболеваниях, патологических состояниях, пороках развития желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей, циррозах печени, хроническом гепатите, непрерывно рецидивирующем язвенном процессе, терминальном илеите. Клиническая характеристика: стойкие резко выраженные нарушения функций пищеварения или функций печени.

3) Инвалидность на срок 5 лет – при заболеваниях, повреждениях, пороках развития пищевода, желудочно-кишечного тракта (после тотальной резекции желудка или 2/3 тонкой кишки, хронической кишечной спаечной непроходимости с множественными свищами, непроходимости пищевода с гастростомой и без нее, искусственным пищеводом, целиакией). Клиническая характеристика: стойкие резко выраженные нарушения функций пищеварения, стойкие выраженные недержания кала, каловые свищи, не поддающиеся хирургической коррекции или не подлежащие по срокам хирургическому лечению.

4) Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста – при циррозе печени, хроническом гепатите с выраженной активностью, стойким необратимым нарушением функций печени при врожденных, наследственных, приобретенных заболеваниях.

2.3. Алгоритмы диспансеризации детей с сердечно-сосудистой патологией и системными заболеваниями соединительной ткани

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с хроническими очагами инфекции и вторичными изменениями со стороны сердца (угрожаемые по ревматической лихорадке) (группы здоровья III–IV)

1. Сроки диспансерного наблюдения участковым педиатром и кардиоревматологом до санации очагов хронической инфекции 1 раз в 3 мес, после санации – осмотр через мес, затем 2 раза в год.

2. Осмотры специалистов:

- стоматолог – 2 раза в год;
- отоларинголог – 2 раза в год;
- физиотерапевт – 2 раза в год (весна, осень);
- другие специалисты по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;
- мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам – 1 раз в год;
- ЭКГ – 2 раза в год;
- УЗИ сердца – по показаниям;
- биохимический анализ крови по показаниям (артралгии, изменения показателей крови, интоксикация, повторные гнойные ангины).

4. Оздоровительные мероприятия. Полноценная калийсодержащая диета с ограничением острых блюд. Режим общий. Витаминизация. Санация очагов хронической инфекции, местные санатории.

5. Противорецидивное лечение весной и осенью курсами 2–4 нед. Сезонная *бициллинопрофилактика* не менее 2 лет (бициллин-5, экстенциллин, ретарпен), в сочетании с *нестероидными противовоспалительными препаратами* (ибупрофен, диклофенак), а также *витаминно-минеральные комплексы*, общеукрепляющие средства, *бактериальные лизаты*.

6. Трудовой режим – обычный.

7. Прививочный режим – по календарю, не ранее чем через 2–4 нед после обострения хронической носоглоточной инфекции или перенесённого интеркуррентного заболевания.

8. Двигательный режим: физкультурная группа – подготовительная, при снятии с учёта – основная, разрешаются спортивные мероприятия при нормальных показателях ЭКГ и УЗИ сердца.

9. Критерии снятия с учёта – через 2 года после ликвидации очага хронической инфекции и связанных с ним признаков общей интоксикации.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с врождёнными пороками сердца (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- I фаза врожденного порока сердца – ВПС (первичной адаптации без недостаточности кровообращения – НК) – 2 раза в год.

- II фаза порока (относительной стабилизации) – после выписки из стационара – 1 раз в мес в течение 6 мес, затем 1 раз в 2 мес в течение 6 мес и далее 2 раза в год.

Ребёнка первого года жизни без признаков НК участковый педиатр наблюдает 1 раз в мес, с признаками НК – 2 раза в мес.

После операции – осмотр 1 раз в 1–3 мес, далее 1–2 раза в год.

2. Сроки осмотра узкими специалистами:

- кардиолог – дети первого мес жизни с ВПС наблюдаются кардиологом еженедельно, в первом полугодии – 2 раза в мес, во втором – ежемесячно. После года – в среднем 2–4 раза в год. При тяжёлой адаптации (НК, лёгочная гипертензия и одышечно-цианотические приступы при пороках «синего» типа) 1 раз в 1–3 мес. После операции – 1 раз в 2–3 мес, затем 1–2 раза в год (из-за риска развития бактериального эндокардита).

Показания к госпитализации ребенка: уточнение диагноза, появление НК, гипоксемические кризы, интеркуррентные заболевания. Плановая госпитализация в стационар или кардиоцентр – не реже 1 раза в 2 года;

- кардиохирург – устанавливает топический диагноз, определяет сроки оперативного лечения (II фаза порока);

- стоматолог, отоларинголог – 2 раза в год.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год; после перенесенной операции – через 1–3 мес;

- рентгенологическое обследование – рентгенография грудной клетки во фронтальной и левой боковой проекциях 1 раз в год;
- ЭКГ – 2 раза в год;
- УЗИ сердца – 2 раза в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета рациональная, калий-содержащая, с ограничением солёной и острой пищи, жареных и копчёных блюд (стол №10, 10а, 10б). Соблюдается принцип ограничения углеводов при нормальном количестве белков и жиров. Витаминизация. Режим умеренно щадящий. Полезны аэрация, проветривание помещений, прогулки на свежем воздухе. Санация очагов хронической инфекции. Повышение сопротивляемости организма, лечебная физкультура.

Радикальным методом лечения является хирургическая помощь. Противопоказанием к хирургической коррекции является НК, геморрагический синдром, осложнения со стороны ЦНС. В любом случае показания и сроки хирургического лечения определяет кардиохирург.

Показана реабилитация в местных санаториях. Широко используется водолечение: хвойные, кислородные, хлоридные, натриевые, йодобромные, углекислые ванны по щадящей методике. Применяются и другие факторы курортной реабилитации.

5. Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год (весна, осень) *кардиотропными препаратами*, нормализующими обменные процессы в мышце сердца, повышающими энергетический баланс миокарда: кокарбоксилаза, АТФ, коргормон, глутаминовая кислота, милдронат, витамины В₁, В₂, В₅, В₁₅, магне-В₆. Нестероидные и стероидные анаболиты используют для улучшения белкового обмена – инозин (рибоксин), оротат калия, магния оротат (магнерот), витамин В₁₂, ретаболил. Для улучшения энергетического обмена – фосфаден (АМФ, витамин В₈), цитохром (Цито-Мак), милдронат, нео-тон, актовегин, витамин В₁₅ (кальция пангамат). Коррекция электролитного обмена – препараты калия и магния: аспаркам, панангин, магнерот. Антиоксидантная терапия включает в себя поливитаминные препараты с высоким содержанием витаминов А, С, Е, микроэлемента селена (оксигард, витамакс плюс, олигогал-Se), эссенциале, мексидол, димефосфон, эмоксипин.

Сердечные гликозиды, мочегонные средства, антиаритмики назначаются при наличии признаков НК, сложных или угрожающих

нарушениях ритма сердца в условиях стационара. Ребёнок выписывается на поддерживающей дозе препаратов, длительность применения которых решается кардиологом.

При возникновении интеркуррентных инфекционных заболеваний детям с ВПС необходимо проведение антибиотикотерапии (пенициллины, макролиды).

В целях *профилактики инфекционного эндокардита* проведение даже малых хирургических операций (экстракция зуба, аденоотомия, тонзилэктомия, катетеризация мочевого пузыря и др.) требует назначения антибиотикотерапии детям с ВПС из групп риска по развитию инфекционного эндокардита. Используются полусинтетические пенициллины, макролиды перорально, а при манипуляциях на ЖКТ или мочеполовых путях – парентерально в сочетании с гентамицином за 1–2 дня до операции и в течение 3 сут после нее.

Физические методы реабилитации детям с ВПС: курсы лечебного массажа по 20 сеансов в мес ежеквартально. Рекомендован массаж мышц туловища, сегментарный массаж области позвоночника и воротниковой зоны, точечный лазерный массаж.

5. Трудовой режим зависит от вида порока, состояния компенсации. При тяжёлом врождённом пороке сердца (признаки НК, одышно-цианотические приступы) оформляется инвалидность (группа здоровья V); организуется домашнее обучение, льготное обеспечение лекарственными формами. При отсутствии вышеперечисленных признаков ребёнок может посещать детское образовательное учреждение с облегченным режимом труда и отдыха (дополнительный выходной день или уменьшение количества уроков, освобождение от общественно полезного труда и летнего трудового обучения).

Ребёнок с ВПС, посещающий ДООУ, школу, может часто инфицироваться, болеть острыми бронхолёгочными заболеваниями, что утяжеляет течение основной патологии. Участковый врач должен рекомендовать по возможности домашнее обучение.

6. Прививочный режим. Профилактические прививки противопоказаны при сложных цианотических пороках, при пороках «бледного» типа, при наличии признаков эндокардита, НК. В остальных случаях вакцинация проводится по индивидуальному календарю после консультации кардиолога и иммунолога. У ребёнка не должно быть

остаточных явлений интеркуррентных заболеваний. После вакцинации ребёнок наблюдается участковым педиатром на 2–3-и сут после прививки и далее 1 раз в нед 1–2 раза.

7. Двигательный режим назначается с учётом самочувствия ребёнка (подвижные игры), так как дети сами ограничивают свою двигательную активность. Пациентам с изолированными и единичными малыми аномалиями сердца без нарушения гемодинамики и ритма сердца (ПМК I степени без регургитации, открытое овальное окно размером не более 2–4 мм и без сброса крови, единичная ложная хорда, двустворчатый аортальный клапан без признаков повышения градиента давления на клапане и др.) разрешены занятия физкультурой в общей группе, но без интенсивных изометрических нагрузок и без участия в соревнованиях. При отсутствии нарушения гемодинамики физкультурная группа в ДОУ и школе – подготовительная, при наличии НК – ЛФК. После оперативного лечения освобождение от физкультуры на 2 года и более, при симптомах НК – постоянное.

8. Критерии снятия с учета. Наблюдается до перехода в поликлинику общелечебной сети. После операции по поводу ВПС длительность диспансеризации определяется кардиоревматологом, но не менее 3 лет.

9. Профессиональная ориентация. Не рекомендуется деятельность, связанная с физическим и нервно-психическим перенапряжением, работа в душных, горячих цехах, на высоте, в метро, шахтах.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с синдромом вегетативной дисфункции (группа здоровья II)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром и кардиоревматологом – 1 раз в 3–6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- невролог – 1 раз в 3 мес, психолог – индивидуально;
- отоларинголог – 2 раза в год;
- стоматолог – 2 раза в год;
- физиотерапевт, врач ЛФК – 2 раза в год;
- другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;

- ЭКГ, УЗИ сердца – 2 раза в год;
- реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ) – 1 раз в год, при вариантах мигрени – рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга;
- контроль артериального давления (АД) 1 раз в нед (врач ДОУ, школьный врач).

4. Оздоровительные мероприятия. Рекомендуются рациональное, сбалансированное питание по режиму, обогащённое витаминами, калием. Ограничение поваренной соли, жиров, крепкого кофе, чая, острых продуктов (копчёностей, перца, горчицы, кетчупа и др.). Нормализация режима дня, устранение гиподинамии, дозированная физическая нагрузка, ограничение эмоциональных воздействий (телепередачи, компьютерные игры), индивидуальная и семейная психологическая коррекция. Показаны местные санатории, курорты общероссийского значения.

5. Противорецидивное лечение. Проводится 2 раза в год (весна, осень) длительностью 1–1,5–2 мес, при этом медикаментозные средства применяются вместе с немедикаментозными или при их неэффективности.

Положительный эффект оказывают общий и лечебный массаж, иглорефлексотерапия, водные процедуры (плавание в бассейне, душ Шарко, контрастный и циркулярный душ, соляно-хвойные и хвойные ванны).

• Рекомендуются **физиотерапия**: электросон, ультразвук, аппликации парафина на шейно-воротниковую область, электрофорез курсом №10–12, повторные курсы через 1,5–2–3 мес. Особенности физиотерапевтического воздействия зависят от формы вегетативных расстройств (например, при ваготонии назначают электрофорез с кальцием, кофеином, мезатоном, а при симпатикотонии – с эуфиллином, папаверином, магнием, бромом).

Фитотерапия проводится не менее 4–6 недель, повторно через 7–10 сут. Используются седативные травы: валериана, пустырник, пион, хвощ; травы кардиального типа: адонис, шиповник, боярышник, калина, рябина; травы со спазмолитическим эффектом: мята перечная, фенхель, укроп, петрушка; тонизирующие травы: настойки женьшеня, левзеи, заманихи, элеутерококка, лимонника, золотого корня, пантокрин.

По показаниям в комплексной терапии вегетососудистой дистонии (ВСД) применяют транквилизаторы, избавляющие ребенка от тревожной ажитации, фобий, эмоционального напряжения, повышенной раздражительности. Для улучшения церебрального и периферического кровообращения, восстановления микроциркуляции назначаются винпоцетин (кавинтон), циннаризин, дипиридамол (курантил), пентоксифиллин (трентал), актовегин.

Препараты ноотропного действия нормализуют метаболизм мозговой ткани, улучшают окислительно-восстановительные процессы, повышают энергетический потенциал нервных клеток: пирацетам (ноотропил), пиридитол (энцефабол), аминалон, пикамилон, пантогам, глутаминовая кислота. Эффективно применение метионина, глицина, церебролизина, липоевой кислоты.

Большое значение в комплексной терапии ВСД придают лечению хронической очаговой инфекции, а также сопутствующей соматической, эндокринной или другой патологии.

6. Трудовой режим обычный.

7. Прививочный режим. Вакцинация не противопоказана при нормальных показателях ЭКГ.

8. Двигательный режим. Освобождение от физкультуры часто необоснованно, кроме синкопальных состояний, выраженной гипертензии с неуточнённой эпилепсией. Рекомендуются специальная или подготовительная физкультурная группа, по показаниям ЛФК.

9. Критерии снятия с учета – наблюдается 3 года до исчезновения клинических признаков сосудистой дистонии.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с неревматическими кардитами (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром и кардиоревматологом после выписки из стационара 1 раз в мес первые 3 мес от начала заболевания, далее 2 раза в год.

2. Осмотры специалистов:

- стоматолог – 2 раза в год;
- отоларинголог – 2 раза в год.
- другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний;

- биохимический анализ крови (протеинограмма, сиаловые кислоты, СРБ, серомукоиды, циркулирующие иммунные комплексы) – 2 раза в год;

- ЭКГ – 1 раз в 3–6 мес;

- УЗИ сердца – 1–2 раза в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета полноценная, витаминизированная, калийсодержащая, с ограничением острых блюд. Режим щадящий. Витаминизация круглогодичная. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение: местные санатории (II этап) – после выписки из стационара; общероссийские курорты – через 6 мес от начала заболевания при отсутствии клинических признаков и ЭКГ-нарушений.

5. Противорецидивное лечение проводится 2–3 раза в год (весна, осень) курсами 3–4 нед. Показаны *кардиотропные препараты* (АТФ, ко-карбоксилаза №10, рибоксин, панангин, пантотенат кальция, пангамат кальция), витаминно-минеральные комплексы и метаболиты: милдронат, магне-В₆, L-карнитин (элькар), коэнзим-Q10 (убихинон), кудесан, цитохром С (цито-мак), лимонтар (комплекс лимонной и янтарной кислот).

При присоединении интеркуррентных заболеваний – *нестероидные противовоспалительные препараты* (НПВП) 2 нед. При наличии несанированных очагов хронической инфекции в носоглотке (хронический тонзиллит) показана *сезонная бициллино-профилактика* (бициллин-1, бициллин-5, ретарпен, экстенциллин) в возрастных дозировках и курс НПВП по 2–4 нед в 1/2 от лечебной дозы.

6. Трудовой режим. Ребёнок посещает детское образовательное учреждение после ликвидации клинических, лабораторных и инструментальных признаков кардита. Щадящий режим предполагает дополнительный выходной день в школе, освобождение от общественно полезного труда и летнего трудового обучения, освобождение от переводных экзаменов, облегченный вариант экзаменов на 6–12 мес в зависимости от тяжести кардита.

7. Прививочный режим определяется кардиологом, иммунологом после нормализации ЭКГ и решается индивидуально. При наличии признаков НК и ЭКГ-изменений профилактические прививки противопоказаны и их реализация возможна не ранее чем через 1–2 года после выздоровления. Оправдана осторожность с введением бактериальных

вакцин (коклюшный компонент АКДС). Необходимо проведение вакцинопрофилактики гриппа, пневмококковой инфекции, кори.

8. Двигательный режим. ЛФК в течение 6 мес, далее 1–2 года специальная и подготовительная группы. Вопрос о переходе ребёнка на режим основной группы и спортивных мероприятий должен решаться на основании анализа клиники, ЭКГ, УЗИ сердца, проведения функциональных проб из-за опасности возникновения синкопальных состояний и синдрома внезапной смерти.

9. Критерии снятия с учёта. Ребёнок, перенесший острый кардит в нетяжёлой форме, может быть снят с диспансерного учёта не ранее чем через 3 года при отсутствии клинических и инструментальных признаков кардита (ЭКГ, УЗИ сердца). В случае тяжёлого кардита с признаками НК или кардита с подострым течением дети наблюдаются 5 лет. При хроническом кардите дети передаются в общелечебную сеть. Инвалидность оформляется при наличии хронического кардита с признаками НК, социальной дезадаптации (группа здоровья V); таким детям организуется домашнее обучение, льготное лекарственное обеспечение.

10. Профессиональная ориентация. Среди неблагоприятных исходов кардита следует отметить пролапс митрального клапана (ПМК) II, III степени с регургитацией, нарушением ритма и проводимости, постмиокардитический кардиосклероз, приобретённый порок сердца. Поэтому детям не рекомендуется выбор профессий, связанных со значительным физическим и нервно-психическим перенапряжением, длительной ходьбой, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактом с токсическими веществами, пылью, вынужденным положением тела, пребыванием в горячих цехах.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими ревматическую лихорадку (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром и кардиоревматологом – в первые 3 мес после возвращения из санатория (II этап) и в течение 6 мес, если ребёнок из стационара (I этап) поступил сразу в детскую поликлинику (III этап), минуя санаторий – 1 раз в 1 мес, затем 1 раз в 3 мес в течение 6–9 мес, далее 2 раза в год.

2. Сроки наблюдения врачами-специалистами:

- стоматолог – 2 раза в год;
- отоларинголог – 2 раза в год (поиск и/или санация очагов хронической инфекции). При наличии очагов хронической инфекции в носоглотке – ежеквартально.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год и после интеркуррентных заболеваний;
- биохимический анализ крови – 1–2 раза в год по показаниям (показатели активности воспаления);
- мазок из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам 2 раза в год;
- УЗИ сердца, ЭКГ – 2 раза в год
- рентгенологическое обследование сердца, суставов – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Полноценная, калийсодержащая диета, богатая витаминами и белком, с ограничением поваренной соли. Режим щадящий, затем тренирующий. Витаминизация. Санация носоглотки. При необходимости оперативной санации очагов хронической инфекции она проводится не ранее чем через 2–3 мес после окончания терапии КС (кортикостероиды) на фоне антибактериальной и антигистаминной терапии.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется через 6–12 мес после ликвидации остроты процесса, при отсутствии признаков активности заболевания (Сочи, Кисловодск). При этом используются природные факторы, минеральные воды, лечебные грязи, ЛФК, закаливающие процедуры.

5. Противорецидивное лечение. Проводится круглогодичная бициллино-профилактика в течение 2 лет и сезонная в течение 3 лет при отсутствии ревматической хореи и признаков формирования приобретённого порока сердца. При непрерывно-рецидивирующем течении ревматизма, а также при формировании порока сердца показана круглогодичная бициллино-медикаментозная профилактика в течение 5 лет с последующей сезонной. Как правило, используется бициллин-5 1 раз в 3 нед в/м 750000 ЕД дошкольникам и 1500000 ЕД 1 раз в мес детям школьного возраста. Кроме того, применяют экстенциллин, ретарпен и кверсалин.

Весной и осенью как при проведении круглогодичной, так и при

проведении сезонной бициллино-профилактики назначаются нестероидные противовоспалительные препараты: ибупрофен, диклофенак, вольтарен, нимесулид (найз), сахол сироп и др. в профилактической дозе, равной половине лечебной. Длительность курса 2–4 нед. При возникновении интеркуррентных заболеваний показано назначение курса (10 сут) антибиотиков пенициллинового ряда или макролидов, десенсибилизирующих средств и витаминно-минеральных комплексов. Кардиотропные препараты.

6. Трудовой режим. Школьникам предоставляется дополнительный выходной день, освобождение от общественно полезного труда, летнего трудового обучения, переводных экзаменов на 6 мес от начала заболевания. При непрерывно-рецидивирующем течение постоянное освобождение от выпускных экзаменов, возможно обучение на дому.

7. Прививочный режим по индивидуальному плану на фоне десенсибилизирующей терапии. Нужна осторожность при введении вакцин с коклюшным компонентом.

8. Двигательный режим постепенно расширяется. ЛФК назначается на 6 мес; через 6 мес разрешается физкультура в специальной группе и через 1–1,5 года в подготовительной группе.

9. Критерии снятия с учёта – через 5 лет после полного клинического выздоровления только детей без признаков приобретённого порока сердца и ревматической хореи. В противном случае дети не снимаются с учёта и передаются по достижении 18 лет в поликлинику общелечебной сети.

10. Профессиональная ориентация. Противопоказан выбор профессий, связанных с неблагоприятными метеорологическими и микроклиматическими условиями, физическим перенапряжением, контактом с токсическими веществами, повышенной опасностью инфицирования, наличием вибрации, длительного вынужденного положения тела.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с системными заболеваниями соединительной ткани (группы здоровья III–V)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром. Первые 3 мес после выписки из стационара – каждые 2 нед, далее в течение 3 мес – 1 раз в мес, затем – 1 раз в квартал в течение 6 мес; на втором году заболевания – 2 раза в год. Если ребёнок получает КС, иммунодепрессанты,

наблюдение индивидуальное, но не реже 1 раза в мес.

2. Сроки наблюдения врачами-специалистами:

- кардиолог – 1 раз в мес первые 3 мес, затем – 1 раз в 3 мес в течение первого года заболевания. На втором году ребёнок осматривается 2–4 раза в зависимости от тяжести состояния и уровня терапии, на третьем году и далее – 2 раза в год;

- отоларинголог, стоматолог, офтальмолог – 2 раза в год;

- физиотерапевт, врач ЛФК – 2 раза в год;

- хирург-ортопед – 1 раз в год

- невролог, дерматолог, фтизиатр – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК с определением числа тромбоцитов – 1 раз в 3 мес и после интеркуррентных заболеваний;

- ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко – 1 раз в 3 мес и после интеркуррентных заболеваний;

- время свертывания крови и длительность кровотечения – 1 раз в 3 мес;

- кал на яйца глистов – 2 раза в год;

- биохимический анализ крови (общий белок и фракции, СРБ, ДФА, серомукоид, АСГ, АСК, АСЛ-0, трансаминазы, мочевины, креатинин, билирубин, холестерин, сахар, амилаза, иммуноглобулины, ревматоидный фактор, антинуклеарный фактор) – 1 раз в 6 мес;

- ЭКГ, фонокардиография (ФКГ), УЗИ сердца и почек, рентгенография суставов 1–2 раза в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Полноценная, витаминизированная, калийсодержащая диета. Охранительный режим. Оберегать ребенка от интеркуррентных заболеваний, особенно на фоне терапии КС и иммуносупрессивными препаратами. Витаминизация. Санация носоглотки. Тщательный отбор к санаторно-курортному лечению. При системной красной волчанке противопоказана инсоляция.

5. Противорецидивное лечение проводят длительно (месяцы, годы). Участковый педиатр проводит контроль получения базисной терапии, назначенной в стационаре.

Иммуносупрессивные препараты (циклоsporин А, метотрексат) не менее 2 лет в сочетании с НПВП или КС в течение 6 мес. По показаниям: антибиотики, гипотензивные и диуретические препараты, а также препараты для лечения остеопороза.

Местная терапия: внутрисуставные инъекции КС как быстродействующих (метилпреднизолон – метипред, депо-медрол), так и пролонгированных (дипроспан, кеналог, ледерлон), аппликации противовоспалительных мазей (индовазин, вольтареновый гель) в сочетании с димексидом.

При присоединении интеркуррентных заболеваний показаны антибиотики широкого спектра. Кроме того, если НПВП используются в качестве базисной терапии, то их доза увеличивается в 1,5 раза, а через 3–5 сут дозу приближают к исходному уровню (при нормализации температуры). В том случае, если в качестве базисной терапии используют иммунорегулирующие препараты, то их отменяют с первого дня острого заболевания, вновь назначают через 7–10 сут (при нормализации температуры), одновременно снижая дозу НПВП. При отсутствии признаков обострения основного заболевания НПВП отменяют через 7–10 сут, а общая продолжительность лечения НПВП составляет в целом 2–3 нед.

Глюкокортикоиды при остром интеркуррентном заболевании не отменяют, но при наличии признаков гормонозависимости дозу увеличивают в 1,5–2 раза. К исходному уровню КС приводят после нормализации температуры на фоне НПВП через 3–5 сут. При тяжело протекающем остром интеркуррентном заболевании больного необходимо госпитализировать даже при отсутствии обострения основного заболевания.

Реабилитационная программа включает массаж, ЛФК, физиотерапевтическое лечение.

Для улучшения трофики суставов назначают аппликации парафина, озокерита, а также электрофорез с аскорбиновой кислотой, никотиновой кислотой, гепарином, 5% раствором хлористого лития, лидазой и другими антифибринозными средствами. Показаны лазеротерапия, грязелечение, гидромассаж, механотерапия, бальнеотерапия. Для тренировок поражённых суставов – лыжи, велосипед, коньки, волейбол, но не ранее, чем через 1–2 года от начала заболевания.

6. Трудовой режим зависит от тяжести заболевания. При оформлении инвалидности (V группа здоровья) домашнее обучение.

7. Прививочный режим. Вопросы вакцинации решают совместно кардиолог, иммунолог. Профилактические прививки противопо-

казаны при активности процесса и возможны не ранее чем через год, если ребёнок не получал КС, иммуносупрессорных препаратов.

8. Двигательный режим. ЛФК, специальная группа через 6 мес после нетяжёлых случаев болезни без применения иммуносупрессоров, КС в зависимости от функции нарушений суставов. Желательно применять максимально возможные нагрузки, но предупреждать перегрузки, переутомление, переохлаждения. Основная физкультурная группа не назначается.

9. Критерии снятия с учёта. Ребёнок с диспансерного учёта не снимается. По достижении 18 лет передаётся в поликлинику общелечебной сети.

Критерии эффективности диспансеризации:

- отсутствие рецидивов;
- снижение или отсутствие нарушения функции суставов и внутренних органов;
- отсутствие очагов хронической инфекции.

Инвалидность оформляется при большинстве аутоиммунных заболеваний (V группа здоровья). Длительность нахождения на инвалидности зависит от заболевания (у ребёнка имеются значительные нарушения функции органов и систем, социальная дезадаптация). Показано домашнее обучение, льготное обеспечение медицинскими лекарствами.

10. Профессиональная ориентация. Противопоказаны профессии, связанные с физической и нервно-психической нагрузкой, плохими метео- и микроклиматическими условиями, вибрацией, длительным положением в статических позах, контактами с инфекционными больными, повышенной опасностью инфицирования, воздействием токсических веществ, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Инвалидность детей при сердечно-сосудистой патологии

- 1) Инвалидность детям сроком от 6 мес до 2 лет не устанавливается.
- 2) Инвалидность сроком на 2 года устанавливается при врожденных и приобретенных пороках сердца и крупных сосудов (неопера-

бельные и не подлежащие оперативному вмешательству до определенного возраста), состояниях после оперативного вмешательства на сердце и крупных сосудах, нарушениях ритма сердца, в том числе после имплантации кардиостимуляторов.

3) Инвалидность сроком до 5 лет устанавливается при сердечной недостаточности. Клиническая характеристика: застойная сердечная недостаточность II–III степеней и более или хроническая выраженная гипоксемия.

4) Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста устанавливается при заболеваниях, патологических состояниях, врожденных и приобретенных пороках сердца, неоперабельным больным с нарушением кровообращения II степени, при злокачественной гипертензии.

2.4. Алгоритмы диспансеризации детей с патологией мочевыводящей системы

Алгоритм диспансерного наблюдения детей, перенесших острый пиелонефрит (группа здоровья II)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром – сразу после выписки из стационара, далее 1 раз в мес в течение 3 мес, затем ежеквартально на протяжении первого года болезни, затем – 2 раза в год (весна, осень) 2–3-й год наблюдения и 1 раз в год – 4–5-й год наблюдения.

2. Сроки осмотров врачами-специалистами:

- нефролог – ежеквартально в течение первого года наблюдения, 2 раза в год во 2–3-й год и 1 раз в год – 4–5-й год диспансерного наблюдения;

- детский гинеколог – 2 раза в год первый год наблюдения, затем – по показаниям;

- уролог – детям с вторичным пиелонефритом – 1 раз в год;

- стоматолог – 1 раз в год;

- отоларинголог – 1 раз в год;

- офтальмолог – 1 раз в год.

3. Уровень лабораторного-инструментального обследования:

- ОАМ – в первые 3 мес наблюдения 1 раз в 14 сут, затем в течение первого года ежемесячно, далее – 1 раз в 3 мес; анализ мочи по

Нечипоренко или Аддис-Каковскому – по показаниям;

- проба по Зимницкому – 2 раза в год;
- посев мочи на микрофлору – в течение первого года – 1 раз в мес, в последующем – 1 раз в 6 мес и на фоне интеркуррентных заболеваний;
- ОАК – после выписки из стационара – 1 раз в мес в течение 3 мес, затем 1 раз в 3 мес перед осмотром врача;
- биохимический анализ крови (протеинограмма, остаточный азот, мочевина, креатинин, холестерин) – 1–2 раза в год;
- ЭКГ – по показаниям;
- контроль АД во время осмотров участкового педиатра;
- УЗИ почек – через 6 мес, затем 1 раз в год;
- рентгенологическое обследование – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Стол №5. Нормализация микрофлоры кишечника: молочно-кислые и биопродукты, пребиотики, при длительной антибактериальной терапии – пробиотики. Показаны калийсодержащие продукты – курага, изюм, чернослив, бананы. Режим щадящий. Допуск в ДООУ не ранее чем через 3 мес, в школу – через 1–1,5 мес после стихания процесса. Необходимо обеспечить регулярный отток мочи (мочеиспускание не реже 1 раза в 3 часа) и функционирование кишечника.

Витаминизация круглогодично, лучше естественная. Весна, осень – курсы витаминно-минеральных комплексов по 3–4 нед.

Санация очагов хронической инфекции. При присоединении интеркуррентных заболеваний или обострении очагов хронической носоглоточной инфекции назначаются antimicrobные препараты в целях вторичной профилактики.

Санаторно-курортное лечение. Преимущественно местные санатории сразу после выписки из стационара (II этап). Через 2–3 года ремиссии – в других климатических зонах: Железноводск, Трускавецк, курорты Прибалтики с питьевыми маломинерализованными водами (Смирновская, Славяновская, Нафтуся, Обуховская, Боржоми).

5. Противорецидивное лечение. Антибактериальная терапия в зависимости от формы заболевания проводится непрерывным курсом в течение 4–6 недель (индукция ремиссии) с последующим переходом на прерывистый прием в сочетании с фитотерапией длительностью до

3–6 мес (консолидация ремиссии) (по рекомендации стационара).

Для проведения антибактериальной терапии используются:

- **антибиотики**: пенициллины – амоксициллин (флемоксин солютаб); «защищенные» пенициллины – амоксиклав, флемоклав, аугментин; цефалоспорины II и III поколения – цефуроксим (зиннат), цефиксим (супракс, панцеф, иксим), цефтибутен (цедекс), цефамандол, цефотаксим; аминогликозиды – амикацин, нетилмицин.

- **сульфаниламидные средства**: триметоприм, ко-тримоксазол (бисептол);

- **производные нитрофурана**: фурамаг, фурадонин, фурагин;

- **препараты группы хинолонов**: налидиксовая кислота (невиграмон, неграм), пипемидиновая кислота (палин, пимидель);

- **производные оксихинолина**: нитроксолин (5-НОК), оксолиниевая кислота (грамурин).

Длительность назначения антибиотикотерапии – не менее 7 сут (10–14 сут), в дальнейшем при условии санации мочи – переход на уросептики для индукции ремиссии. Для консолидации ремиссии вышеперечисленные препараты уросептического действия в комбинации или отдельно назначаются по 10 сут каждого мес, последующие 20 сут – фитотерапия. Одним из вариантов может служить метод назначения нитрофуранов в течение 3 мес с постепенным снижением дозы на 1/2, 1/3, 1/4 или 1 раз в сут на ночь в дозе 2–3 мг/кг.

• **Фитотерапия** (толокнянка, можжевельник, брусничный лист, березовые почки, петрушка, укроп, зверобой и др.) способствует ликвидации мочевого синдрома, регенерации эпителия, усиливает диурез. Она проводится параллельно с антибактериальной терапией или после её окончания. В качестве профилактики рецидивов широко используется растительный препарат канефрон, обладающий противовоспалительным, антимикробным, спазмолитическим, слабым мочегонным действием.

6. Трудовой режим. ДОО ребёнок может посещать после ликвидации клинических проявлений и мочевого синдрома. В школе возможно освобождение в течение полугода от общественно полезного труда и летней трудовой практики.

7. Прививочный режим. Иммунизация щадящим методом через 1–3 мес полной клинико-лабораторной ремиссии, после контроля ОАМ.

8. Двигательный режим. Рекомендуются ограничения физических нагрузок, переохлаждения. Освобождение от физкультуры на 1–3 мес. В это время назначают курсы лечебной физкультуры (ЛФК). Далее в течение 3–6 мес специальная группа, затем подготовительная до снятия с диспансерного учёта. Противопоказаны лыжные соревнования, бег, прыжки, езда на лошадях, купание в бассейнах, особенно в открытых водоёмах. Основная физкультурная группа и занятия спортом – после снятия с диспансерного учёта.

9. Критерии снятия с учёта – через 5 лет от начала заболевания при наличии полной клинико-лабораторной ремиссии. При наличии очагов хронической инфекции – снятие с учёта при условии тщательной санации.

*Алгоритм диспансерного наблюдения детей с хроническим пиелонефритом, хроническим интерстициальным нефритом
(группа здоровья III)*

1. Сроки наблюдения участковым педиатром 1 раз в мес в течение года после обострения, далее ежеквартально. В стадии стойкой ремиссии 2 раза в год (весна, осень).

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- уролог, нефролог – 1 раз в 3 мес в течение года после обострения, далее 1 раз в год при первичном, 2 раза в год при вторичном хроническом пиелонефрите;
- офтальмолог – 1 раз в год;
- стоматолог, отоларинголог – 1 раз в 6 мес (весна, осень);
- фтизиатр – 1 раз в год при стойком мочевом синдроме, положительной реакции Манту, частых острых респираторных инфекциях.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК – 2 раза в год;
- ОАМ, посев мочи на микрофлору, анализ мочи по Нечипоренко, степень бактериурии – 2 раза в мес в течение 6 мес после обострения, затем ежеквартально; через 2 года, т. е. в стадии стойкой ремиссии – 2 раза в год;
- суточная моча на белок – 1 раз в 6 мес;
- суточная моча на оксалаты, ураты – по показаниям, не реже 1 раз в год;

- биохимический анализ крови (протеинограмма, мочеви́на, креатинин) – 2 раза в год, в период стойкой ремиссии – 1 раз в год;
- посев мочи на грибы – по показаниям;
- полимеразная цепная реакция (ПЦР), ИФА (хламидии, микоплазмы, цитомегаловирусная инфекция) – по показаниям;
- анализ мочи по Зимницкому – 1 раз в 3–6 мес;
- анализ кала на яйца гельминтов и на дисбактериоз – 1 раз в год;
- ЭКГ – 1 раз в год;
- УЗИ почек – 1–2 раза в год;
- экскреторная урография – по показаниям;
- рентгенологическое, радиоизотопное обследование почек – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Стол №5. Из диеты исключаются продукты, оказывающие раздражающее действие на эпителий канальцев почек: перец, чеснок, кетчуп, хрен, горчица, жареные, копчёные и маринованные продукты. Соль, если нет гипертензии, не исключается, но ее количество ограничивают до 3,0 г/сут (гипохлоридная диета). Число приёмов пищи увеличивается до 5–6 раз в сут. Продукты, содержащие белок (нежирные сорта мяса, рыбы в отварном виде, творог), следует принимать в первую половину дня.

При хроническом пиелонефрите, на фоне обменных нарушений, диета приобретает свои особенности. При **оксалурии** рекомендуется исключать продукты, содержащие щавелевую кислоту (шоколад, какао, кофе, шпинат, студень и др.). При **цистинурии** назначается картофельная диета: до 1500 г картофеля и блюд из него с разнообразными соусами. При **уратурии** – из пищи исключаются продукты, богатые пуринами; при **фосфатурии** – ограничиваются молоко, творог. В ограничении питья нет необходимости, если нет признаков почечной и сердечной недостаточности (фруктовые соки, отвар шиповника, морсы, хлебный квас, подогретая слабоминерализованная вода, отвары мочегонных трав). Общее количество жидкости для детей старше 7 лет 1,5–2,0 л, т. е. 20–50 мл/кг массы тела в сут.

Для нормализации функционирования кишечника: кисломолочные продукты, биопродукты, пребиотики. При длительной антибактериальной терапии – пробиотики. Профилактика запоров.

Режим – щадящий с ограничением физических нагрузок и охла-

ждения. Важно обеспечить регулярный отток мочи (мочеиспускание не реже 1 раза в 3 часа). Витаминизация круглогодично (естественная) и витаминно-минеральные комплексы курсами по 3–4 нед (весна, осень, зима).

Выявление и тщательная санация очагов хронической инфекции. Вопрос об оперативной санации решается совместно с отоларингологом в стадии ремиссии на фоне антибактериальной терапии. Показано долечивание в условиях местных санаториев (II этап).

Санаторно-курортное лечение показано при первичных и вторичных пиелонефритах в стадии полной и частичной клинико-лабораторной ремиссии без нарушения пассажа мочи и признаков почечной недостаточности.

Показаны курорты с питьевыми слабоминерализованными водами (Смирновская, Славяновская – в Железноводске; Боржоми, Нафтуса – в Трускавце; Обуховская – в Свердловской области, Чажемто – в Томской области и др.). Минеральные воды назначают 3–5 мл/кг в сут на приём 3 раза в сут в течение мес. Необходимо использовать их и в домашних условиях.

5. Противорецидивное лечение. Показана длительная антибактериальная терапия – в течение 6 мес при первичном и 9 мес при вторичном хроническом пиелонефрите (перечень препаратов см. в подразделе 2.4.1). Далее, при условии эффективности медикаментозного этапа реабилитации, проведённого в течение первого года после обострения, противорецидивное лечение проводится сезонно 2 раза в год (весна, осень) по 4–6 недель в течение всего периода диспансерного наблюдения.

При эффективности диспансеризации А (значительное клиническое улучшение), отсутствии обострения процесса в течение 2–3 и более лет активного динамического наблюдения – сезонная противорецидивная терапия может быть ограничена фитотерапией и общеукрепляющим лечением. При назначении фитотерапии необходимо учитывать механизм действия назначаемых трав (противовоспалительный, антисептический, диуретический, регенерирующий, тонизирующий и др.).

6. Трудовой режим. Пребывание в ДОО разрешено в период полной ремиссии и в период частичной клинико-лабораторной ремиссии при отсутствии дизурических расстройств и лихорадки. В школе ребё-

нок освобождается от общественно полезного труда, летней трудовой практики на 1–2 года после последнего обострения. Дополнительный выходной день можно рекомендовать при условии частичной клинико-лабораторной ремиссии. При формировании хронической почечной недостаточности (группы здоровья IV–V) оформляется инвалидность и разрабатывается ИПР.

7. Прививочный режим. Профилактические прививки возможны в стадии ремиссии.

8. Двигательный режим. ЛФК в течение 6–12 мес после обострения. В школе – специальная группа физкультурного занятия (через 1–1,5 года после нормализации мочевого синдрома). Подготовительная группа в периоде стойкой ремиссии. Закаливание по III группе. Предупреждать фактор переохлаждения. На втором году болезни возможны лыжные прогулки. Занятия теннисом, плавание, участие в соревнованиях, спортивные школы, занятия на снарядах противопоказаны в первые 3 года от начала ремиссии при первичном и 5 лет при вторичном хроническом пиелонефрите.

9. Критерии снятия с учёта. Ребёнок не снимается с диспансерного учёта. Динамическое активное наблюдение осуществляется до перевода в общелечебную сеть. Передаются следующие документы – ф. №112/у, ф. №026/у, ф. №063/у, оформляются эпикриз, акт передачи. В поликлиниках для взрослых создаётся комиссия для приёма подростков, в которую, кроме заместителя по лечебной работе, входит специалист по профилю заболевания (нефролог, уролог).

10. Профессиональная ориентация. Решение вопросов профессиональной ориентации должно осуществляться участковым педиатром коллегиально с нефрологом, педагогом, психологом с учётом течения болезни, особенностей характера ребёнка и его физического развития. Противопоказаны профессии, связанные с физическим, нервно-психическим перенапряжением, неблагоприятными климатическими факторами, вибрацией, невозможностью режима питания, предписанного темпа деятельности, длительного вынужденного положения тела. Исключаются профессии, сопряжённые с действием токсических веществ, красок, химических веществ, вызывающих аллергию.

*Алгоритм диспансерного наблюдения детей, страдающих
гломерулонефритом (группы здоровья III–IV)*

1. Сроки осмотра педиатра – через нед после выписки из стационара, затем 1 раз в 2 нед в течение 3 мес, далее 1 раз в мес в течение первого года наблюдения, далее 2 раза в год.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- нефролог, уролог – 1 раз в 3 мес в течение первого года наблюдения, затем 1 раз в 6 мес в течение 3 лет и в дальнейшем – 1 раз в год;
- стоматолог, отоларинголог, офтальмолог – 2 раза в год;
- генетик, гинеколог, другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК с определением числа тромбоцитов, время свертывания и длительность кровотечения – 2 раза в год;
- биохимический анализ крови (общий белок и фракции, мочевины, креатинин, СРБ, серомукоид, сахар, холестерин, антистрептолизин О) – 1 раз в 6 мес;
- иммунологический анализ крови с определением иммуноглобулинов, ЦИК – 1 раз в 6 мес;
- ОАМ, анализ мочи по Нечипоренко или Аддис–Каковскому, контроль артериального давления перед каждым осмотром педиатра, то же после выздоровления от интеркуррентного заболевания;
- проба по Зимницкому 1 раз в 3 мес, через 3 года – 1 раз в 6 мес;
- посев мочи – 2 раза в год;
- анализ кала на яйца глистов – 1 раз в 6 мес;
- УЗИ почек с определением почечного кровотока – 1 раз в 6 мес;
- нефросцинтиграфия – 1 раз в год при нарушении функции почек;
- ЭКГ, УЗИ сердца – 1 раз в 6 мес.

4. Оздоровительные мероприятия. Стол №7, затем стол №5. Из рациона исключаются экстрактивные вещества, эфирные масла, копчености, острые приправы, специи. Режим щадящий, тренирующие физические режимы в условиях местных санаториев. Санация очагов хронической инфекции. Тонзилэктомия в стадии ремиссии после нормализации показателей ОАК и ОАМ на фоне десенсибилизирующей и гормональной терапии.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется сразу после выписки ребенка из стационара в климатической зоне его проживания. На-

правление в местные «почечные» санатории возможно при наличии затяжного или волнообразного течения гломерулонефрита в стадии ремиссии, а также при наличии остаточного мочевого синдрома. Противопоказанием к санаторно-курортному лечению является активный воспалительный процесс и нарушения функции почек II–III ст. Санаторно-курортное лечение в другой климатической зоне – не ранее чем через 12 мес после обострения.

5. Противорецидивное лечение. Гормоны, цитостатики, антиагреганты, диуретики, гипотензивные средства – по рекомендации специализированного стационара. По показаниям – препараты для лечения осложнений терапии (препараты кальция и витамина Д, антациды, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, желчегонные). При сохранении небольшой протеинурии, микрогематурии – электрофорез с никотиновой кислотой на область почек, препараты аминоксилинового ряда (плаквенил, делагил) в течение 3–6 мес (обязательна консультация офтальмолога 1 раз в мес). Фитотерапия 2–3 мес, витаминотерапия. При присоединении интеркуррентных заболеваний показано назначение антибиотиков и десенсибилизирующих средств на 10–12 сут. Корригируется гормональная терапия (увеличение дозы, при прерывистом курсе – ежедневный приём).

6. Трудовой режим. Детское учреждение ребёнок может посещать в стадии ремиссии. Домашнее обучение рекомендуется при лечении КС, цитостатиками, сохранении активности процесса. Переводные и выпускные экзамены сдаются в щадящем режиме и не ранее чем через 6 мес после обострения процесса.

7. Прививочный режим. Освобождение от профилактических прививок на 6–12 мес после обострения, кортикостероидная и цитостатическая терапия являются противопоказанием для вакцинации. Профилактические прививки проводятся после разрешения иммунолога на фоне десенсибилизирующей терапии.

8. Двигательный режим. ЛФК в течение 12 мес. Освобождение от физкультуры на 1 год, затем в течение 6–12–18 мес – специальная группа, в дальнейшем – подготовительная группа постоянно. Противопоказаны занятия на снарядах, бег, прыжки, плавание в открытых водоёмах в течение 3–5 лет.

9. Критерии снятия с учёта. Снимается с учета через 5 лет при остром постинфекционном гломерулонефрите при нормальных анализах крови и мочи. Дети с хроническими формами гломерулонефрита с диспансерного учёта не снимаются, а передаются в поликлинику общелечебной сети при достижении ими 18-летнего возраста.

Инвалидом признают ребёнка при стойком нарушении функции почек и на фоне высокой активности процесса длительностью от 6 мес до 2 лет, от 2 до 5 лет, а при хронической почечной недостаточности – до 18 лет.

10. Профессиональная ориентация. Исключаются профессии, связанные с умеренными и значительными физическими и нервно-психическими перегрузками, а также с метео- и микроклиматическими факторами, вибрацией, невозможностью соблюдения режима питания, предписанным темпом работ. Также исключаются профессии с вынужденным длительным положением тела, риском появления аллергической реакции (токсические вещества, краски).

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с дисметаболическими нефропатиями (группы здоровья II–IV)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром – в течение первого года наблюдения – 1 раз в мес, далее – 1 раз в 2–3 мес с обязательным измерением артериального давления.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- нефролог – 1 раз в 3–6 мес;
- стоматолог, офтальмолог, оториноларинголог – 1 раз в год;
- другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторного-инструментального обследования:

- ОАК – 1 раз в 6 мес;
- биохимическое исследование крови и мочи (аммиак, титруемые кислоты суточной мочи, активность фосфолипазы, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы) – 1 раз в 6 мес;
- ОАМ (с определением морфологии мочевого осадка) – ежемесячно;
- суточная экскреция солей (оксалаты, ураты, фосфаты) и определение этих показателей в крови – 1 раз в 3–6 мес;
- пробы по Нечипоренко или Аддису-Каковскому – 1 раз в 3–6 мес;

- проба по Зимницкому – 1 раз в 6–12 мес;
- при гипероксалурии – суточная экскреция оксалатов с мочой, фосфор крови и мочи, экскреция с мочой кальция, аммиака, титруемых кислот, калия, натрия, мочево́й кислоты, глицина, экскреция форменных элементов крови;
- при уратурии – суточная экскреция мочево́й кислоты, оксалатов, кальция, титруемых кислот, форменных элементов крови, рН мочи, глицин крови и мочи;
- при фосфатурии – определение фосфора, кальция в крови и моче, титруемых кислот, суточная экскреция форменных элементов крови;
- антикристаллообразующая способность мочи – 2 раза в год;
- УЗИ почек – 1 раз в 6 мес;
- ЭКГ – 1 раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Проводятся дифференцированно. Рекомендуется прием большого количества жидкости (простая или минеральная вода до 2 л в сут) для уменьшения концентрации растворимых веществ в моче, никтурия достигается приемом жидкости перед сном.

При нарушении обмена *щавелевой кислоты* назначается капустно-картофельная диета 2–3 нед каждого мес, вегетарианский суп с рисом и отварным мясом, сливочное и растительное масла, мёд, фрукты, соки, компоты. Из питания исключаются мясные, рыбные и грибные бульоны, супы со щавелем, шпинатом, сельдереем, а также шоколад, какао, чёрный чай, отвар шиповника, красная смородина. Нельзя употреблять в пищу огородную листовенную зелень (петрушка, шпинат, кинза, салат). Ограничивают молоко, кефир, творог, морковь, помидоры, жареную рыбу. Из минеральных вод используют Славяновскую, Смирновскую (подщелачивающий эффект) по 3–5 мл/кг/сут в 3 приема курсом 1 мес 2–3 раза в год. Витаминотерапия (А, Е, В₆, магне-В₆).

При *уратурии* показана молочно-растительная диета, супы вегетарианские и с отварным мясом, вторые блюда из круп, лапши, а также яйца, молочные продукты, белый хлеб, фрукты, соки, компоты, обильное питьё. Ограничиваются такие продукты, как печень, почки, мозги, супы рыбные и на грибном бульоне, жареное мясо, сельдь, фасоль, горох, из напитков – какао, кофе, чёрный чай. Достаточное употребление жидкости (от 1 до 2 л в сут). Предпочтение отдается слабощелочным

и слабоминерализованным водам, отварам трав (хвощ полевой, укроп, лист березы, брусничный лист, клевер пашенный, спорыш, отвар овса), цитратным смесям (уралит-У, блемарен, магурлит, солимок и др.).

При **фосфатной кристаллурии** назначается диета с ограничением продуктов, богатых фосфором (сыр, печень, икра, курица, бобовые, шоколад и др.). Санация хронической инфекции мочевой системы.

Диетотерапия **цистиноза** и **цистинурии** предусматривает исключение (или резкое ограничение) из рациона питания ребенка продуктов, богатых метионином и серосодержащими аминокислотами (творог, рыба, яйца, мясо и др.). Количество жидкости не менее 2 л/сут, важно принимать жидкость перед сном. Витаминизация (витамины А, Е, В₁, В₆).

Режим щадящий, психоэмоциональный покой. Санация хронических очагов носоглотки.

Санаторно-курортное лечение: местные санатории и курорты общероссийского значения (Железноводск, Ессентуки, Кавказские Минеральные воды).

5. Противорецидивное лечение. Проводится 2–3 раза в год по 2–3 нед ингибиторами реабсорбции солей при их идентификации.

При **оксалурии** медикаментозная терапия включает мембранотропные препараты и антиоксиданты. Показаны димефосфон, ксидифон, окись магния.

При **гиперурикемии** используются средства, снижающие синтез мочевой кислоты – ингибиторы ксантиноксидазы (аллопуринол, милурит). Следует учесть, что применение в педиатрической практике аллопуринола ограничено из-за возможных осложнений (гепатит, эпидермальный некроз, алопеция, лейко- и тромбоцитопения, повышение уровня ксантина в крови).

Никотинамид является более слабым ингибитором активности ксантиноксидазы, чем аллопуринол, но лучше переносится; назначается по 1–2 мес повторными курсами. Колхицин снижает транспорт пуриновых оснований и скорость их обмена; назначается на срок от 18 мес до нескольких лет.

Урикозурическим эффектом обладают оротовая кислота, цистон, этамид, цистенал, фитолизин и др. Калия оротат назначается в течение 1 мес. Урикозурическим и урикостатическим действием обладает так-

же бензобромарон, применяемый в сочетании с салуретиками и цитратом натрия.

Лечение *при фосфатной кристаллурии* должно быть направлено на подкисление мочи (минеральные воды – Нарзан, Арзни и др.; аскорбиновая кислота, цистенал, метионин).

При цистинозе и цистинурии рекомендуется терапия, направленная на подщелачивание мочи и повышение растворимости цистина (цитратная смесь, растворы бикарбоната натрия, блемарен, щелочные минеральные воды). Повышению рН мочи также способствуют ингибиторы карбоангидразы (диакарб) и гипотиазид. Для повышения растворимости цистина назначается пеницилламин под строгим контролем содержания цистина в лейкоцитах и/или цианиднитропруссидного теста.

Лечение пеницилламином проводится длительно, годами. Поскольку этот препарат инактивирует пиридоксин, параллельно назначается витамин В₆ в течение 2–3 мес с повторными курсами. Менее токсичным аналогом пеницилламина является купренил, который назначается в сочетании с ксидифоном и другими мембраностабилизаторами.

Радикальный метод лечения цистиноза – трансплантация почки.

6. Трудовой и двигательный режимы. При отсутствии уrolитиаза нет ограничений.

7. Профилактические прививки не противопоказаны.

8. Критерии снятия с учета. Диспансерное наблюдение детей осуществляется до перевода в поликлинику общелечебной сети.

Критерии эффективности диспансеризации:

- отсутствие кристаллурии;
- отсутствие изменений при биохимическом анализе мочи;
- отсутствие изменений на УЗИ или положительная динамика;
- отсутствие обострений пиелонефрита.

9. Профессиональная ориентация. Исключаются профессии, когда приходится иметь дело с токсическими и химическими веществами, красками, физическим перенапряжением, вибрацией.

Инвалидность детей с заболеваниями органов мочевой системы

1) Инвалидность детям с патологией почек сроком от 6 мес до 2 лет определяется при стойком выраженном нарушении функций почек, высокой степени активности патологического процесса в почечной ткани.

2) Инвалидность сроком от 2 до 5 лет определяется при склерозирующих, вялотекущих, резистентных к терапии вариантах гломерулонефрита, подтвержденных результатами биопсии почек или обследованием в специализированном стационаре.

3) Инвалидность сроком на 5 лет определяется при заболеваниях, повреждениях и пороках развития мочевыводящих путей; частичной или полной аплазии органов.

4) Инвалидность до достижения 16-летнего возраста определяется при заболеваниях почек, в том числе наследственных патологических состояниях, пороках развития почек и органов мочевого выведения с хронической почечной недостаточностью и злокачественной гипертензией, синдромом несахарного мочеизнурения, почечным несахарным диабетом.

2.5. Алгоритмы диспансеризации детей с болезнями крови

*Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими
железодефицитную анемию (группы здоровья II–III)*

1. Сроки наблюдения участковым педиатром. Латентный дефицит железа – ежемесячно.

- ЖДА I степени – ежемесячно.

- ЖДА II степени – 2 раза в мес в течение 3 мес, затем ежемесячно.

- ЖДА III степени – 2 раза в мес в возрасте до 1 года, 1 раз в мес – старше 1 года в течение 3 мес, далее ежеквартально.

2. Сроки наблюдения врачами-специалистами:

- ЖДА II степени – гематолог 1–2 раза в год.

- ЖДА III степени – гематолог ежеквартально, затем 2 раза в год.

При резистентных к терапии формам, рецидивирующем течении – диспансерный учёт гематолога.

3. Уровень лабораторного обследования:

- ЛДЖ – ОАК, сывороточное железо, ферритин – 1 раз в мес,

- ЖДА I степени – ОАК, сывороточное железо, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС), латентная железосвязывающая способность сыворотки (ЛЖСС) через 6–8 недель после окончания поддерживающей терапии, ОАК ежемесячно дважды и при снятии с учёта.

- ЖДА II степени – ОАК, сывороточное железо, ОЖСС, ЛЖСС – через 1–2 мес на фоне поддерживающей терапии (8–10 недель), затем ОАК ежемесячно 4 раза, затем ежеквартально.

- ЖДА III степени – ОАК, сывороточное железо, ОЖСС, ЛЖСС – через 1–2 мес на фоне поддерживающей терапии (10–12 недель), затем ОАК ежемесячно 6 раз, затем ежеквартально.

4. Оздоровительные мероприятия: сбалансированная диета, железо- и витаминсодержащие продукты, красное мясо, субпродукты, овощи, фрукты. Детям 1-го года жизни – преимущественно грудное вскармливание, первое блюдо прикорма на 1 мес раньше в виде овощного пюре, мясное пюре – с 6 мес, своевременное введение продуктов прикорма (сок, фруктовое пюре, желток, творог). Охранительный режим, оберегать от простудных и интеркуррентных заболеваний. Санация очагов хронической инфекции. Местный санаторий. Санаторно-курортное лечение после ЖДА II и III степени через 6 мес после нормализации показателей крови детям старше 5-летнего возраста.

5. Противорецидивное лечение. Назначение поддерживающей терапии в течение 6–8 недель в виде солевых препаратов железа (II) (тотема, ферронат, ферретаб, сорбифер, актиферрин, гемофер, ферроградумет и др.) или комплекса гидроксида железа (III) с полимальтозой (мальтофер) при ЖДА I степени, 8–10 недель при ЖДА II степени, 10–12 недель при ЖДА III степени.

6. Двигательный режим. Дети раннего возраста – возрастные комплексы массажа и гимнастики. Дети дошкольного и школьного возрастов – постепенное расширение режима от лечебной физкультуры до подготовительной и основной групп.

7. Трудовой режим. При ЖДА I степени ДДУ ребёнок может посещать сразу после нормализации показателей крови, при ЖДА II степени рекомендуется посещение ДДУ через 3 мес после нормализации показателей крови в возрасте 2–3 лет и через 6 мес – в возрасте 1–2 года. После перенесённой ЖДА III степени посещение ДДУ

рекомендуется через 6–12 мес (в зависимости от возраста) после нормализации показателей крови.

8. Прививочный режим. При ЛДЖ вакцинация не противопоказана. При ЖДА I степени медицинский отвод на 1 мес, при ЖДА II степени – на 6 мес, ЖДА III степени – на 12 мес после нормализации показателей крови.

9. Снятие с диспансерного учёта

ЛДЖ – через 3 мес, ЖДА I степени – через 6 мес, ЖДА II степени – через 12 мес, ЖДА III степени – через 12–18 мес после нормализации показателей крови.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с гемолитическими анемиями (группы здоровья III-IV)

1. Сроки осмотра участковым педиатром. Ребёнок с гемолитической болезнью новорожденных (ГБН) в течение первых 6 мес жизни – 2 раза в мес, во втором полугодии – 1 раз в мес, на втором и третьем году жизни – ежеквартально.

Дети дошкольного и школьного возрастов с анемией Минковского-Шоффара наблюдаются ежемесячно первые 3 мес, затем ежеквартально.

2. Сроки осмотра узких специалистов:

- гематолог – 2 раза в год при ГБН; при анемии Минковского-Шоффара – 2–4 раза в год;

- отоларинголог, окулист, стоматолог – 2 раза в год.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК с определением числа ретикулоцитов, микросфероцитов первые 3 мес ежемесячно, затем 2–4 раза в год;

- биохимический анализ крови (общий билирубин, фракции, активность трансаминаз) – ежеквартально;

- УЗИ брюшной полости – 1 раз в год.

4. Оздоровительные мероприятия. Полноценная, обогащённая белком (возрастные нормы), витаминами диета, охранительный режим, санация очагов хронической инфекции у детей старше 3 лет. Санаторно-курортное лечение детям старше 3–5 лет на фоне нормальных показателей крови.

5. Противорецидивное лечение проводится постоянно (гематолог).

6. Трудовой режим. Домашнее обучение при анемических кризах (уровень гемоглобина менее 100 г/л) с частотой 2 и более раз в год. При этом оформляется инвалидность (V группа здоровья). Физические нагрузки, труд противопоказаны.

7. Прививочный режим. Профилактические прививки – медицинский отвод детям первого года жизни, далее с разрешения иммунолога, гематолога.

8. Двигательный режим – освобождение от физкультуры, ЛФК.

9. Критерии снятия с учёта – через 4 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов.

*Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми
с геморрагическим васкулитом (группы здоровья III – IV)*

1. Сроки наблюдения участковым педиатром первый год – 1 раз в мес, второй, третий годы – 2 раза в год.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гематолог – 1 раз в 3–6 мес;
- стоматолог, отоларинголог, офтальмолог – 2 раза в год;
- нефролог – по показаниям (при почечном синдроме).

3. Уровень лабораторного-инструментального обследования:

- ОАК с формулой и определением количества ретикулоцитов и тромбоцитов – 1 раз в мес в первые 3 мес наблюдения, далее ежеквартально;

- биохимический анализ крови (общий белок, фракции, креатинин, мочевины, холестерин, АЛТ, АСТ, серомукоид, дифениламиновая проба, СРБ) – 1 раз в 6 мес;

- коагулограмма, длительность кровотечения – 1 раз в квартал в первые 6 мес, затем 1 раз в 6–12 мес;

- иммунограмма – по показаниям;

- ОАМ, анализы мочи по Нечипоренко, Аддис–Каковскому – каждые 10 сут в первый мес после выписки из стационара, затем 1 раз в мес в течение 3 мес наблюдения, далее – 1 раз в квартал;

- проба по Зимницкому – 1 раз в 6 мес (при почечном синдроме);

- кал на скрытую кровь (при абдоминальном синдроме);

- кал на яйца глистов – 2 раза в год;

- УЗИ органов брюшной полости.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5, обогащённая витамином С, гипоаллергенная. Режим щадящий. Профилактика интеркуррентных заболеваний, санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии. Закаливание проводится по II и III группам.

5. Противорецидивное лечение. По рекомендациям стационара в периоде ранней реабилитации назначаются гормоны в поддерживающей дозе, дезагреганты (дипиридамол, пентоксифиллин). При почечном синдроме – ребенок наблюдается так же, как при гломеруло-нефрите.

Сезонная противорецидивная терапия (весна, осень) проводится врачом-гематологом.

6. Трудовой режим. Посещение ДООУ через 1–2 мес после исчезновения клинико-лабораторных признаков болезни. При длительности течения (более 2–3 мес) – домашнее обучение на 3–6 мес. Возможно оформление инвалидности сроком на 6–12 мес.

7. Прививочный режим – профилактические прививки через 12 мес после обострения на фоне десенсибилизирующей терапии.

8. Двигательный режим. ЛФК, освобождение от физкультуры на 1–3 мес после выздоровления, далее физкультурная группа – специальная 6–12 мес, на втором году наблюдения – подготовительная. Вопросы спортивных мероприятий решаются индивидуально и не ранее чем через 3 года после выздоровления.

9. Критерии снятия с учета – через 3 года при отсутствии рецидивов.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с тромбоцитопенической пурпурой (группы здоровья III-V)

1. Сроки осмотра участкового педиатра – на первом году – 1 раз в мес, затем 1 раз в 3 мес в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 мес.

2. Сроки осмотра узких специалистов:

- гематолог – те же, что у участкового педиатра;
- стоматолог, отоларинголог – 2 раза в год;
- другие специалисты по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК с подсчетом количества тромбоцитов, длительность кровотечения – 2 раза в мес первые 3 мес, затем ежемесячно до конца пер-

вого года наблюдения, далее 1 раз в 3 мес;

- тромбоцитограмма – 2 раза в год;
- биохимический анализ крови (билирубин и его фракции, мочевины, сывороточное железо и др.), иммунограмма – 1 раз в год;
- ОАМ – 2 раза в год;
- кал на яйца глистов – 2 раза в год;
- кал на скрытую кровь – 1–2 раза в год;
- УЗИ брюшной полости, ЭКГ – по показаниям.

4. Оздоровительные мероприятия. Стол №5, витаминизированный, обогащённый витамином С, гипоаллергенный. Рекомендуются исключение из пищевого рациона уксуса, пряностей, продуктов домашнего консервирования с применением уксуса, ацетилсалициловой кислоты. Режим щадящий. Профилактика ОРВИ. Санация очагов хронической инфекции. Дегельминтизация. Лечение дисбиоза кишечника.

Исключаются смена климата, инсоляция, физиотерапевтические и тепловые процедуры (в том числе ультравысокочастотная и УФО) на срок не менее 3–5 лет после обострения.

5. Противорецидивное лечение. После выписки из стационара ребенок наблюдается у врача-гематолога. По показаниям продолжается терапия кортикостероидами в поддерживающих дозах. Возможно назначение синтетических аналогов андрогенов – даназол (дановал, данол, данодиол) в течение 3 и более мес.

Фитотерапия. Целесообразно использование кровоостанавливающих сборов трав в сочетании с чередующимися двухнедельными курсами препаратов, стимулирующих адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (этамзилат, адроксон), желчегонных средств. В кровоостанавливающий сбор входят тысячелистник, пастушья сумка, крапива, зайцегуб опьяняющий, зверобой, земляника лесная (растения и ягоды), водяной перец, кукурузные рыльца, шиповник, арника и др.

При стабилизации процесса – 2–3 раза в год (весной и осенью), помимо трав, назначаются курсы гемостатической терапии: лития карбонат, аскорутин, рибоксин в течение 2–3 недель, АТФ со жженой магнием, хотя убедительных данных об их эффективности нет.

Необходимо исключение сульфаниламидов, карбенициллина, дезагрегантов, снотворных средств, аминазина, реополиглюкина, нитро-

фурановых препаратов, НПВП, сосудорасширяющих средств, антикоагулянтов. Не следует делать внутримышечные инъекции.

При непрерывно-рецидивирующем течении хронической идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) и частых обострениях решается вопрос о плановой спленэктомии. Принятый возраст – 5 лет и старше. В качестве альтернативы спленэктомии может рассматриваться рентгеноэндоваскулярная окклюзия селезенки.

6. Трудовой режим. Освобождение от летней трудовой практики, общественно полезного труда в течение первого года наблюдения (при острой пурпуре). При хронической тромбоцитопенической пурпуре, при рецидивирующем течении с тяжёлыми геморрагическими кризами (тромбоциты $50 \times 10^9/\text{л}$ и менее), длительной гормональной терапии – оформление инвалидности (V группа здоровья), домашнее обучение.

7. Прививочный режим. От профилактических прививок ребенок освобожден в течение 5 лет. В дальнейшем вопрос решается индивидуально – возможны по эпидпоказаниям, после разрешения иммунолога при нормальном количестве тромбоцитов и проведении 5-дневного курса десенсибилизирующей терапии до и после прививки.

Прививки живыми вирусными вакцинами ребенку с ИТП противопоказаны!

8. Двигательный режим. ЛФК, освобождение от физкультуры на 1–3 мес после выздоровления, далее в течение первого года физкультурная группа специальная (или вводная и заключительная часть урока), затем подготовительная. Соревнования, работа на снарядах, спортивные школы не показаны.

9. Критерии снятия с учёта – через 3–5 лет после выздоровления при остром течении. При хронической ИТП – до передачи в поликлинику общелечебной сети.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми с лейкозами

1. Сроки наблюдения участковым педиатром в период ремиссии – 1 раз в 2 нед.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- гематолог – 1 раз в мес;
- другие специалисты – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования: ОАК – 1 раз в 2 нед; биохимический анализ крови – 1 раз в мес и при подозрении на обострение.

4. Оздоровительные мероприятия. Диета №5, витаминизированная, высококалорийная, обогащенная белком. Санация очагов хронической инфекции. Санаторно-курортное лечение не показано. Детям не рекомендуется смена климатических условий.

5. Противорецидивное лечение. Ребёнок получает гормональную и цитостатическую терапию по назначению врача-гематолога. Необходимо контролировать процессы переваривания и усвоения пищи, деятельность печени и поджелудочной железы. Важную роль играют психологическая и социальная адаптация и реабилитация.

6. Трудовой режим. Ребёнок освобождается от посещения школы. Рекомендуется домашнее обучение.

7. Прививочный режим – профилактические прививки противопоказаны.

8. Двигательный режим. Рекомендуется ЛФК.

9. Критерии снятия с диспансерного учёта. С диспансерного учёта ребёнок не снимается, передается в общелечебную сеть.

Инвалидность детей с заболеваниями крови

1) Инвалидность детей с заболеваниями крови сроком от 6 мес до 2 лет устанавливается при гематологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 мес и ежегодными обострениями.

2) Инвалидность сроком от 2 до 5 лет устанавливается при наследственных и приобретенных заболеваниях крови. Клиническая характеристика: не менее 1 криза в течение года со снижением гемоглобина менее 100 г/л.

3) Инвалидность на 5 лет устанавливается при остром лейкозе, лимфогранулематозе. Клиническая характеристика: с момента установления диагноза на срок до достижения 16-летнего возраста.

2.6. Алгоритмы диспансеризации детей с аллергической патологией

Алгоритм диспансерного наблюдения детей с бронхиальной астмой (группы здоровья III–V)

1. В задачи участкового педиатра входят:

- раннее выявление детей с бронхиальной астмой (БА);
- наблюдение детей с риском развития БА в декретированные сроки: на первом году – ежемесячно первые 6 мес, затем в 9 и 12 мес, далее ежегодно;
- нередко начальные проявления БА протекают под маской респираторных инфекций, в связи с чем так называемые ЧБД требуют углубленного обследования и направления к специалистам;
- контроль за детьми с БА осуществляется в соответствии с индивидуальным планом наблюдения: пациенты с легкой БА осматриваются 1 раз в 12 мес, среднетяжелая и тяжелая БА – не реже 1 раза в 6 мес (с исследованием функции внешнего дыхания (ФВД));
- амбулаторное лечение БА проводится по показаниям или по рекомендациям специалиста;
- оценка эффективности начальной противовоспалительной базисной терапии у детей со среднетяжелой и тяжелой БА проводится через 1 мес, далее при эффективности терапии – через 3–6 мес. При неэффективности необходима госпитализация в специализированный стационар;
- план диспансеризации ребенка с БА согласовывается с аллергологом и/или пульмонологом. При наличии сопутствующего аллергического ринита, атопического дерматита – с отоларингологом, дерматологом.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- аллерголог – при легкой и средней тяжести БА – 2 раза в год; при тяжелой – 4 раза в год;
- пульмонолог – 1 раз в год (по показаниям чаще);
- отоларинголог – 2 раза в год;
- стоматолог – 2 раза в год;
- фтизиатр 1–2 раза в год (при сомнительной и положительной пробах Манту);

- врач ЛФК – 2 раза в год;
- физиотерапевт – 1–2 раза в год.
- другие специалисты (гастроэнтеролог, кардиолог, окулист) – по показаниям.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год;
- кал на яйца глистов, цисты лямблий, соскоб на острицы – 2 раза в год;
- спирометрия (у детей старше 5 лет) – 1–2 раза в год;
- рентгенологическое обследование легких – по показаниям;
- кожные пробы (аллерголог);
- титр уровня общего IgE и специфических IgE-антител.
- детям старше 5 лет пикфлоуметрический мониторинг (ФВД).

4. Оздоровительные мероприятия. Гипоаллергенная диета. Элиминационный режим. Профилактика активного и пассивного курения. Аэрация, профилактика загрязнения воздуха. Витаминизация с учётом возможной реакции. Тщательная санация имеющихся очагов хронической инфекции. Профилактика и лечение гельминтозов.

Необходима известная осторожность в применении лекарственных препаратов, особенно антибиотиков пенициллиновой группы, аспирина и других НПВП.

Санаторно-курортное лечение показано в период ремиссии БА: Белокуриха (Алтайский край), детские курорты Краснодарского края (Анапа, Сочи), курорты Ставропольского края (Кисловодск, Пятигорск), детские санатории «Едел», «Златы горы» (Чехия), Бад Кёзен-Вад Косен Реа-клиника для детей (Германия), Давос высокогорная клиника (Швейцария) и др.

5. Противорецидивное лечение. ЛФК, респираторная терапия (по методу Бутейко, дыхание через сопротивление, звуковая гимнастика, дыхательные тренажеры, метод интервальной гипоксической тренировки и пр.), массаж и вибромассаж, физиотерапия (магнито- и лазеротерапия), спелеотерапия и горноклиматическое лечение, фитотерапия (корневища и корни солодки голой) с учетом пыльцевой сенсибилизации, психотерапия.

Аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ) уменьшает выраженность симптомов БА и потребность в лекарственных препара-

тах, снижает аллергенспецифическую и неспецифическую бронхиальную гиперреактивность (проводится аллергологом).

К препаратам базисной терапии относятся: ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС) (табл. 5, 6), антагонисты антилейкотриеновых рецепторов, β_2 -агонисты, длительно действующие в комбинации с ИГКС, кромоны, теofilлины, моноклональные антитела к IgE, системные глюкокортикостероиды, АСИТ. Объем базисной терапии определяется тяжестью и уровнем контроля БА, возрастом больных детей, характером сопутствующей патологии.

Терапия неотложной помощи при обострении БА включает бронхолитики короткого действия (табл. 7): быстродействующие β_2 -агонисты (короткодействующие – сальбутамол, фенотерол, длительнодействующие – формотерол, сальметерол, кленбутерол), метилксантины (теофиллин), холинолитики (ипратропия бромид), комбинированные препараты (фенотерол+ипратропия бромид, сальбутамол+ипратропия бромид).

Каждые 3 мес врач-аллерголог должен проводить ревизию и коррекцию базисной терапии (если контроль БА достигнут), а также постоянный мониторинг симптомов и пиковой скорости выдоха (пикфлоуметрия), контролировать ведение дневника самоконтроля. В задачи врачей специалистов входит организация обучения пациентов и членов их семей.

На всех ступенях фармакотерапии БА проводятся занятия в астма-школах, дети обучаются дыхательным упражнениям, включаются в занятия спортом, им прививаются навыки закаливания, используются методы климатотерапии, санаторное лечение, физические методы воздействия.

С целью профилактики острых респираторных инфекций детям с БА рекомендуются курсы иммуностимуляторов микробного происхождения (ИРС-19, рибомунил, бронхо-мунал, бронхо-ваксом детский).

6. Трудовой режим. При лёгкой и среднетяжёлой формах БА дети посещают детские дошкольные учреждения и школу. Организуются иные уроки труда, не связанные с бытовой, древесной, металлической пылью. Дети могут быть освобождены от летней трудовой практики, общественно полезного труда.

Таблица 5

Сравнительные эквивалентные суточные дозы (мкг) ИГКС для базисной терапии детей до 5 лет (по GINA 2010)

Препарат, форма выпуска	Низкие /Средние	Высокие
Суспензия будесонида для небулайзерной ингаляции	250–500	>500
Флутиказон ДАИ	100–200	>200
Беклометазон ДАИ	100–200	>200

Примечание: ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор.

При тяжёлой форме болезни домашний режим, обучение на дому или выделяется дополнительный выходной день. При частых приступах ребёнок освобождается от переводных экзаменов. Выпускные экзамены – по щадящему режиму.

7. Прививочный режим. Иммунизация детям с БА проводится только в периоды ремиссии (в том числе и медикаментозной) длительностью не менее 4–8 недель всегда на фоне базисной терапии заболевания. Вакцинация исключается в периоде обострения БА независимо от ее тяжести. В случае частых ОРВИ индивидуально решается вопрос о вакцинации против пневмококка и гемофильной палочки («ПКИ7», «Пневмо 23», «Хиберикс», «АктХиб» и др.) при достижении контроля БА. Дети, получающие АСИТ, могут быть вакцинированы только по строгим эпидемиологическим показаниям бесклеточной коклюшной вакциной (Инфанрикс – ацеллюлярная дифтерийно-столбнячно-коклюшная вакцина) или АДС, АДС-М, противополиомиелитной инактивированной вакциной (Имовакс Полио, Полиорикс), комбинированными вакцинами (Тетраксим, Пентаксим (дифтерийно-столбнячная ацеллюлярная коклюшно-полиомиелитная с гемофильным компонентом)) через 2–4 нед после введения очередной дозы аллергена с по

Таблица 6

Сравнительные эквивалентные суточные дозы (мкг) ИГКС для базисной терапии у детей старше 5 лет (по CINA 2006, 2010)

Препарат	Низкие дозы		Средние дозы		Высокие дозы	
	до 12 лет	старше 12 лет	до 12 лет	старше 12 лет	до 12 лет	старше 12 лет
Бекламетазон ДАИ	100–200	>200–400	>200–400	>400–600	>400	>600
Будесонид ДПИ	100–200	>200–400	>200–400	>400–800	>400	>800
Суспензия будесонида для небулайзерной ингаляции	250–500	>500–1000	>500–1000	>1000–1500	>1000	>1500
Флутиказон ДАИ	100–200	100–250	>200–500	>250–500	>500	>500
Мометазона фураат ДПИ	100	200	>200	>200–400	>400	>400
Циклесонид ДАИ	80–160	80–160	>160–320	>160–320	>320	>320

Примечание: ДПИ – дозированный порошковый ингалятор, ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор.

Таблица 7

Симпатомиметики (β 2-агонисты) короткого действия

Препарат	Форма выпуска, дозы
<p>Сальбутамол (Вентолин), Саламол и др. Вентолин небулы, Сальгим для инъекций</p>	<p>Таблетки 2 и 4 мг, сироп 2 мг в 5 мл 3–8 мг/сут. ДАИ: 0,1 мг/доза – 1–2 дозы до 4 раз в сут. Р/н 2,5 мг/2,5 мл – по 1,25–5 мл (без разведения). Раствор 0,1% – в/в 15 мкг/кг, затем 0,2 мкг/кг в минуту.</p>
<p>Фенотерол – Беротек Н, Беротек для ингаляций через небулайзер</p>	<p>ДАИ 100 мкг/доза – детям 4–6 лет – 100 мкг, >6 лет – 200 мкг, повторно только 1 доза через 5 мин 1 мг/мл: детям <6 лет 50 мкг/кг (10 капель = 0,5мл), детям 6–14 лет – 1,0 мл (20 капель = 1,0 мл), 3–4 раза в сут.</p>
<p>Беродуал, Беродуал – для ингаляций через небулайзер</p>	<p>ДАИ: 1 доза – фенотерола 50 мкг + ипратропия бромид 20 мкг – 1–2 дозы до 4 раз в сут. В 1 мл фенотерола 0,5 мг+ипратропия бромид 0,25 мг – детям < 6лет 50 мкг/кг (до 10 капель = 0,5 мл), детям 6–12 лет – 10–40 капель на ингаляцию до 4 раз в сут.</p>

Примечание: ДАИ – дозированный аэрозольный ингалятор.

следующим продолжением АСИТ через 4–5 недель после вакцинации. Рекомендуется также ежегодная вакцинация против гриппа.

8. Двигательный режим. При тяжёлой БА ребёнок освобождается от физкультуры. Занятия в ЛФК-группах, курсы дыхательной гимнастики. При лёгкой и среднетяжёлой формах БА освобождение от физкультуры на 1–1,5 мес после приступа, далее занятия в специальной или подготовительной группе.

9. Критерии снятия с учёта. Дети с БА с диспансерного учёта не снимаются до перевода в поликлинику общелечебной сети в возрасте 18 лет.

Критерии эффективности диспансеризации (контроль над БА):

- частота обострений БА и их суммарная продолжительность;
- длительность и полнота ремиссии (полный контроль астмы);
- дни нетрудоспособности матери в связи с уходом за ребенком, дни пропущенных занятий в школе;
- количество сут, проведенных больным в стационаре за год;
- динамика показателей ФВД в период ремиссии.

Эффективность диспансеризации:

- эффективность диспансеризации А (группа здоровья III) – при длительности ремиссии БА 2 года и более.
- эффективность диспансеризации Б (группа здоровья III) – длительность ремиссии БА менее 2 лет.
- эффективность диспансеризации В (группа здоровья IV) – отсутствие положительной динамики в клинике заболевания, неконтролируемая БА.
- эффективность диспансеризации Г (группа здоровья V) – в динамике ухудшение состояния здоровья. Определяется инвалидность.

Инвалидность при тяжёлой БА устанавливается сроком на 2 года, при гормонозависимой БА – до 18-летнего возраста. Бесплатный отпуск лекарств и другие социальные льготы. Домашнее обучение.

10. Профессиональная ориентация. Учитывать вероятность возникновения профессиональной сенсibilизации. Противопоказаны профессии с высоким физическим и нервно-эмоциональным перенапряжением, с воздействием неблагоприятных метеорологических факторов, контактных и ингаляционных аллергенов (мех, шерсть, медика-

ментозные средства, химические вещества, пыль, цемент, лаки, краска, растворители), ионизирующих и электромагнитных излучений.

Алгоритм диспансерного наблюдения за детьми, страдающими атопическим дерматитом (группы здоровья III–IV)

1. Сроки наблюдения участковым педиатром:

- дети в возрасте до 1 года – 1 раз в мес; при обострении – 2 раза в мес и/или индивидуально в зависимости от тяжести процесса;
- дети до 3 лет – 1 раз в 3 мес;
- старше 4 лет – 1 раз в 6 мес.

2. Сроки наблюдения узкими специалистами:

- аллерголог – 2 раза в год;
- дерматолог – 2 раза в год;
- иммунолог – по показаниям (решение вопроса о вакцинации);
- стоматолог, отоларинголог – 2 раза в год;
- гастроэнтеролог – при сопутствующей патологии ЖКТ;
- психоневролог – при поведенческих нарушениях.

3. Уровень лабораторно-инструментального обследования:

- ОАК, ОАМ – 1–2 раза в год;
- кал на яйца глистов, кал на дисбактериоз – 1 раз в 6 мес;
- определение уровня общего IgE и антигенспецифических IgE-антител в сыворотке крови – при постановке диагноза;
- кожное аллергическое тестирование (однократно у аллерголога).

4. Оздоровительные мероприятия. Гипоаллергенная, элиминационная диета. В грудном возрасте – ориентация на естественное вскармливание. Гипоаллергенная диета кормящей матери назначается на весь период кормления грудью. Фруктовые и ягодные соки рекомендуется вводить с 6 мес, фруктовое пюре – в 5,5 мес.

Первое блюдо прикорма ребёнку вводится в возрасте 5 мес в виде овощного безмолочного пюре из одного вида овощей с постепенным расширением ассортимента. К овощному пюре добавляют рафинированное дезодорированное растительное масло (подсолнечное, кукурузное, оливковое).

Второе блюдо прикорма в виде безглютеновой (рисовая, кукурузная, гречневая), безмолочной каши (на соевой смеси или гидролизате) рекомендуется вводить с 5,5 мес. С целью коррекции белковой части

рациона в питание ребенка, страдающего атопическим дерматитом, с 6 мес вводят мясное пюре. При непереносимости говядины рекомендуется использовать специализированные детские консервы из мяса кролика, индейки, конины, нежирной свинины.

В качестве третьего прикорма (с 8–9 мес) возможно использование второго овощного или овощно-крупяного блюда с добавлением мясного пюре, чем достигается некоторое ограничение молочных продуктов в рационе ребенка. Творог, яйца и рыба в рационы детей с атопическим дерматитом на первом году жизни не вводятся или полностью элиминируются. Для ориентации в реакции ребенка на те или иные пищевые продукты матерям рекомендуется вести *пищевой дневник*.

При искусственном вскармливании используют гипоаллергенные и безмолочные лечебные смеси. Согласно современным рекомендациям, в острый период атопического дерматита назначаются аминокислотные смеси (Неокейт), смеси на основе высокогидролизованного белка (Алфаре, Нутрилак пептиди СЦТ, Нутрилон пепти ТСЦ, Прегестимил, Нутрамиген, Фрисопеп АС). При стихании острых проявлений возможен переход на гипоаллергенные смеси (на основе частично гидролизованного белка) – Нутрилак ГА, Нутрилон ГА 1 и 2, НАН ГА 1 и 2, Хумана ГА 1 и 2 и др.

Режимные мероприятия. Психоэмоциональный покой. Организация гипоаллергенного быта. Санация хронических очагов инфекции. Лечение дисбиоза кишечника. Показано лечение на курортах Крыма, Черноморского побережья Кавказа и Средиземноморья.

5. Противорецидивная терапия. Должна быть комплексной, направленной на подавление аллергического воспаления кожи и уменьшения воздействия причинных факторов.

Рекомендуется регулярное использование *увлажняющих и смягчающих кожу средств* (индифферентные кремы, мази, лосьоны, масляные и смягчающие ванны). Смягчители следует наносить не менее 2 раз в сут, а также после каждого мытья или купания (рекомендуется детское мыло, шампуни серии Фридерм). Каждые 3–4 нед необходима смена увлажняющих средств для предотвращения тахифилаксии.

Для поддержания ремиссии атопического дерматита при волнообразном течении болезни возможно назначение *местных глюкокортикоидов* (адвантан, элоком, локоид) интермиттирующим курсом

(обычно 2 раза в нед) в сочетании с увлажнителями. С 3-месячного возраста могут быть использованы *топические ингибиторы кальциневрина* – такролимус, пимекролимус (элидел).

При обострении атопического дерматита показана системная терапия антигистаминными препаратами со сменой каждые 5–7 сут. В случае присоединения вторичной инфекции кожи – антибактериальная терапия, антисептики местно.

При сочетании атопического дерматита с аллергическим ринитом и БА рекомендуется аллергенспецифическая иммунотерапия.

6. Трудовой режим. На домашнем обучении находятся дети V группы здоровья. Детям с атопическим дерматитом III, IV групп здоровья показан щадящий режим переводных и выпускных экзаменов, возможно освобождение от летнего трудового обучения в период манифестации процесса.

7. Прививочный режим. Вакцинация в периоде ремиссии на фоне десенсибилизации антигистаминными препаратами II или III поколения (у детей до 2 лет) и после разрешения аллерголога и иммунолога.

8. Критерии снятия с учёта. Дети, страдающие лёгкой и среднетяжёлой младенческой и детской формами с ограниченной распространённостью процесса, находящиеся в стадии стойкой ремиссии, в течение 3–5 лет могут быть сняты с диспансерного учёта. В случае тяжёлых, распространённых и диффузных форм, рецидивирующего течения на фоне кортикостероидной терапии, хронизации процесса, подростковых форм осуществляется наблюдение до 18-летнего возраста с передачей общелечебную сеть.

9. Профессиональная ориентация. Не рекомендуются профессии, связанные с воздействием химических и токсических веществ, красок и других факторов, вызывающих аллергические реакции.

ОСНОВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» с поправками, согласно Постановлению Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. №1121 «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом».

- Приказ Минздравсоцразвития России №104н от 4 марта 2008 г. «О внесении изменений в Перечень изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 января 2007 г. №1».

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 4 августа 2008 г. №379н г. Москва «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядке их разработки и реализации» с изменениями, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 6 сентября 2011 г. №1020н.

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №906н от 17 ноября 2009 г. «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений Медико-Социальной Экспертизы». Приложение к приказу №906н.

- Приказ Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 №1013н «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». Приложение к приказу №1013н.

- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 ноября 2010 г. №1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2011 №51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 №72н г. Москва «О проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

- Федеральный Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ с изменениями (Федеральный закон от 9 декабря 2010 г. №351-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О ветеранах» и статьи 11 и 11.1 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

- Методические рекомендации Минздрава России №206-ВС от 15 января 2008 г. по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях.

- Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них».

- Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. №1348н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».

- Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при специфической профилактике острых респираторных инфекций, Минздрав России, 01 февраля 2013 (Приложение к приказу Минздрава Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. №1127н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при специфической профилактике острых респираторных инфекций»).

- Федеральный закон от 21.12.2013 №368-ФЗ «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов.

1. ДЕТЯМ, ВОСПИТЫВАЮЩИМСЯ В ДЕТСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ И СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОРГАНИЗУЕТ
 - 1) педиатр ДООУ
 - 2) участковый педиатр
 - 3) врач диагностического центра
 - 4) врач отделения восстановительного лечения детской поликлиники
 - 5) врач центра восстановительного лечения

2. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕБЕНКУ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНИЗУЕТ И КОНТРОЛИРУЕТ
 - 1) врач образовательного учреждения
 - 2) участковый педиатр
 - 3) заведующий отделением восстановительного лечения детской поликлиники
 - 4) заведующий педиатрическими участками детской поликлиники

3. ЧАСТОТА ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ ЗАВИСИТ ОТ
 - 1) периода и стадий хронического заболевания
 - 2) нагрузки участкового педиатра
 - 3) оснащения детской поликлиники медицинской аппаратурой

4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ОЦЕНИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ
 - 1) отсутствия жалоб

- 2) нормализации лабораторных показателей
- 3) положительной динамики клинических данных
- 4) лабораторно-инструментальных методов исследования

5. ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕТЯМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) диету
- 2) режим
- 3) витаминизацию
- 4) санацию носоглотки
- 5) санаторно-курортное лечение
- 6) организацию спортивных мероприятий

6. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) закаливание
- 2) массаж грудной клетки
- 3) общий массаж
- 4) занятия физкультурой в ДОУ
- 5) занятия на тренажёрах в спортивном зале
- 6) ЛФК

7. РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ БЫВАЕТ

- 1) медицинской
- 2) социальной
- 3) трудовой

8. РЕАЛИЗАЦИЮ МЕДИЦИНСКИХ АСПЕКТОВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ДОЛЖНЫ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ

- 1) детская поликлиника
- 2) детский центр восстановительного лечения
- 3) бюро медико-социальной экспертизы
- 4) диагностические центры

9. ЗА РЕАЛИЗАЦИЮ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ ОТВЕЧАЮТ
- 1) участковый педиатр
 - 2) заведующий или главный врач детской поликлиники
 - 3) главный врач детского центра восстановительного лечения
 - 4) ответственный работник медико-социальной экспертизы
10. ЭПИКРИЗ НА РЕБЁНКА, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ОФОРМЛЯЕТСЯ
- 1) в конце каждого года наблюдения
 - 2) при взятии на диспансерный учёт
 - 3) при снятии с диспансерного учёта
 - 4) при передаче подростка во взрослую ЛПУ
 - 5) весной и осенью (2 раза в год)
11. ПЛАН ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ УЧАСТКОВЫЙ ПЕДИАТР
- 1) при взятии ребенка на диспансерный учёт
 - 2) 1 раз в год
 - 3) 2 раза в год
12. АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) сроки наблюдения участковым педиатром
 - 2) сроки наблюдения специалистами
 - 3) уровень инструментально-графического обследования
 - 4) оздоровительные мероприятия
 - 5) противорецидивное лечение
 - 6) определение трудового, двигательного и прививочного режима
 - 7) оценку индивидуальной эффективности диспансеризации
13. К ПОНЯТИЮ «ТРУДОВОЙ РЕЖИМ» ОТНОСЯТ
- 1) обычный трудовой режим
 - 2) домашнее обучение
 - 3) возможность организации иных уроков труда
 - 4) освобождение от летнего трудового обучения
 - 5) освобождение от переводных и выпускных экзаменов

14. РАЗНОВИДНОСТЯМИ «ДВИГАТЕЛЬНОГО РЕЖИМА» У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) ЛФК
 - 2) временное освобождение от уроков физкультуры
 - 3) основная физкультурная группа
 - 4) подготовительная физкультурная группа
 - 5) специальная (ослабленная) физкультурная группа
 - 6) спортивные секции
 - 7) занятия в тренажёрном зале
15. РАЗНОВИДНОСТЯМИ «ПРИВИВОЧНОГО РЕЖИМА» ДЛЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) вакцинация согласно календарю профилактических прививок
 - 2) индивидуальный план профилактических прививок
 - 3) временный медицинский отвод от вакцинации живыми вакцинами
 - 4) временный медицинский отвод от всех прививок
 - 5) постоянный медицинский отвод от профилактических прививок
16. СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ИНВАЛИДАХ, МОЖНО ПОЛУЧИТЬ ИЗ
- 1) формы №112/у (карта развития ребёнка)
 - 2) формы №030/у (карта диспансерного больного)
 - 3) паспорта педиатра участка
17. РЕБЕНОК С РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, БЕЗ НАЛИЧИЯ ОЧАГОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ
- 1) II А
 - 2) II Б
 - 3) III
 - 4) IV
18. В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЧБД ПРИМЕНЯЮТСЯ
- 1) поливитамины
 - 2) системные иммуномодуляторы
 - 3) топические иммуномодуляторы

- 4) антибиотики
- 5) нестероидные противовоспалительные препараты
- 6) анаболические гормоны
- 7) фитопрепараты

19. ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУППЫ ЧБД ВКЛЮЧАЮТ

- 1) массаж грудной клетки
- 2) дыхательная гимнастика
- 3) ежедневные прогулки и игры на свежем воздухе
- 4) закаливание по II группе
- 5) закаливание по III группе
- 6) моржевание
- 7) занятия в основной физкультурной группе

20. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ РЕБЕНКУ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ЧЕРЕЗ

- 1) 2 нед после клинико-лабораторного выздоровления
- 2) 1 мес после клинико-лабораторного выздоровления
- 3) 6 мес после клинико-лабораторного выздоровления
- 4) 1 год после последнего эпизода бронхита

21. РЕБЕНОК РАННЕГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИЙ ОСТРУЮ ПНЕВМОНИЮ, ОТНОСИТСЯ К

- 1) III группе здоровья
- 2) II Б группе здоровья
- 3) I группе здоровья
- 4) II А группе здоровья

22. КРАТНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ РЕБЕНКА, СТРАДАЮЩЕГО БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 2–4 раза в год
- 2) 4 раза в год
- 3) 6 раз в год
- 4) 6 и более раз в год

23. РЕБЕНОК, ПЕРЕНЕСШИЙ ДЖВП ПУТЕЙ, СОСТОИТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ СРОКОМ ДО

- 1) 1 года
- 2) 2 лет
- 3) 3 лет
- 4) достижения возраста 18 лет

24. ЧАСТОТА ДИСПАНСЕРНЫХ ОСМОТРОВ ЗА ДЕТЬМИ С ДЖВП СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, затем 1 раз в 6 мес
- 2) 1 раз в 6 мес в течение первого года после обострения, затем 1 раз в год
- 3) 1 раз в мес в течение первых 6 мес после обострения, затем 1 раз в 3 мес в течение второго полугодия, затем 1 раз в 6 мес

25. ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДЖВП ВКЛЮЧАЕТ

- 1) стол №5
- 2) тюбажи по Демьянову
- 3) минеральные воды
- 4) ферменты
- 5) кардиотропные препараты
- 6) желчегонные препараты
- 7) спазмолитики
- 8) ЛФК

26. ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИТОМ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) стол №5
- 2) желчегонные препараты
- 3) антацидные средства
- 4) физиотерапия
- 5) тюбажи по Демьянову
- 6) фитотерапия
- 7) приём минеральных вод
- 8) ЛФК

27. РЕБЕНОК, ПЕРЕНЕСШИЙ ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА, ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ СРОКОМ ДО
- 1) 1–2 лет
 - 2) 3–5 лет
 - 3) достижения возраста 18 лет
28. ДЕТИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДПК) СОСТОЯТ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ СРОКОМ ДО
- 1) 3 года
 - 2) 5 лет
 - 3) достижения возраста 18 лет
29. ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЁНКА, СОСТОЯЩЕГО НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЁТЕ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК, В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) общий анализ крови
 - 2) общий анализ мочи
 - 3) рентгенографию желудка и ДПК
 - 4) УЗИ органов брюшной полости
 - 5) кал на скрытую кровь
 - 6) ЭГДС
 - 7) кал на яйца глистов
 - 8) рН-метрию
30. ДВИГАТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ ШКОЛЬНИКА, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ
- 1) ЛФК в течение 6–12 мес, затем занятия в специальной физкультурной группе на весь период обучения
 - 2) ЛФК в течение 3–6 мес, затем занятия в специальной физкультурной группе; через 2 года – в подготовительной группе
 - 3) освобождение от занятий физкультурой на все время обучения, курсы ЛФК 2–4 раза в год
31. РЕБЕНОК, СТРАДАЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ, ДОЛЖЕН СОСТОЯТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ У
- 1) отоларинголога

- 2) стоматолога
- 3) аллерголога
- 4) инфекциониста
- 5) гастроэнтеролога
- 6) гематолога

32. К ПЕРЕЧЕНЮ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) ЭКГ
- 2) ЭхоКГ
- 3) реоэнцефалография
- 4) холтеровское мониторирование
- 5) компьютерная томография
- 6) рентгенография грудной клетки в двух проекциях

33. ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ШКОЛЬНИКА С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) соблюдение рационального режима дня
- 2) устранение гиподинамии, дозированные физические нагрузки
- 3) диетотерапию с ограничением поваренной соли, жиров, острых и танин-содержащих продуктов
- 4) назначение минеральных вод курсом по 3–4 нед 2 раза в год
- 5) ограничение эмоциональных воздействий
- 6) индивидуальную и семейную психологическую коррекцию

34. РЕБЕНОК, ПЕРЕНЕСШИЙ МИОКАРДИТ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ С ОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ, ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ СРОКОМ ДО

- 1) 1 года
- 2) 3 лет
- 3) 5 лет
- 4) достижения возраста 18 лет

35. РЕБЕНОК, ПЕРЕНЕСШИЙ ТЯЖЕЛЫЙ МИОКАРДИТ С ПОДОСТРЫМ ТЕЧЕНИЕМ, ПОДЛЕЖИТ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ СРОКОМ ДО

- 1) 1 года

- 2) 3 лет
 - 3) 5 лет
 - 4) достижения возраста 18 лет
36. ПРЕПАРАТАМИ, ПРИМЕНЯЕМЫМИ В ПЕДИАТРИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БИЦИЛЛИНОПРОФИЛАКТИКИ, ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) бициллин-5
 - 2) амоксициллин
 - 3) экстенциллин
 - 4) вольтарен
 - 5) ретарпен
37. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЁНКОМ, СТРАДАЮЩИМ ЮВЕНИЛЬНЫМ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 3 года после обострения
 - 2) 5 лет после обострения
 - 3) весь период до перехода во взрослую поликлинику
38. ДЛЯ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕБЁНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО РЕВМАТИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ, ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) нестероидные противовоспалительные препараты курсом 2 нед
 - 2) мультивитамины в течение 2–3 недель
 - 3) санацию носоглотки
 - 4) макролиды курсом 2 нед
 - 5) пролонгированные препараты пенициллина круглогодично
 - 6) кортикостероиды коротким курсом
39. ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СРОКОМ ДО 5 ЛЕТ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ
- 1) малых аномалиях сердца
 - 2) состояниях после оперативного вмешательства на сердце и крупных сосудах
 - 3) сердечной недостаточности II–III степени
 - 4) злокачественной гипертензии

40. ЧАСТОТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ ЗА ДЕТЬМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 раз в 2 мес в первое полугодие, затем 1 раз в 6 мес во второе полугодие, затем 1 раз в год
- 2) 1 раз в мес в течение 3 мес, затем ежеквартально в течение первого года наблюдения, затем 1 раз в 6 мес
- 3) 1 раз в 3 мес в первое полугодие, 1 раз в 6 мес во второе полугодие, затем 1 раз в год
- 4) 2 раза в год в течение всего срока наблюдения

41. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НА ЛИЧИИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 год
- 2) 2 года
- 3) 5 лет

42. ЧАСТОТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УЧАСТКОВЫМ ПЕДИАТРОМ ЗА ДЕТЬМИ В ПЕРВЫЙ ГОД ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 1 раз в мес в первое полугодие, затем 1 раз в 3 мес
- 2) 1 раз в 2 мес в первое полугодие, затем 1 раз в 6 мес
- 3) 1 раз за первый мес после обострения, затем ежеквартально
- 4) 2 раза в год

43. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ В СТАДИИ СТОЙКОЙ РЕМИССИИ ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) общий анализ мочи
- 2) анализ мочи по Нечипоренко
- 3) бактериологическое исследование мочи
- 4) биохимический анализ крови
- 5) УЗИ почек
- 6) общий анализ крови
- 7) пробу по Зимницкому
- 8) иммунограмму

- 9) осмотр глазного дна
- 10) ЭКГ
- 11) экскреторную урографию

44. СНЯТИЕ С ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА, ПЕРЕ-
НЕСШЕГО ОСТРЫЙ ПОСТИНФЕКЦИОННЫЙ ГЛОМЕРУЛО-
НЕФРИТ, ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ НОРМАЛЬНЫХ
ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗАХ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ

- 1) 2 года
- 2) 3 года
- 3) 5 лет

45. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ РЕБЕНКУ С ОСТРОЙ ТРОМБО-
ЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ ПОСЛЕ КЛИНИКО-ЛАБОРА-
ТОРНОГО ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНЫ ЧЕРЕЗ

- 1) 6 мес по эпидемическим показаниям
- 2) 1 год с исключением введения живых вирусных вакцин
- 3) 5 лет с исключением введения живых вирусных вакцин

46. ЧАСТОТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УЧАСТКОВЫМ
ПЕДИАТРОМ ЗА РЕБЕНКОМ С ЛЕЙКОЗОМ В ПЕРИОД РЕМИС-
СИИ СОСТАВЛЯЕТ 1 РАЗ В

- 1) 2 нед
- 2) 1 мес
- 3) 2–3 мес
- 4) 6 мес

47. ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ И ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ
ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) гипоаллергенную диету
- 2) гипоаллергенный быт
- 3) исключение инсоляций
- 4) санацию носоглотки
- 5) планирование санаторно-курортного лечения
- 6) физические методы (массаж, дыхательная гимнастика, ЛФК)
- 7) обучающий курс в гастршколе

48. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ДЕТЯМ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

- 1) возможны в период ремиссии
- 2) противопоказаны
- 3) проводятся по индивидуальному плану
- 4) проводятся на фоне базисной терапии

49. УРОВЕНЬ ЛАБОРАТОРНОГО И ИНСТРУМЕНТАЛЬНО-ГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) общий анализ крови, мочи
- 2) ЭКГ
- 3) УЗИ внутренних органов
- 4) спирометрию
- 5) кожные пробы
- 6) биохимический анализ крови
- 7) определение специфических IgE-антител

50. К ЛЕЧЕБНЫМ СМЕСЯМ НА ОСНОВЕ ВЫСОКОГИДРОЛИЗОВАННОГО БЕЛКА, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ОТНОСЯТ

- 1) Неокейт
- 2) Алфаре
- 3) Нутрилак пептиди СЦТ,
- 4) Нутрилон пепти ТСЦ,
- 5) Фрисопеп АС
- 6) НАН ГА

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Мать с мальчиком 5 лет пришла на диспансерный приём к участковому педиатру. Из анамнеза известно, что ребенок с 10 мес часто болел острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) до 6–9 раз в год, в 1 год перенес обструктивный бронхит, в 3 года – острый бронхит. Общее количество ОРЗ за прошедший год – 9, период реконвалесценции до 2–3 недель. Наследственность отягощена: у матери – хронический бронхит, у отца – бронхиальная астма. Ребёнок от первой беременности, протекавшей с обострением хронического бронхита, гестозом второй половины. Роды стремительные, масса ребёнка при рождении 4000 г, длина 52 см. Ребёнок до 1 года наблюдался у невропатолога по поводу ППЦНС; грудное вскармливание до 2 мес; до 1,5 лет отмечались рецидивирующие аллергические сыпи на некоторые пищевые продукты, антибиотики пенициллинового ряда.

Объективно: кожные покровы чистые, бледные; видимые слизистые обычной окраски; подчелюстные лимфатические узлы 1х1,5 см, эластической консистенции, безболезненные при пальпации, другие группы лимфатических узлов без особенностей. Зев рыхлый, миндалины II ст., носовое дыхание затруднено. Тоны сердца громкие, ритмичные, короткий систолический шум на верхушке сердца. Над лёгкими перкуторный звук легочной, дыхание жёстковатое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный; печень и селезёнка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Физическое развитие (ФР) среднее, гармоничное. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту ребенка.

Задание:

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Дайте комплексную оценку состояния здоровья.*

Задача №2

Ребёнок 4 лет выписан под наблюдение участкового педиатра из инфекционно-соматического стационара детской больницы, где находился в течение 10 сут с диагнозом: острая внебольничная двухсторонняя очаговая бронхопневмония, нетяжёлая.

При выписке в *ОАК*: эритроциты (эр) – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 120 г/л; цветной показатель (ЦП) – 0,8; лейкоциты – $6 \times 10^9/л$, палочкоядерные (п/я) – 0, сегментоядерные (с/я) – 63%, лимфоциты (л) – 30%, моноциты (м) – 7%, СОЭ – 12 мм/час.

Контрольная рентгенограмма органов грудной клетки: усиление сосудистого рисунка в прикорневой зоне, инфильтративные изменения не определяются.

При осмотре состояние удовлетворительное, ребёнок активный, сон, аппетит не нарушены. Кожные покровы и слизистые чистые, лимфатические узлы не увеличены, зев спокойный. Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны ясные ритмичные, шумов нет. Над лёгкими перкуторно звук легочной, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, печень и селезёнка не увеличены, физиологические отправления в норме.

ФР и НПР соответствуют возрасту.

Задание:

- 1. Сформулируйте диагноз по классификации.*
- 2. Определите группу здоровья.*

Задача №3

На диспансерный прием в детскую поликлинику в сопровождении матери пришла девочка 12 лет. Ребенок направлен к участковому педиатру врачом гастроэнтерологического отделения после выписки из детской больницы, куда ребёнок поступил 4 нед назад с жалобами на приступообразные колющие боли в верхней половине живота, иррадиирующие в спину и поясницу, однократную рвоту, приносящую облегчение. Из анамнеза известно, что ребенок с 9 лет страдает хроническим гастродуоденитом, наблюдается в детской поликлинике. Девочка назначенную диету не соблюдает, горячие блюда употребляет до 1–2 раз в сут. За последние 6 мес стала раздражительной, ухудшились сон и аппетит, снизилась успеваемость в школе. Боли возникают через

1–2 часа после еды, иногда голодные и ночные, после приема пищи наступает облегчение. Стул 1 раз в сут, оформленный. Наследственность отягощена по линии матери: у деда язвенная болезнь ДПК, у матери – хронический гастродуоденит. В стационаре проведено исследование:

ЭГДС (при поступлении): Слизистая антрального отдела желудка гипремирована, отечна. Слизистая луковицы ДПК отечна, гиперемирована, на передней стенке выявлен рубец 0,5 см, на задней стенке – язвенный дефект 0,9x0,7 см округлой формы с гиперемированным валиком, дно покрыто фибрином.

ЭГДС (при выписке): Гиперемия слизистой оболочки значительно уменьшилась, на месте дефекта следы репарации в виде рубца красного цвета.

УЗИ внутренних органов: Утолщение стенок желудка. Печень и желчный пузырь без патологии.

Биопсийный тест на *H. pylori*: положительный (++).

При осмотре состояние удовлетворительное. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Язык обложен серовато-белым налетом. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 24 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, пульс 86 в минуту. При глубокой пальпации живота отмечаются легкая болезненность в эпигастрии и пилорoduоденальной области, точках Дежардена и Мейо–Робсона, слабopоложительный симптом Менделя. Мочеиспускания, стул со слов не изменены.

Задание:

1. Укажите диагноз ребёнка при выписке из стационара.
2. Определите группу состояния здоровья.
3. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.

Задача №4

Девочка 11 лет на приеме у врача-педиатра после выписки из отделения гастроэнтерологии, куда поступила 4 нед назад с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии, левом подреберье ноющего характера с иррадиацией в спину, возникающие после употребления жирной, жареной пищи и физической нагрузки; тошноту, периодическую рвоту, сниженный аппетит, утомляемость. Данные жалобы бес-

покоили в течение 1 года, ребенок не обследовался, боли купировались приемом дротаверина. Из анамнеза известно, что девочка с 2 лет состоит на диспансерном учете по поводу атопического дерматита, в 9 лет перенесла смешанную форму иерсиниоза (гастроэнтероколит, гепатит). В стационаре проведено обследование:

Биохимический анализ крови (при поступлении): общий белок 65 г/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, холестерин 3,2 ммоль/л, билирубин прямой 3,2 мкмоль/л, билирубин непрямой 13,1 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 250 ед/л, амилаза 450 ед/л. Биохимический анализ крови (при выписке): амилаза 280 ед/л.

Копрограмма: мышечные волокна, нейтральный жир в большом количестве.

Определение фекальной эластазы-1 иммуноферментным методом: 150 мкг/г (норма – 200–550 мкг/г).

УЗИ внутренних органов: Утолщение стенок желудка. Печень, селезенка без патологии. Перегиб тела желчного пузыря. Размеры поджелудочной железы в норме; неровный контур, неоднородность структуры с участками гиперэхогенности, расширение главного панкреатического протока.

При осмотре участковым врачом: девочка астенического телосложения, пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные, легкий периорбитальный цианоз. Слизистые чистые, язык обложен бело-серым налетом. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, при поверхностной пальпации безболезненный. При глубокой пальпации легкая болезненность в левом подреберье, зоне Шоффара, слабopоложительный симптом Мейо–Робсона. Печень по краю реберной дуги, край ровный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Стул, мочеиспускания со слов не нарушены.

Задание:

1. Укажите диагноз ребёнка при выписке из стационара.
2. Определите группу состояния здоровья.
3. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.

Задача №5

На приеме участкового педиатра мальчик 9 лет с жалобами на слабость, утомляемость, тахикардию после незначительной нагрузки. Перенес 1 нед назад гнойную ангину. Из анамнеза известно, что у матери во время беременности были ОРЗ в I и II половину. Наследственность отягощена: у отца хронический тонзиллит, дед по линии отца умер от инфаркта миокарда, у сестры матери гипертоническая болезнь. Ребенок с раннего возраста часто болеет ОРЗ, за прошедший год 3 раза перенес гнойную ангину. После последней ангины у мальчика отмечался астенический синдром, длительный субфебрилитет.

При объективном обследовании выявлено: бледность кожных покровов, гипертрофия II степени и склеротические изменения небных миндалин, увеличение подчелюстных лимфатических узлов; левая граница сердца на 1–1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, приглушение сердечных тонов, негрубый систолический шум на верхушке сердца, ЧСС 120 в минуту, АД 100/65 мм рт. ст., выступание печени на 1–1,5 см ниже края реберной дуги.

Ребенок направлен в стационар, где было проведено лабораторно-инструментальное обследование и подтвержден диагноз участкового педиатра – неревматический кардит. После выписки из стационара и нормализации всех клинико-лабораторных показателей мать повторно обратилась к участковому педиатру для постановки ребенка на диспансерное наблюдение.

Задание:

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Определите группу состояния здоровья.*

Задача №6

Ребёнок 2 мес выписан из стационара с диагнозом: врождённый порок сердца с обогащением малого круга кровообращения (ДМПП), стадия стабилизации, НК 0–I.

На приеме у педиатра детской поликлиники мать жалоб не предъявляет. Ребёнок на искусственном вскармливании. Поведенческие реакции не изменены. Кожные покровы обычной окраски, лёгкий цианоз носогубного треугольника. Визуально сердечная область не изменена.

Границы сердца в пределах возрастной нормы, тоны громкие, ритмичные, систолический шум 1/2 систолы во II межреберье слева с иррадиацией за пределы сердца. Тахикардии, одышки нет. Перкуторно звук над лёгкими легочной, дыхание пуэрильное, хрипов нет. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см. Селезёнка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

ФР: нормосомия, гипотрофия I степени.

НПР: Э – 1 мес, До – 1 мес, Аз – 2 мес, Ас – 2 мес.

Задание:

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Дайте комплексную оценку состояния здоровья ребенка.*

Задача №7

Мать с мальчиком 12,5 лет пришла на «Д» приём в детскую поликлинику после выписки из нефрологического отделения детской больницы, куда ребёнок поступил по направлению участкового педиатра 1 мес назад с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания.

Из анамнеза известно, что ребёнок от II беременности, протекающей с нефропатией в III триместре. Роды – II, в срок; масса при рождении 3600 г, длина 53 см. Грудное вскармливание до 2 мес. До 1 года – пищевая аллергия. Ребёнок из группы ЧБД. Не посещал ДОУ, профилактические прививки не проведены.

Мальчик болен с первого года жизни: в анализах мочи отмечалась транзиторная лейкоцитурия, эпизоды повышения температуры. Впервые ребёнок был обследован в двухлетнем возрасте. При выявлении двухстороннего смешанного пузырно-мочеточникового рефлюкса IV–V степени, мегауретера, проведена антирефлюксная операция. После оперативного лечения ребёнок наблюдался у нефролога. Периодически в анализах мочи определялись лейкоцитурия и бактериурия.

С 12-летнего возраста у ребёнка отмечаются подъёмы артериального давления, в анализах мочи нарастающая протеинурия; в биохимическом анализе крови периодическое повышение уровня мочевины и креатинина. Проведённое лечение в нефрологическом отделении дало некоторую положительную динамику: уменьшилась бледность кожных покровов, приглушенность сердечных тонов, АД снизилось со 150/100 мм рт. ст. до 125/90 мм рт. ст. В лёгких дыхание везикулярное,

хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, симптом поколачивания слабоположительный с обеих сторон.

ОАК: Нв – 110 г/л, эр – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с – 62 %, л – 33%, м – 4%, СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: белок – 0,3, лейкоциты – 15 в поле зрения, эр – 0, бактерии – 0.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66,0 г/л, холестерин – 4,4 ммоль/л, мочевины – 15,8 ммоль/л, креатинин – 280,0 ммоль/л.

УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа, правая почка 82x46 мм, паренхима 10 мм; левая почка 96x48 мм, паренхима 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерна. Проба по Зимницкому: дневной диурез – 350,0, ночной диурез – 1200,0, колебания относительной плотности 1,000–1,006.

Задание:

1. Укажите диагноз ребёнка при выписке из стационара.
2. Определите группу состояния здоровья.
3. Укажите возможность оформления ребёнку инвалидности.

Задача №8

На прием к педиатру поликлиники обратилась мать с ребенком 5 лет после выписки из нефрологического отделения детской больницы, куда ребёнок поступил по направлению участкового педиатра 1 мес назад с жалобами, появившимися через 10 сут после перенесенного острого респираторного заболевания: слабость, снижение аппетита, бледность, отечность лица, урежение мочеиспусканий. Из анамнеза известно, что ребенок родился от второй беременности, протекавшей физиологично, вторых срочных родов. Грудное вскармливание до 6 мес. ФР, НПР по возрасту. С 1 года состоит на учете у аллерголога с диагнозом: атопический дерматит, аллергический ринит. Ребенок из группы ЧБД. При поступлении в стационаре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, на лице, туловище, конечностях мягкие, подвижные, асимметричные отеки. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. АД 90/45 мм рт. ст. ЧСС – 96 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

ОАК: Нв – 124 г/л, эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – 360×10^9 /л, лейкоциты – $12,0 \times 10^9$ /л, п/я – 2%, с – 48%, л – 40%, э – 8%, м – 4%, СОЭ – 24 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумины – 18 г/л, серомукоид – 0,4, СРБ +, холестерин – 12 ммоль/л, общие липиды – 10 г/л (норма – 1,7–4,5), калий – 3,7 ммоль/л, натрий – 134,2 ммоль/л, мочевины – 5,0 ммоль/л, креатинин – 102 мкмоль/л (норма – до 110 мкмоль/л).

Коагулограмма: фибриноген – 4,6 г/л, протромбиновый индекс – 140.

ОАМ: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1,017, белок – 5,0 г/л, лейкоциты 1–2 в поле зрения, эритроциты – 0–1 в поле зрения, оксалаты ++.

Проба по Зимницкому: дневной диурез – 200,0, ночной диурез – 150,0, колебания относительной плотности 1,005–1,020.

УЗИ почек: почки не увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное, эхогенность коркового слоя умеренно повышена. Чашечно-лоханочная система не изменена.

Проведённое лечение в нефрологическом стационаре дало положительную клинико-лабораторную динамику: исчезли отеки, восстановился характер мочеиспусканий, нормализовались все лабораторные показатели. При осмотре участковым педиатром кожные покровы, слизистые оболочки обычной окраски, чистые. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание:

1. Укажите диагноз ребёнка при выписке из стационара.
2. Определите группу состояния здоровья.
3. Укажите возможность оформления ребёнку инвалидности.

Задача №9

Девочка 13 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на плохой аппетит, повышенную утомляемость, ломкость волос и ногтей, сердцебиение. Данные симптомы появились около года назад. Ребёнок из социально неблагополучной семьи, рос и развивался соответственно возрасту. ОРВИ девочка болеет часто, за последние 2 года заболеваемость участилась до 6–7 раз в год. В школе учится хорошо, однако в течение последнего года успеваемость снизилась. Девочка стала раздражительной, апатичной. Мenses нерегулярные с 12 лет, по 5–7 сут, обильные.

В контакт с врачом вступает неохотно. Интеллект сохранён. Питание удовлетворительное. Формула полового развития: Ма3 Р2 Ах2 Ме. Кожа бледная, сухая, чистая. Волосы сухие, тонкие, ломкие; ногти тусклые, наблюдаются поперечная исчерченность, слоистость. Видимые слизистые чистые, бледные. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы увеличены до II–III степени. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС – 100 ударов в минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезёнка не увеличена. Диурез сохранён. Стул оформленный, ежедневный.

ОАК: Нб – 80 г/л, эр – $3,8 \times 10^{12}/л$; ЦП – 0,7; лейкоциты – $7,6 \times 10^9/л$; п/я – 4%, с/я – 59%, л – 28%, б – 0%, э – 5%, м – 4%, СОЭ – 6 мм/час; гипохромия, анизоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++) ; СГЭ – 19,5 пг (содержание гемоглобина в эритроците в норме 24–33 пг).

ОАМ: рН – слабо кислая; белок – 0,066‰, лейкоциты 4–5 в п/з.

Задание:

1. *Поставьте диагноз.*
2. *Определите группу здоровья.*
3. *Оцените половое развитие ребёнка.*

Задача №10

Подросток 16 лет, обратился в подростковый кабинет детской поликлиники для первичного медицинского освидетельствования с жалобами на кожные высыпания, зуд. Мальчик болен с раннего детского возраста. Из анамнеза известно, что ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с гестозом второй половины. Роды срочные. Масса тела при рождении 3750 г, длина – 52 см, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. С периода новорождённости находился на искусственном вскармливании. С 2-месячного возраста у ребёнка на коже щёк появились участки покраснения, мокнутия.

В дальнейшем процесс распространился на кожу туловища и конечностей. Заболевание протекало с периодическими рецидивами. Использование наружных медикаментозных средств и антигистаминных препаратов давало кратковременный эффект. Пациент регулярно наблюдается у аллерголога и дерматолога; неоднократно

лечился в стационаре, где назначались наружные и системные кортикостероидные препараты. Юноша социально не адаптирован, постоянно пропускает занятия в школе по болезни.

Наследственность отягощена по материнской линии: мать ребёнка страдает бронхиальной астмой.

При объективном осмотре: кожные покровы сухие, в области лица, щёк, туловища участки гиперемии, инфильтрации, шелушения, множественные эскориации. В местах естественных складок и сгибах конечностей отмечаются лихеноидные изменения кожи, беспокоит зуд. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаянные с окружающими тканями. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул, мочеиспускание в норме. По данным ф. 112/у уровень общего IgE 600 МЕ/мл (при норме меньше 150 МЕ/мл).

Задание:

- 1. Поставьте диагноз.*
- 2. Определите группу состояния здоровья.*
- 3. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.*

Задача №11

Мать с мальчиком 8 лет пришла на плановый диспансерный приём к участковому педиатру с целью оформления инвалидности по поводу бронхиальной астмы. Из анамнеза известно, что дедушка ребёнка по материнской линии страдает бронхиальной астмой.

Болен с 6 мес, когда впервые был поставлен диагноз обструктивный бронхит. В последующем эпизоды обструкции повторялись с периодичностью в 2–4 мес. С 2-летнего возраста наблюдались типичные приступы удушья. Один раз перенёс астматический статус. Неоднократно госпитализировался по ургентным показаниям.

В последние 2 года приступы участились (по несколько раз в нед). Ребёнок обучается на дому. Последний приступ - сутки назад.

Исследования функции внешнего дыхания проводились месяц назад: стабильное нарушение бронхиальной проходимости по обструктивному типу, форсированная ЖЕЛ 60–70, тест с вентолином всегда положителен.

Выявлена сенсibilизация к домашней пыли, шерсти животных, берёзе, некоторым видам трав.

При осмотре: ребёнок астенического телосложения, отстаёт в физическом развитии. В контакт вступает неохотно, на вопросы отвечает односложно. Признаки дыхательной недостаточности отсутствуют. Кожные покровы без высыпаний, бледные, отмечается периорбитальный цианоз. Дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. ЧСС 90 уд/мин, расщепление II тона с акцентом на лёгочной артерии, АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень +1 см, эластичная, селезёнка не пальпируется.

Ребёнок постоянно получает препараты кромогликата натрия, β_2 -адреномиметики, муколитики, периодически применялись ингаляционные глюкокортикоиды.

Задание:

- 1. Сформулируйте диагноз согласно существующей классификации, дайте комплексную оценку состояния здоровья, определите группу здоровья.*
- 2. Укажите возможность оформления ребенку инвалидности.*

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Номер задания	Номера ответов	Номер задания	Номера ответов
1	1	26	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8
2	2	27	2
3	1	28	3
4	3, 4	29	1, 2, 4, 5, 7, 8
5	1, 2, 3, 4, 5	30	2
6	1, 2, 3, 6	31	1, 2, 4, 5
7	1, 2, 3	32	1, 2, 6
8	1, 2	33	1, 2, 3, 5, 6, 7
9	1, 2	34	2
10	1, 2, 3, 4	35	3
11	2	36	1, 3, 5
12	1, 2, 3, 4, 5, 6	37	3
13	1, 2, 3, 4	38	1, 5
14	1, 2, 3, 4, 5	39	3
15	1, 2, 4, 5	40	2
16	1, 2, 3	41	5
17	2	42	1
18	1, 2, 3, 7	43	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10
19	1, 2, 3, 5	44	3
20	2	45	4
21	2	46	1
22	1	47	1, 2, 4, 5, 6
23	3	48	1, 3, 4
24	1	49	1, 4, 5, 7
25	1, 2, 3, 6, 7, 8	50	2, 3, 4, 5

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1. Часто болеющий ребёнок. Группа здоровья II.

Задача №2. Острая внебольничная двусторонняя очаговая пневмония, неосложнённая, период реконвалесценции. Группа здоровья II.

Задача №3. Язвенная болезнь луковицы ДПК, III стадия (неполная клинико-эндоскопическая ремиссия), хеликобактер – положительная, неосложненное течение. Антральный гастрит, дуоденит. Группы здоровья III–IV. Оформление инвалидности не показано.

Задача №4. Рецидивирующий хронический панкреатит, болевая форма, среднетяжелое течение, период стихания обострения. Группа здоровья IV. Оформление инвалидности не показано.

Задача №5. Приобретенный неревматический кардит, средней тяжести, острое течение. Хронический тонзиллит. Группа здоровья III.

Задача №6. ВПС (ДМПП) с обогащением малого круга кровообращения, стадия стабилизации, НК 0–I. Группы здоровья III–IV.

Задача №7. Вторичный хронический пиелонефрит. Вторично сморщенная почка. ХПН I–II ст. Анемия I. Группы здоровья IV–V. Показано оформление инвалидности.

Задача №8. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом, период обратного развития, без нарушения функции почек. Оформление инвалидности не показано.

Задача №9. Железодефицитная анемия средней степени тяжести. Группа здоровья II.

Задача №10. Атопический дерматит, подростковая стадия, лихеноидная форма, тяжелая, рецидивирующее течение. Группа здоровья Показано оформление инвалидности.

Задача №11. Бронхиальная астма, атопическая (поливалентная сенсibilизация – бытовая, эпидермальная, пищевая), персистирующая, тяжёлая, неконтролируемая. Группа здоровья V. Показано оформление инвалидности.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Калмыкова А. С. Поликлиническая педиатрия: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 624 с.

Дополнительная литература:

1. Баранов А. А. Национальное руководство по педиатрии. – Т. 1. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
2. Баранов А. А. Национальное руководство по педиатрии. – Т. 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024 с.
3. Баранов А. А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 608 с.
4. Лекции по поликлинической педиатрии: учебное пособие/под ред. Т. И. Стукаловой. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. – 448 с.
5. Нагаева Т. А., Огородова Л. М., Кравец Е. Б. Основы превентивной педиатрии: учебное пособие. – Томск: Печатная мануфактура, 2007. – 272 с.
6. Участковый педиатр: справочное руководство / под ред. М. Ф. Рзынкиной, В. П. Молочного – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 313 с.

Учебное издание

**Татьяна Александровна Нагаева
Ангелина Александровна Ильиных
Татьяна Кузьминична Трунова
Дарья Алексеевна Пономарева**

**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ.
ОБЩИЕ И ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ
ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Учебное пособие

Редактор И.А. Зеленская
Верстка М.А. Антонова

Редакционно-издательский отдел
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107, тел. 8(382-2) 51-41-53
Факс 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 25.08.2015 г.
Формат 60x84 ¹/₁₆. Бумага офсетная.
Печать оперативная. Гарнитура «Times». П. 8,75 л.
Тираж 100 экз. Заказ №

Отпечатано в лаборатории оперативной полиграфии
ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава России
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2