

№ ПЕД-15

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №2

Зав. кафедрой – проф., д.м.н. КАЛОЕВА З.Д.

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для практических занятий по дисциплине
«Поликлиническая и неотложная педиатрия. ОСК-2»**

Часть II

Владикавказ, 2020 г.

Печатается по решению ЦКУМС СОГМА (протокол №1 от 28.08.2020 г.)

Составители:

д.м.н., проф. Калоева З.Д., к.м.н. К.М. Дзилихова

Рецензенты:

Зав.кафедрой педиатрии № 1 ФГБОУ ВО КубГМУ Министерства
здравоохранения Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор
Шашель В.А.

Зав.кафедрой детских болезней №1 ФГБОУ ВО Министерства
здравоохранения Российской Федерации, д.м.н. Бораева Т.Т.

Занятие по теме №1: *Организация лечебно-профилактической помощи при патологии органов дыхания на дому и в условиях поликлиники. Реабилитация больных с патологией органов дыхания и принципы диспансеризации.*

Мотивация темы: заболевания органов дыхания занимают ведущее место в структуре соматической патологии детского возраста. В большинстве случаев основные этапы лечения, реабилитации, профилактики этих заболеваний проходят в поликлинических условиях и на дому. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий формирования патологии органов дыхания, методов клинической, лабораторно-инструментальной и рентгенологической диагностики, вопросов диспансерного наблюдения, принципов преемственности медицинского обслуживания.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей в возрастном аспекте;
- факторы риска развития патологии дыхательной системы у детей;
- семиотику основных поражений органов дыхания у детей;
- клиническую картину заболеваний дыхательной системы;
- принципы классификации заболеваний дыхательной системы;
- основные функциональные и специальные методы исследования дыхательной системы в детском возрасте и их интерпретацию;
- принципы лечения и диетотерапии при патологии бронхо-легочной системы;
- особенности реабилитации больных с данной патологией в условиях детской поликлиники;
- схемы диспансерного наблюдения за детьми с патологией органов дыхания;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез и выделить факторы риска развития патологии дыхательной системы;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;

- провести клиническое обследование больного ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- назначить план необходимого дополнительного обследования и оценить полученные результаты;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому; копрограмму;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- поставить развернутый клинический диагноз в соответствии с классификацией;
- назначить диету и лечение больных с данной патологией;
- составить план реабилитации больных с заболеваниями дыхательной системы.
- составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
- выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- владеть методикой проведения плевральной пункции;
- оказать неотложную помощь при острой дыхательной недостаточности на догоспитальном этапе;
- оказать неотложную помощь при остановке дыхания;
- оказать неотложную помощь при гипертермии;
- оказать неотложную помощь при судорогах;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112) и историю болезни ребенка;
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - больничные листы и справки;
- провести анализ показателей заболеваемости.

Содержание обучения:

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с бронхолегочными заболеваниями.
2. Показания к госпитализации.
3. Организация стационара на дому.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники;
- учебные истории болезни;
- оборудование отделения восстановительного лечения;

- оборудование кабинета функциональной диагностики

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Какие анатомо-физиологические особенности имеют органы дыхания у детей?
2. Какие основные симптомы поражения органов дыхания вы знаете?
3. Какие методы исследования необходимо назначить больному с патологией органов дыхания? Какие результаты ожидаете получить?
4. Бронхит у детей (этиология, патогенез, клиника, диагностика).
5. Особенности пневмонии у детей (этиопатогенез, факторы риска, клиника, диагностика).
6. Возрастные особенности этиологии, патогенеза, клиники бронхиальной астмы у детей.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Особенности клиничко-лабораторной диагностики острого бронхита у детей в условиях поликлиники.
2. Лечение, реабилитация больных с бронхитом на участке.
3. Клиника, лабораторная диагностика пневмонии у детей в условиях поликлиники.
4. Показания к госпитализации больных с пневмонией.
5. Правила организации стационара на дому. Лечение больных пневмонией в домашних условиях.
6. Восстановительное лечение, диспансерное наблюдение больных, перенесших острую пневмонию.

7. Особенности диагностики бронхиальной астмы на участке.
8. Неотложная терапия бронхиальной астмы в приступном периоде на участке.
9. Лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия при бронхиальной астме в условиях поликлиники.

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|--|--------|
| • переключка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа с больными) | 2 ч. |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Острые бронхиты - воспалительное заболевание бронхов различной этиологии (инфекционной, аллергической, физико-химической и т.д.).

Среди причин, вызывающих бронхиты ведущее место занимают вирусы, бактериальная микрофлора, вирусно-бактериальные ассоциации, внутриклеточные инфекции, грибы и простейшие.

Бактериальная этиология Б выявляется в 10-30%. Основным возбудителем Б среди бактерий остается пневмококк (до 45%). Микоплазмы, как причина патологии дыхательных путей встречается (чаще в старшем возрасте) в 14-25% случаев, а хламидии (преимущественно в первые месяцы жизни) в 5-7%.

Острый (простой) бронхит – бронхит, протекающий без признаков бронхиальной обструкции.

Диагноз устанавливается при наличии кашля, разнокалиберных влажных и сухих хрипов. При рентгенологическом обследовании наблюдается двустороннее усиление легочного рисунка и корней легких. В легочной ткани отсутствуют инфильтративные изменения.

Схема лечения. Обязательными при Б являются: обильное питье (около 100 мл/кг в сутки), массаж с дренажом грудной клетки.

Вспомогательная терапия: этиологическая (противовирусная – при среднетяжелых и тяжелых проявлениях ОРВИ, антибактериальная терапия и симптоматическое лечение.

Показания для назначения антибиотиков при Б:

- 1) гипертермия более 3-х дней,
- 2) наличие клинической картины бронхопневмонии и пневмонии,
- 3) ранний возраст больного (особенно дети первого года жизни),
- 4) наличие выраженных симптомов интоксикации,

5) затянувшееся течение заболевания.

Пневмония – острое инфекционное воспалительное заболевание легких. Пневмония может возникать как первичное заболевание или вторично, осложняя другие болезни.

Этиология. Характер возбудителя и, часто, его лекарственная чувствительность во многом зависит от условий, в которых произошло инфицирование. На этиологию пневмонии влияет возраст, недоношенность, эпидемиологическая ситуация, время года, особенности проживания (скученность), пребывание в детском коллективе, неблагоприятная экологическая обстановка, повышенная нагрузка ксенобиотиками, аллергенами а также предшествующий антибактериальный анамнез.

Принципы классификации. По морфологическому признаку различают очаговую, сегментарную, очагово-сливную, крупозную и интерстициальную пневмонию.

Течение пневмонии может быть острым или затяжным. Затяжная пневмония диагностируется при отсутствии разрешения пневмонического процесса в сроки от 6 недель до 8 месяцев. Если пневмония развилась спустя 72 часа после поступления в стационар, то такую пневмонию называют внутрибольничной.

Этиология этой пневмонии будет определяться эпидемиологическими условиями, сложившимися в данном стационаре. Из числа внутрибольничных пневмоний выделяют пневмонии у больных на ИВЛ (ранние — развившиеся в первые 72 часа, и поздние — более 4 суток). Пневмония, развившаяся в домашних условиях, называется внебольничной. Под внутриутробной пневмонией понимают такой вариант заболевания, когда реализация пневмонии происходит не позже первых 72 часов жизни ребенка.

При рецидивировании пневмонии (после исключения ре- и суперинфекции) необходимо обследовать ребенка на наличие муковисцидоза, иммунодефицитного состояния, хронической аспирации пищи и т.д.

Пневмония может быть неосложненной и осложненной. Основными осложнениями пневмонии являются: синпневмонический плеврит, метапневмонический плеврит, легочная деструкция, абсцесс легкого, пневмоторакс, пиопневмоторакс, инфекционно-токсический шок, ДВС-синдром, сердечно-сосудистая недостаточность, респираторный дистресс-синдром взрослого типа. Тяжесть пневмонии обусловлена выраженностью клинических проявлений и/или осложнений.

Формулировка полного диагноза пневмонии должна включать, наряду с указанными признаками, данные о локализации пневмонического процесса (легкое, доля, сегмент, диффузная), и информацию об уточненной (при возможности) или предполагаемой этиологии.

Клиника пневмонии в определенной степени зависит от этиологии, возраста и формы заболевания. Основой для проведения такого дифференциального диагноза является оценка температурной реакции, ее продолжительности, степени тяжести

состояния и др. Ориентироваться при проведении дифференциального диагноза на картину крови в полной мере нельзя. У части больных и при бронхитах, и при пневмонии в крови наблюдаются или однотипные изменения, или же их отсутствие. В пользу пневмонии свидетельствует лихорадка более 3-х дней, ее выраженный характер, интенсивность интоксикации. В тех случаях, когда указанные признаки отсутствуют, более вероятна вирусная этиология процесса. Существенным моментом при проведении дифференциальной диагностики считается клиническое предположение наличия «атипичной» флоры – микоплазм и хламидий.

Исследования: общий анализ крови и мочи, рентгенография органов грудной клетки. По показаниям: посев мокроты на флору, (включая *M. pneumoniae*), исследование показателей КОС, определение хламидий в слюне и других биологических жидкостях, спирограмма, экспресс диагностика вирусных антигенов иммунофлюоресцентным методом, определение титра антител к хламидиям, микоплазмам.

Диагноз. При постановке диагноза пневмонии учитывают: нарушение общего состояния, повышение температуры тела (лихорадка более трех дней), наличие кашля, одышку различной степени выраженности и характерные физикальные проявления (локальные нарушения дыхания и перкуторного звука). Рентгенологическое подтверждение базируется на выявлении очаговых или инфильтративных изменений на рентгенограмме.

Схема лечения. Обязательным при пневмонии является назначение антибиотиков и оксигенотерапия (при ДН II-III степени).

Вспомогательное лечение: режимные моменты, рекомендации по питанию, симптоматическое (синдромальное) лечение.

Антибактериальная терапия. Стартовое лечение назначается эмпирически. Препарат для стартовой терапии должен быть активным против наиболее вероятных возбудителей конкретного заболевания. Желательно иметь региональные эпидемиологические данные о составе возбудителей и их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Выбор антибиотика определяется:

- а) характером возбудителя и его чувствительностью к антибактериальным средствам,
- б) чувствительностью возбудителя к антибактериальным средствам,
- в) фармакокинетикой препарата (способность проникать в мокроту, слизистую бронхов и паренхиму легких, внутрь клетки,
- г) чувствительностью возбудителя к антибактериальным средствам.

Установлено, что через несколько дней после начала лечения происходит сдвиг "микробного пейзажа". Следовательно, выбор препарата при назначении дальнейшего лечения должен основываться на данных бактериоскопии мазков, окрашенных по Граму, и результатах бактериологического обследования.

Для лечения пневмонии в настоящее время чаще используются четыре группы препаратов:

- 1) пенициллин и его полусинтетические производные,
- 2) цефалоспорины 2-го и 3-го поколения,
- 3) макролиды,
- 4) аминогликозиды (только внутривенные формы!).

При типичном течении П в качестве стартовой терапии чаще всего назначаются амоксициллин, или амоксициллин/клавуланат (например, амоксиклав внутрь).

Пути введения антибиотиков. При амбулаторном лечении неосложненной П предпочтительнее оральный путь введения антибиотиков (при отсутствии противопоказаний). Если лечение начато с парентерального введения препаратов, то по достижению эффекта следует перейти на оральное их введение (ступенчатая терапия).

Через 2-3 дня после назначения антибактериального препарата необходимо оценить его эффективность. При полном или частичном эффекте антибактериальную терапию следует продолжить. При отсутствии эффекта — препарат необходимо заменить, с учетом данных полученной антибиотикограммы. При тяжелых пневмониях решение о замене препарата принимают через 4-5 дней. Не следует рутинно сочетать антибиотики с антигистаминными препаратами, нистатином, биопрепаратами.

Продолжительность антибактериального лечения пневмонии. При хороших результатах необходимо продолжить лечение антибиотиками еще, по крайней мере, два дня после репрессии клинических признаков острого воспаления. На продолжительность лечения оказывает влияние характер возбудителя. Так пневмококковые пневмонии поддаются лечению лучше всего (4-6 дней). Более длительно лечатся пневмонии, вызванные гемофилюсом (1-2 недели). Наиболее продолжительное лечение отмечается при стафилококковых пневмониях (3-6 недель). При пневмонии, вызванной атипичными возбудителями макролиды вводят до 14-21 дня (кроме терапии азитромицином). Главным показанием для отмены антибактериального лечения является обратное развитие клинических проявлений пневмонии.

Симптоматическое лечение. Наиболее часто при лечении пневмонии требуется назначение отхаркивающих и муколитических препаратов. В качестве противовоспалительной терапии можно использовать фенспирид (Эреспал). Физиотерапевтические процедуры (электрофорез, СВЧ и др., в том числе и в период репарации, мало эффективны, а в условиях поликлиники не назначаются. Эффективность иммунотерапии (иммуноглобулины) при пневмонии сомнительна. В настоящее время рекомендуется ранняя (на 3-4 день) выписка из стационара. Сохранение увеличенной СОЭ, хрипов, булл и других остаточных рентгенологических изменений не препятствует ранней выписке ребенка.

При амбулаторном лечении пневмонии участковый педиатр осматривает больного на дому ежедневно до стойкого улучшения общего состояния, далее 1 раз в 3 дня до клинического выздоровления, при нормализации температуры дети приглашаются на прием. Обязателен осмотр на дому ребенка с пневмонией заведующим отделением. Исследование крови и рентгенография органов грудной клетки проводятся при постановке диагноза, контроль анализа крови осуществляется после клинического выздоровления и далее каждые 2 недели до полной нормализации гематологических показателей.

Рентгенологический контроль при неосложненных формах не обязателен, если достигнут полный клинический эффект от лечения для контроля течения плеврита возможно использование УЗИ. При всех формах острой пневмонии критериями выздоровления являются нормализация клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Выписка в детские учреждения осуществляется не ранее, чем через 14 дней после выздоровления.

Показания для госпитализации: необходимость проведения интенсивной терапии и реанимационных мероприятий, затяжное течение, дыхательная недостаточность II-III степени, токсические и токсикосептические формы пневмонии, возраст детей до 1 года, наличие фоновых заболеваний (тяжелая врожденная или приобретенная патология), гнойные осложнения пневмонии (отит, пиурия и др.), неблагоприятные социально-бытовые условия, отсутствие эффекта через 36-48 часов от стартовой антибактериальной терапии.

Диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими острую пневмонию (группа здоровья Пб). Задачей диспансерного наблюдения ребенка, перенесшего острую пневмонию, является полное морфологическое и функциональное восстановление органов дыхания, устранение патологических рефлексов и психомоторных отклонений, возникших у ребенка за время острого периода болезни, повышение иммунологической реактивности ребенка, устранение очагов хронической инфекции.

После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находится на диспансерном наблюдении в поликлинике в течение 1 года. Дети, перенесшие острую пневмонию на первом году жизни, посещаются участковым врачом в первые 3 дня после выписки из стационара. Дети первых трех месяцев наблюдаются в течение 6 месяцев два раза в месяц, затем один раз в месяц. Дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте 3-12 месяцев, наблюдаются в течение года один раз в месяц, дети, заболевшие в возрасте от 1 до 3 лет, наблюдаются один раз в 2 месяца, старше 3 лет – один раз в квартал.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и задания тестового контроля.
2. Осмотрите больного с заболеваниями органов дыхания, опишите выявленные изменения в рабочей тетради.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Ребенок 5 месяцев. Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 г, длина 50 см. Закричала сразу, к груди приложена на первые сутки, выписана из роддома на 6-е сутки. Период новорожденности протекал без особенностей. В возрасте 1 мес. из-за гипогалактии у матери стала получать адаптированные смеси. С 1,5 мес. на искусственном вскармливании. С этого времени прибавляла в массе больше нормы.

Семейный анамнез: у матери - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров.

Ребенок в 3 мес. перенес ОРВИ, протекавшую с небольшим повышением температуры, серозным выделением из носа. Лечение симптоматическое. Настоящее заболевание началось остро с подъема температуры до 38°C. На следующий день состояние резко ухудшилось: появились пароксизмальный кашель, одышка с затрудненным свистящим дыханием,

При осмотре состояние тяжелое. Отмечается втяжение уступчивых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, периоральный цианоз. ЧД 60 в минуту. Перкуторно: над легкими легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов на вдохе и в самом начале выдоха. Границы сердца: правая - на 0,5 см кнутри от правого края грудины, левая - на 0,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены. ЧСС 140 уд/мин. Температура тела 38,6°C, Живот несколько вздут, при пальпации безболезненный. Печень +2 см из-под правого подреберья. Стул был 2 раза, кашицеобразный, желтый, без патологических примесей.

Общий анализ крови: Hb - 118 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $6,2 \times 10^9/л$, п/я - 1%, с - 30%, э - 3%, л - 58%, м - 8%, СОЭ - 15 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается повышенная прозрачность легочный полей, особенно на периферии, низкое стояние диафрагмы.

Задание: 1. Ваш диагноз? 2. Этиология заболевания? 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Принципы лечения. 5. Диспансерное наблюдение на участке.

Задача №2

Мальчик 4 лет. Родители обратились к врачу с жалобами на длительный кашель после перенесенной ОРВИ.

Мальчик от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине, срочных родов. Масса тела при рождении 3300 г, длина 51 см. Закричал сразу, к груди приложен на первые сутки. Выписан из роддома на 6-й день. Период новорожденности протекал без особенностей. С 3,5 мес переведен на искусственное

вскармливание. Сидит с 7 мес, стоит с 10 мес, ходит с 1 года. Профилактические прививки проводились по индивидуальному календарю щадящим методом из-за атопического дерматита. С 3,5 лет посещает детский сад. С этого же времени часто болеет ОРВИ, которые сопровождались кашлем, продолжающимся более 3 недель. ЛОР-врач диагностировал аденоидные вегетации II степени. Семейный анамнез: у матери ребенка - пищевая и лекарственная аллергия, отец практически здоров, много курит.

Заболевание началось с повышения температуры, головной боли, отделяемого из носа, сухого кашля, который через несколько дней стал влажным. Кашель усиливался утром. Иногда приступы кашля заканчивались рвотой. Симптоматическое лечение (микстура от кашля) облегчения не приносило. Был приглашен участковый врач.

При осмотре состояние ребенка средней тяжести. Выражены бледность кожных покровов, слезотечение, ринорея. Кашель влажный. Температура тела 37,2°C. Над легкими перкуторный звук легочный с небольшим коробочным оттенком. Аускультативно: на фоне удлинённого выдоха - рассеянные сухие хрипы, среднепузырчатые влажные на вдохе. ЧД - 28 в 1 минуту. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, шумов нет. ЧСС 110 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под правого края ребер.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $5,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $4,9 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 48%, э - 3%, л - 38%, м - 9%, СОЭ - 6 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: усиление легочного рисунка, особенно в области корней легких, за счет сосудистого компонента и перибронхиальных изменений.

Задание: 1. Поставьте диагноз. **2.** Какие наиболее частые причины приводят к данному заболеванию? **3.** Проведите дифференциальный диагноз. **4.** Назначьте лечение. **5.** Диспансерное наблюдение на участке.

Задача № 3

Ребенок 5 месяцев, родился с массой 3200 г, длиной 50 см. С 1,5 месяцев на искусственном вскармливании.

Болен 1 неделю. Появились вялость, отказ от еды, покашливание, выделения из носа, повышение температуры тела до 37,5°C. На фоне лечения на дому (капли в нос, горчичники на грудную клетку, отхаркивающая микстура) состояние несколько улучшилось, но с 7-го дня болезни вновь ухудшение в виде усиления кашля, появления цианоза носогубного треугольника, "мраморности" кожных покровов, одышки. Назначен ампициллин. Состояние не улучшалось.

При осмотре масса тела 6000 г, рост 62 см. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Акроцианоз, "мраморный" рисунок кожи. Частота дыхания 44 в 1 минуту. Дыхание аритмичное, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. Перкуторно: над легкими звук с коробочным

оттенком. Аускультативно: жесткое дыхание, при глубоком вдохе с обеих сторон, но больше слева, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 120 уд/мин. Живот мягкий, распластан, выражена "гаррисонова" борозда. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, со слизью.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л. Эр – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $13,6 \times 10^9$ /л, п/я -10%. с - 58%, л - 22%. м - 10%. СОЭ - 18 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 50,0 мл, относительная плотность - 1,010. слизи - нет, эпителия - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 60 г/л, глюкоза -4,3 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза - 900 ммоль/л (норма - 220-820), кальций - 2,3 ммоль/л, фосфор -1,1 ммоль/л.

Задание: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. 3. Оцените физическое развитие ребенка. 4. Оцените данные анализа крови. 5. Имеются ли у ребенка показания для госпитализации? 6. Назначьте больному адекватное лечение. 7. Наметьте план диспансерного наблюдения на участке.

Задача №4

Ребенок 4 лет, заболел 5 дней назад: отмечался подъем температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, появились слизистые выделения из носа, покашливание без выделения мокроты. Получал лечение "домашними" средствами. Состояние несколько улучшилось, температура снизилась, но на 5-й день заболевания отмечен подъем температуры до $38,6^{\circ}\text{C}$, нарастание влажного кашля, учащение дыхания.

Ребенок от третьей беременности, вторых родов, протекавших без особенности. Находился на естественном вскармливании до 4 мес, прикорм с 3,5 мес. На первом году жизни отмечались умеренные признаки рахита. На втором году жизни перенес ветряную оспу и дважды ОРВИ.

При осмотре участковым врачом состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, умеренный цианоз носогубного треугольника. Отмечается глубокий влажный кашель. Частота дыхания 40 в 1 минуту, Втяжение межреберных промежутков, напряжение крыльев носа. Перкуторно: над легкими легочный звук с тимпаническим оттенком, аускультативно: в легких дыхание жесткое, слева ниже лопатки выслушивается участок ослабленного дыхания, там же влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца громкие, шумов нет. ЧСС - 128 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под реберного края, селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Лейк. – $13,5 \times 10^9$ /л, п/я - 7%, с -61%, э - 1%, л - 23%, м - 8%, СОЭ - 20 мм/час.

Рентгенограмма грудной клетки: корни легких расширены, слева неструктурны, легочный рисунок усилен. В левой нижней доле отмечена

инфильтративная очаговая тень.

Задание: 1. Поставьте диагноз и обоснуйте его. **2.** Какие дополнительные обследования необходимо провести? **3.** Каков этиопатогенез данного заболевания у ребенка? **4** Проведите дифференциальный диагноз. **5.** Назначьте терапию. **6.** Составьте план диспансерного наблюдения на участке.

Задача №5

Мальчик 5 лет, госпитализируется в стационар 4-й раз с жалобами на повышение температуры до 38°C, упорный влажный кашель с мокротой.

Из анамнеза жизни известно, что первом году мальчик рос и развивался хорошо, ничем не болел.

В возрасте 1 года, во время игры по полу, внезапно появился приступ сильного кашля, ребенок посинел, стал задыхаться; после однократной рвоты состояние несколько улучшилось, но через 3 дня поднялась температура, ребенок был госпитализирован с диагнозом "пневмония". Повторно перенес пневмонию в 2 и 3 года.

Объективно; состояние ребенка средней тяжести. Масса тела 20 кг, рост 110 см. ЧД - 36 в 1 минуту, ЧСС - 110 уд/мин. Кожные покровы бледные. сухие. Зев умеренно гиперемирован. Перкуторно над легкими в задних нижних отделах слева отмечается притупление, там же выслушиваются средне- и мелкопузырчатые влажные хрипы. Аускультативно: приглушение I тона сердца. Печень +1-2 см. Селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме.

Клинический анализ крови: НЬ - 100 г/л. Эр - 3.0×10^{12} /л, Лейк - $13,9 \times 10^9$, п/я - 7%, с - 65%, л - 17%, м - 10%, э - 1%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, относительная плотность - 1,018, эпителий - нет, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - нет.

Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 60%, альфа 1-глобулины - 4%, альфа 2-глобулины - 15%, бета-глобулины - 10%, гамма-глобулины - 11%. СРБ - ++, глюкоза - 4,5 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л.

Рентгенограмма грудной клетки: в области нижней доли слева имеется значительное понижение прозрачности.

Задание: 1. О каком заболевании может идти речь? **2.** Составьте план обследования больного. **3.** Можно ли считать эпизод, произошедший с ребенком в годовалом возрасте, началом заболевания? Что это могло быть? **4.** Патогенез данного заболевания? **5.** Назначьте больному лечение.

Задача №6

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов.

Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери ребенка рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка.

В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД -28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Общий анализ крови: НЬ - 118 г/л. Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,8 \times 10^9$ /л, п/я - 1%, с - 48%, э - 14%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 100,0 мл, относительная плотность - 1,016, слизи - нет. лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание: 1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза. **2.** Этиология данной формы заболевания? **3.** Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае? **4.** Назначьте лечение, необходимое в межприступном периоде. **5.** Составьте план диспансерного наблюдения.

Схема диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями органов дыхания

Состояния и заболевания	Частота осмотра специалистами	Дополнительные методы исследования	Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учета
<p>Пневмония острая, затяжная</p>	<p>Участковый педиатр: дети до 3 месяцев жизни в первые 6 месяцев реконвалесценции - 2 раза в месяц; До 1 года – 1 раз в месяц; От 1 года до 3 лет – не реже 1 раза в 1,5-2 мес.; Старше 3 лет – в зависимости от состояния и течения не реже 1 раза в квартал. Консультация ЛОР, невропатолога, физиотерапевта и др. специалистов – по показаниям.</p>	<p>Клинический анализ крови, мочи – 1-2 раза в месяц, рентгеновское исследование, биологические пробы на туберкулез – по показаниям.</p>	<p>Общее состояние и эмоциональный статус, длительно стойкая нормальная температура, клиническое и рентгенологическое выздоровление. По показаниям – лечение в отделении реабилитации. Снятие с учета – спустя 10-12 месяцев.</p>

<p>Хроническая пневмония</p>	<p>Участковый педиатр- в период ремиссии в течение 1 года диспансерного наблюдения не реже 1 раза в 3 месяца, затем 2 раза в год (весна, осень). При хронической пневмонии с бронхоэктазами участковый врач, ЛОР – 1 раз в 1-2 месяца, стоматолог – 2 раза в год, фтизиатр и др. специалисты – по показаниям.</p>	<p>Спирометрия и пневмотахометрия. Бронхография – по показаниям. Клинический анализ крови, мочи.</p>	<p>Общее состояние, течение бронхолегочного процесса (частота и тяжесть обострения основного процесса, длительность ремиссии) и показатели функционального состояния органов дыхания по данным спирографии, пневмотахометрии, снятие с учета – при отсутствии обострений бронхолегочного процесса в течение 2,5 лет.</p>
<p>Бронхиальная астма</p>	<p>Участковый педиатр</p>	<p>Клинический анализ крови,</p>	<p>Общее состояние, благоприятная</p>

	<p><i>(межприступный период, тяжелая форма астмы) – не реже 1-2 раз в месяц, легкая или средняя форма – не реже 1 раза в 3 месяца;</i></p> <p><i>при длительном межприступном периоде – 2 раза в год.</i></p> <p>ЛОР,</p> <p>стоматолог – не реже 1-2 раз в год, аллерголог и другие специалисты - по показаниям.</p>	<p>пневмотахометрия, спирография, кожные пробы с различными аллергенами и др.</p>	<p>динамика показателей внешнего дыхания (пневмотахометрия).</p> <p>Снятие с учета при отсутствии приступов бронхиальной астмы в течение 2-3 лет.</p>
--	---	--	---

Занятие №2 по теме: **Организация лечебно-профилактической помощи при патологии сердечно-сосудистой системы в условиях поликлиники, КРД. Диспансерное наблюдение.**

Мотивация темы: Болезни сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии детского возраста. Нередко у детей отмечается тяжелое, прогрессирующее течение заболевания, что приводит к ранней инвалидизации. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий формирования патологии сердечно-сосудистой системы, методов клинической, лабораторной диагностики, вопросов реабилитации, принципов преемственности медицинского обслуживания.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы;
- факторы риска развития патологии органов кровообращения у детей;
- методы обследования и семиотику поражения сердечно-сосудистой системы;
- классификацию врожденных пороков сердца;
- клиническую картину при врожденных пороках сердца;

- принципы лечения и реабилитации детей с врожденными пороками сердца;
- этиологию, классификацию, клиническую картину неревматических кардитов у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации больных с неревматическими кардитами в условиях детской поликлиники;
- этиологию, классификацию, клиническую картину ревматизма у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации детей с ревматизмом;
- этиологию, клинические проявления, классификацию артериальной гипертензии у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации детей с гипертонией на участке;
- этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления сердечной недостаточности у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации детей с сердечной недостаточностью в условиях поликлиники;
- правила установления инвалидности детям с заболеваниями органов кровообращения;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- провести и оценить функциональные нагрузочные пробы по Шалкову, Штанге–Генча;
- провести клиническое обследование ребенка с патологией органов кровообращения: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты клинических и биохимических анализов крови и мочи;
- назначить необходимое дополнительное исследование больному с патологией сердечно-сосудистой системы и дать им оценку (ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ и др.);
- поставить развернутый клинический диагноз в соответствии с классификацией;
- назначить диету и лечение больных с болезнями сердечно-сосудистой системы;
- составить план лечения детей с данной патологией;
- произвести расчет и коррекцию питания больных детей различных возрастов;

- составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
- выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- владеть методикой непрямого массажа сердца;
- оказать неотложную помощь при остановке сердца;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - медицинскую справку на ребенка – инвалида детства;
 - больничные листы и справки;

Студент должен ознакомиться:

- с задачами, методами и принципами организации работы врача-кардиоревматолога детской поликлиники;
- со структурой заболеваемости сердечно-сосудистой патологией данной поликлиники;
- с принципами работы и оснащенностью кабинета функциональной диагностики детской поликлиники.

Содержание обучения:

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями сердечнососудистой системы.
2. Показания к госпитализации.
3. Организация стационара на дому

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- учебные истории болезни;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

- 1.Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.

2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Особенности анатомического строения и функциональных возможностей сердечно-сосудистой системы у детей.
2. Константы функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у детей в возрастном аспекте.
3. Факторы риска развития врожденной патологии сердца и крупных сосудов.
4. Каковы особенности иммунитета и неспецифической реактивности у детей.
5. Этиопатогенез и патоморфологические изменения при ревматизме.
6. Этиология, патогенез, факторы риска развития артериальной гипертензии у детей.
7. Вегетососудистая дистония у детей (этиология, патогенез).
8. Этиология, патогенез сердечно-сосудистой недостаточности у детей.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Особенности ревматизма у детей.
2. Назовите диагностические критерии ревматизма (основные, дополнительные).
3. Классификация ревматизма.
4. Назовите клинические признаки ревматических пороков развития сердца (недостаточность митрального клапана, стеноз атриовентрикулярного отверстия, недостаточности аортальных клапанов и др.).
5. Диагностические критерии степеней недостаточности кровообращения.
6. Назовите лечебные мероприятия при ревматизме различной степени активности.
7. Дифференциальный диагноз ревматического кардита и неспецифических кардитов, септического эндокардита, врожденных пороков сердца, функциональных расстройств сердечной деятельности.

8. Особенности диспансерного наблюдения и реабилитации детей с врожденными пороками сердца и крупных сосудов.
9. Принципы лечения, диспансерное наблюдение и последующая реабилитация детей с неревматическими кардитами в условиях детской поликлиники.
10. Артериальная гипертензия у детей (клиника, классификация, лечение и диспансерное наблюдение на участке).
11. Вегетососудистая дистония у детей (клиника, классификация, лечение и диспансерное наблюдение на участке).
12. Сердечно-сосудистая недостаточность (клиника, принципы лечения, диспансерного наблюдения и особенности реабилитации детей с данной патологией).

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|--|--------|
| • переключки | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа с больными) | 2 ч. |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

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

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

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

Врач-кардиоревматолог осуществляет мероприятия, связанные с вторичной профилактикой, предупреждением рецидивов и осложнений у больных детей, обеспечивает организационно-методическое руководство диспансеризацией,

занимается повышением квалификации медицинских работников, проводит санитарно-просветительскую работу среди населения, осуществляет консультативную помощь по выявлению больных.

Диспансерному наблюдению подлежат:

больные ревматизмом в активной и неактивной форме;

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

Диспансерное наблюдение за детьми с ревматизмом.

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

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

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

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

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

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

На протяжении 3 мес. после возвращения из санатория, ребенок осматривается участковым педиатром и кардиоревматологом ежемесячно, затем один раз в

квартал, а в дальнейшем – два раза в год. Кроме того, два раза в год ребенок должен быть осмотрен ЛОР-врачом и стоматологом.

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

С целью профилактики рецидивов заболевания применяются антибиотики круглогодично в течение 5 лет при ревматизме без вовлечения сердца, а детям, перенесшим первичную или возвратную ревматическую лихорадку с поражением сердца, особенно при наличии признаков формирующегося или сформированного порока сердца, профилактику проводят до достижения возраста 21 год и более.

В настоящее время наиболее широко используется бициллин-5, который вводится один раз в 3 нед. в/м по 750 000 ЕД детям дошкольного возраста, 1 500 000 ЕД один раз в месяц детям школьного возраста.

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

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

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

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

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

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

Дети с хроническими очагами инфекции и хронической интоксикацией (угрожаемые по ревматизму) наблюдаются педиатром и ревматологом до санации очагов инфекции один раз в квартал, после санации осмотр через месяц, затем - 2

раза в год. Основная цель наблюдения за такими детьми – предупреждение первой атаки ревматизма. Этому способствует тщательное лечение интеркуррентных заболеваний и проведение сезонной бициллинопрофилактики на протяжении не менее двух лет. Диспансерное наблюдение может быть прекращено через 2 года после полной ликвидации очагов хронической инфекции и связанной с ними интоксикации.

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

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

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

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

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

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

Диспансеризация детей с вегетососудистой дистонией (ВСД). Вегетососудистая дистония (ВСД) – наиболее частая патология у детей. Это заболевание встречается у 20-25% детей школьного возраста. ВСД не самостоятельная нозологическая форма, а синдром, возникающий при многих видах патологии. Поэтому при формулировании диагноза желательно на первое место

ставить причину ВСД. Важнейшим этиологическим и предрасполагающим фактором ВСД является наследственно-конституциональная предрасположенность. Психоэмоциональное напряжение, связанное с неблагополучной обстановкой в доме, конфликтами в школе, умственным переутомлением может послужить причиной развития ВСД у детей.

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

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

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

В лечении ВСД широко используется фитотерапия. Рекомендуют седативные травы (валериана, пустырник, пион, хвощ, почечный чай); лекарственные растения кардиального типа (боярышник, адонис, шиповник, калина, рябина); травы со спазмолитическим эффектом (мята перечная, фенхель, петрушка, укроп, березовый гриб, морковь, айва), тонизирующие травы (настойки женьшеня, левзеи, заманихи, элеутерококка, лимонника, золотого корня, пантокрин). Фитотерапия при всех видах ВСД назначается на срок не менее 4-6 мес. с перерывами каждые 1-1,5 мес. на 7-10 дней. Через 2-3 мес. применения дозы и кратность могут быть снижены.

Медикаментозная терапия проводится в комплексе с немедикаментозными средствами или после их неэффективности. В связи с длительным лечением сразу много препаратов не назначают. При симпатикотонии назначают производные бензодиазепина курсами до 4-6 нед. Можно использовать "дневные" транквилизаторы: тофизопам, пипофезин. Из других препаратов при симпатикотонии назначают препараты калия (панангин, оротовую кислоту), витамины В₁, Е и др. Гиперсимпатикотония требует назначения резерпина, пророксана, пропранолола.

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

При смешанных формах применяют мепробамат, фенибут, беллатаминал. Для улучшения микроциркуляции используются винкамин, актовегин, дипиридамола, циннаризин.

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

Противопоказаны препараты ноотропного действия при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ. При синдроме внутричерепной гипертензии назначаются курсы мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника), ацетазоламид, спиронолактон, гидрохлоротиазид.

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

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

Диспансерное наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца (ВПС). Клиническая картина врожденных пороков сердца и магистральных сосудов разнообразна. Важным моментом следует считать наличие определенных фаз в течение ВПС:

1 фаза – первичной адаптации, при которой в первые месяцы жизни ребенка происходит приспособление его организма к необычным условиям кровообращения;

2 фаза – относительной компенсации;

3 фаза – терминальная, в которой наблюдаются симптомы необратимой декомпенсации.

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

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

При второй фазе порока дети осматриваются 2 раза в год. Кардиоревматолог

осматривает ребенка 2-4 раза в год, при тяжелом течении (порок синего типа, легочная гипертензия и т.д.) 1 раз в 1-2 мес.

Консультация стоматолога и ЛОР-врача 2 раза в год, другие специалисты – по показаниям. Кардиохирург консультирует ребенка при установлении диагноза, далее по показаниям. Дети, перенесшие операции по поводу ВПС, в том числе и паллиативные, в первый год после вмешательства осматриваются 1 раз в 2-3 мес., далее 1-2 раза в год.

Дети, перенесшие операцию на "сухом" сердце, в течение первого года наблюдения расцениваются как угрожаемые по развитию подострого бактериального эндокардита.

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

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

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

Участие ребенка в подвижных играх с другими детьми должно определяться не характером порока, а его компенсацией и самочувствием ребенка. Дети, страдающие ВПС, сами ограничивают свою двигательную активность. При наличии ВПС с ненарушенной гемодинамикой дети занимаются физкультурой в детском саду в ослабленной, в школе – в подготовительной группах. При наличии нарушений гемодинамики назначается специальная группа постоянно, ЛФК. После операции на сердце освобождение от физкультуры 2 года, постоянное освобождение – при симптомах сердечной или легочной недостаточности.

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

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

Диспансеризация детей с системными поражениями соединительной ткани (коллагенозами).

В основе этих заболеваний лежит иммунопатологический аутоиммунный процесс, проявляющийся системными поражениями, рецидивирующим характером и прогрессирующим. К ним относят ювенильный ревматоидный артрит, системную красную волчанку, дерматомиозит, склеродермию и узелковый периартериит.

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

Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом: первые 3 мес. острого периода ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес. ЛОР-врач и стоматолог осматривают детей 2 раза в год, офтальмолог – 2 раза в год (обязателен осмотр со щелевой лампой), хирург-ортопед при выраженных функциональных нарушениях в суставах, другие специалисты по показаниям. Методы обследования: клинические анализы крови и мочи 1 раз в 3 мес. и после интеркуррентных заболеваний, УЗИ внутренних органов, ЭКГ, рентгенография суставов 2 раза в год, биохимические исследования крови по показаниям.

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

В поликлинических условиях особую сложность представляет ведение больных, получающих базисную терапию, при присоединении интеркуррентных заболеваний. В таких случаях назначают антибиотики широкого спектра действия. При использовании в качестве базисной терапии НПВП их доза увеличивается в 1,5 раза, а возвращение к исходной дозе осуществляется через 3-5 дней после

нормализации температуры тела. Если в качестве базисной терапии использовались иммунорегулирующие препараты, их отменяют с первого дня возникновения острого заболевания и возвращаются к ним через 7-10 дней после нормализации температуры тела, параллельно уменьшая дозу НПВП. При отсутствии признаков обострения основного заболевания НПВС отменяют через 7-10 дней, общая продолжительность лечения НПВС, таким образом, составляет 2-3 нед. Гормональная терапия, если ребенок ее получал, проводится в той же дозе, однако, при наличии гормонозависимости необходимо увеличение дозы в 1,5-2 раза. Возвращение к исходному уровню проводится после нормализации температуры на фоне НПВС через 3-5 дней.

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

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

Критерии эффективности диспансеризации:

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

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику.

Группа здоровья III-V.

Проф. ориентация детей с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Проблемами профориентации детей, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, должны заниматься участковые врачи, врачи общеобразовательных и специальных учебных заведений, врачи-специалисты узких профилей.

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

физическое напряжение, токсические вещества.

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

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

При органических поражениях клапанов, мышцы сердца, в том числе врожденных пороках сердца с нарушениями кровообращения I-II стадий противопоказаны значительное физическое напряжение, выраженное нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, длительная ходьба, неблагоприятные метео- и микроклиматические факторы, воздействие токсических веществ и пыли, вынужденное положение тела.

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

Задание для самостоятельной работы:

1. Осмотрите больного с заболеванием сердечно-сосудистой системы, опишите в своей рабочей тетради выявленные особенности анамнеза, изменения в состоянии здоровья пациента.
2. Составьте индивидуальный план диспансеризации больного, заполните контрольную карту диспансерного наблюдения (ф.30).
3. Выпишите в рабочей тетради рецепты на:
 - дигоксин;
 - панангин;
 - фуросемид;
 - диклофенак;
 - бруфен;
 - кокарбоксилаза;
 - бициллин-5.
4. Решите ситуационные задачи и тесты.

Ситуационные задачи:

Задача №1

Мама мальчика И., 10 лет обратилась к участковому педиатру с жалобами на подергивания у ребенка лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды, периодическое повышение температура до субфебрильных цифр.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад мальчик перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность.

При осмотре состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен пальпации, печень, селезенка не увеличены.

Вопросы: 1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какие обследования следует провести больному. 3. Тактика участкового педиатра. 4. Какое лечение необходимо ребенку? 5. Составьте план дальнейшего диспансерного наблюдения на участке.

Задача №2

Мальчик., 1 года 2 месяцев, осмотрен участковым педиатром по поводу жалоб на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов.

При осмотре состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно –

верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см^2 , перкуторно – границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье, Аускультативно: ЧСС – 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Нв - 110 г/л. Эр - $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Лейк - $5,0 \times 10^9/\text{л}$, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5° . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, $RV5 < RV6$.

Вопросы: 1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз. 2. Оцените представленные результаты обследования. 3. Какие еще обследования необходимо провести ребенку? 4. Какое лечение необходимо данному ребенку? 5. Составьте план дальнейшего диспансерного наблюдения в поликлинике.

Задача №3

Больная Р., 6 лет направлена в стационар планово повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставов, боли и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.

Из анамнеза известно, что ребенок болен с 2 лет, когда после перенесенной ОРВИ отмечалось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах.

Суставной синдром сохранялся в течение 6 мес. и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течение этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовлечение в процесс других суставов.

При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных ($2 \times 2 \text{ см}$) и кубитальных ($1,5 \times 1,5 \text{ см}$) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Граница сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца

ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5см, селезенка +1см.

Общий анализ крови: Нв – 90г/л, Лейк.- $15,0 \times 10^9$ /л, п/я- 4%, с.-42%, э.-2%, л.-49%, м-3%, СОЭ – 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес –1014, белок –0,33%, лейкоциты – 1-3 в п/зр., эритроциты отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок – 83г/л, альбумины – 48%, глобулины: альфа 1- 5%, альфа 2- 12%, бета –5%, гамма –30%, серомукоид –0,8 (норма – до 0,2), АЛТ –32Ед/л, АСТ –25Ед/л, мочевины – 4,5ммоль/л.

Вопросы: 1. О каком заболевании можно думать в первую очередь? 2. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования? 3. Какие еще обследования можно провести больной? 4. Каковы принципы терапии данного заболевания? 5. Составьте план диспансерного наблюдения в поликлинике.

Задача №4

Больная Д., 14 лет, обратилась к участковому педиатру с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей, в это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери – гипертоническая болезнь.

При осмотре состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя – по III ребру. Тоны сердца звучные ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм. рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нв - 125 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк. $5,1 \times 10^9$ /л, п/я-2%, с-63%, э-2%, л-30%, м-3%, СОЭ-8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1024, белок – отр., лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 73 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа₁ - 4%, б/ли, альфа₂ - 9%, бета-12%, гамма - 15%, серомукоид -0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л,; мочевины -4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз больной. 2. Какие еще обследования необходимо сделать? 3. Наметьте план лечения больной. 4. Составьте план диспансерного наблюдения в поликлинике.

Задача №5

Первый патронаж к мальчику 8 дней. Ребенок от второй беременности (предыдущая закончилась рождением здорового ребенка). В 1 триместре на стоящей беременности молодая и здоровая мать перенесла острый бронхит, лечилась сульфадиметоксином, тавегилом. Ребенок родился с массой тела 2960 г, длиной – 51 см. На 3-й день жизни обнаружен систолический шум, который был расценен, как функциональный Выписан на педиатрический участок на 6-е сутки.

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, грудь сосет активно. Кожа и слизистые чистые, цианоза нет. Дыхание пуэрильное. Область сердца без видимых изменений, границы абсолютной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные, выслушивается грубый систолический шум, занимающий большую часть систолы, с р.мах. в I межреберье слева от грудины. Шум проводится по всей грудной клетке. Акцент и расщепление и тона над легочной артерией. ЧСС – 126 уд/мин, при нагрузке – до 140 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см, селезенка не пальпируется. Стул 3 раза в день, кашицеобразный. Рефлексы новорожденного живые.

Вопросы: 1. Ваш диагноз. 2. Какое обследование необходимо провести? 3. По какой группе здоровья должен наблюдаться ребенок? 4. Динамическое наблюдение педиатром на участке.

Тестовый контроль

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1. Анатомическими признаками тетрады Фалло являются:

- а) стеноз аорты
- б) стеноз легочной артерии
- в) смещение аорты вправо
- г) дефект межпредсердной перегородки

д) дефект межжелудочковой перегородки

е) открытое овальное окно

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

2. Разница пульса на правой лучевой и бедренной артериях характерна для:

а) тетрады Фалло

б) аномального легочного дренажа легочных вен

в) коарктации аорты

г) ДМЖП

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

3. Наибольший объем исследований при подозрении на врожденный порок сердца включает:

а) анализ крови

б) анализ мочи

в) электрокардиографию

г) эхокардиографию

д) холтеровское мониторирование

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

4. При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:

а) систолический во втором межреберье слева

б) систоло-диастолический во втором межреберье слева

в) систолический во втором межреберье справа

г) диастолический во втором межреберье слева

5. Остроту течения ревматического процесса определяет выраженность:

а) деструктивных изменений соединительной ткани

б) неспецифического экссудативного компонента воспаления

6. В основе классификации ювенильного ревматоидного артрита учтены:

а) серопозитивность или серонегативность по ревматоидному фактору

б) число пораженных суставов и наличие системных заболеваний

в) степень деструкции суставов по рентгенологическим признакам

г) все ответы верны

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. Особенности ревматического полиартрита являются:

а) симметричное поражение мелких суставов

б) поражение крупных суставов

в) «летучий» характер полиартрита

г) продолжительность полиартрита более 10 дней

8. Лечение острой ревматической лихорадки с явлениями кардита обязательно включает:

а) антибактериальные препараты пенициллинового ряда

б) нестероидные противовоспалительные препараты

- в) глюкокортикостероиды
- г) сульфаниламиды
- д) седативные препараты
- е) антигистаминные препараты

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

9. Наиболее часто встречаются эндокардиты:

- а) первичные
- б) вторичные

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

10. При артериальной гипертензии возможны жалобы на:

- а) головную боль
- б) энурез
- в) боли в животе
- г) рвоту

11. Причинами вазоренальной гипертензии у детей могут быть:

- а) аорто-артериит
- б) добавочные почечные артерии
- в) гипоплазия почки и почечных сосудов
- г) пиелонефрит

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

12. Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется:

- а) появлением влажных хрипов в легких
- б) повышением артериального давления
- в) увеличением размеров печени
- г) появлением ритма «галопа»
- д) тахикардией
- е) тахипноэ

13. Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:

- а) периферические вазодилататоры
- б) диуретики
- в) препараты калия
- г) ингибиторы АПФ
- д) сердечные гликозиды
- е) антибактериальные препараты

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

14. Болевой синдром при ювенильном ревматоидном артрите появляется:

- а) утром
- б) вечером
- в) в первую половину ночи

г) во вторую половину ночи

15. Наиболее выражены изменения кожи в виде индурации и атрофии при:

а) склеродермии

б) узелковом периартериите

в) системной красной волчанке

г) ювенильном ревматоидном артрите

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

16. Преобладающая по правожелудочковому типу сердечная недостаточность клинически характеризуется:

а) тахикардией

б) периферическими отеками

в) увеличением размеров печени

г) влажными хрипами в легких

17. Клинические проявления системной красной волчанки могут включать синдромы:

а) бронхообструктивный

б) кожный

в) суставной

г) висцеральный

д) поражение глаз

18. Клиническими симптомами вегетативной дистонии преимущественно по симпатикотоническому типу являются:

а) сухость кожных покровов

б) склонность к брадикардии

в) склонность к тахикардии

г) повышенная сальность кожи

д) вазо-вагальные (вазо-депрессивные) обмороки

СХЕМА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМОЙ

Состояние или заболевание	Частота осмотра специалистами	Дополнительные методы исследования	Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учета
Ревматизм	<p><i>Уч. педиатр, ревматолог</i> - после атаки в первые 3 месяца – ежемесячно, затем 1 раз в квартал; Неактивная фаза – 2 раза в год. После перенесенной ангины или ОРЗ – ревматолог – в течение 3 недель. <i>ЛОР, стоматолог</i> – 2 раза в год. <i>Офтальмолог</i> – по показаниям</p>	<p>Термометрия. Измерение АД, пульс, ЭКГ, ФКГ, клинический анализ крови – 2 раза в год, ЭхоКГ – по показаниям. После перенесенной ангины, ОРЗ – клинический анализ крови, ЭКГ</p>	<p>1.Отсутствие или уменьшение частоты повторных атак 2.Отсутствие нарастания сердечной патологии 3.Отсутствие признаков формирования пороков сердца 4.Снижение частоты заболевания ангинами 5.Адаптация к физической нагрузке Дети, у которых в течение 5 лет не было обострений, не сформировался порок сердца, снимаются с учета.</p>
«Угрожаемые» по ревматизму	<p><i>Уч. педиатр, ревматолог</i> - до санации хрон. очагов инфекции – 1 раз в квартал, после санации – через 1, 3, 12 месяцев. <i>ЛОР, стоматолог</i> – 2 раза в год. <i>Невропатолог</i> – по показаниям</p>	<p>Дополнительные методы исследования – по показаниям</p>	<p>1.Уменьшение количества жалоб 2.снижение частоты заболеваний ангинами и ОРЗ после санации очагов инфекции. Снимаются с учета через 2 года</p>
<i>Ревматические поражения нервной системы (хорея)</i>	<p><i>Уч. педиатр, ревматолог, психоневролог (невропатолог)</i> – весной и осенью перед проведением профилактики</p>	<p>Биохимические исследования крови (белковые фракции)</p>	<p>До передачи в подростковый кабинет</p>
ВПС	<p><i>Уч. педиатр, ревматолог</i> - 1 раз в год, по показаниям –</p>	<p>Пульс, АД. Функциональные сердечно-сосудистые</p>	<p>Отсутствие септических осложнений,</p>

	чаще; консультация хирурга- кардиолога ЛОР, стоматолог – по показаниям	пробы. ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентгенологическое исследование в стационаре. Периодическая термометрия	признаков нарушения кровообращения. Снятие с учета по заключению кардиохирурга
Ревматоидный артрит и другие коллагеновые заболевания	Уч. педиатр, ревматолог - – 2 раза в год, по показаниям - чаще ЛОР, стоматолог, хирург, ортопед, офтальмолог – по показаниям	Рентгенологическое обследование суставов, клинический анализ крови – 2 раза в год. Биохимические пробы крови при подозрении на активность процесса	Отсутствие или уменьшение числа обострений. Восстановление функции суставов. С диспансерного учета не снимаются
Гипертензия Гипотензия Вегетососудистая дистония	Уч. педиатр, ревматолог - 2 раза в год.. Консультация кардиолога, ЛОР, офтальмолога, невропатолога, эндокринолога, нефролога – по показаниям, при нарушении менструального цикла - гинеколога	ЭКГ, определение АД, ЭхоКГ, рентгенологическое исследование сердечно-сосудистой системы. По показаниям – урография, исследование функции надпочечников	Отсутствие жалоб. Нормализация АД. Снятие с учета через год при отсутствие жалоб и нормализации сосудистого тонуса.

Занятие № 3 по теме: **"Организация лечебно-профилактической помощи при патологии желудочно-кишечного тракта на дому и в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение"**.

Мотивация темы:

Болезни желудочно-кишечного тракта занимают одно из ведущих мест в структуре соматической патологии детей старшего возраста. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий формирования гастроэнтерологической патологии, методов клинической, лабораторной диагностики, вопросов реабилитации, принципов преемственности медицинского обслуживания.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей;
- факторы риска развития гастроэнтерологической и билиарной патологии у детей;
- методы обследования и семиотику поражения органов пищеварения;

- этиология, патогенез, классификацию, диагностику хронических гастритов у детей;
- принципы лечения, диспансерного наблюдения и реабилитации детей с хроническими гастритами на участке;
- этиологию, классификацию, клиническую картину язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у детей в условиях детской поликлиники;
- методику проведения и оценку желудочного и дуоденального зондирования;
- методику подготовки ребенка к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта;
- принципы питания здоровых детей;
- принципы питания больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- этиологию, диагностику хронического панкреатита у детей;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации больных с панкреатитом в условиях детской поликлиники;
- этиологию, классификацию, клиническую картину заболеваний желчевыводящей системы;
- принципы лечения, диспансеризации и последующей реабилитации больных с заболеваниями билиарной системы на участке;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка с патологией органов пищеварения: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты клинических и биохимических анализов крови и мочи;
- назначить необходимое дополнительное исследование больному с патологией пищеварительной системы и дать им оценку (фракционное желудочное зондирование, дуоденальное зондирование, ФГС, уреазный тест и др.);
- поставить развернутый клинический диагноз в соответствии с классификацией;
- назначить диету и лечение больных с болезнями пищеварения;
- составить план лечения детей с данной патологией;
- произвести расчет и коррекцию питания больных детей различных возрастов;
- составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;

- составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
- выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- владеть методикой промывания желудка;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - медицинскую справку на ребенка – инвалида детства;
 - больничные листы и справки;

Студент должен ознакомиться:

- с задачами, методами и принципами организации работы врача-гастроэнтеролога детской поликлиники;
- со структурой гастроэнтерологической заболеваемости данной поликлиники;
- с принципами работы и оснащенностью кабинета эндоскопической диагностики детской поликлиники.

Содержание обучения:

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
2. Показания к госпитализации.
3. Организация стационара на дому.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.

5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзынкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Значение анатомо-физиологических особенностей пищеварительной системы у детей в формировании гастроэнтерологической патологии.
2. Основные методы исследования и семиотика поражения органов пищеварения у детей.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите основные факторы риска развития хронических гастритов у детей.
2. Перечислите основные клинические симптомы и данные лабораторной диагностики при хронических гастритах.
3. Назовите принципы лечения, диспансерного наблюдения и последующей реабилитации детей с хроническими гастритами в условиях детской поликлиники.
4. Этиопатогенез язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Назовите основные клинические симптомы и методы лабораторной диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Лечебная тактика, последующая реабилитация и диспансерное наблюдение детей с язвенной болезнью на участке.
7. Перечислите основные этиологические факторы, клинические проявления панкреатитов у детей.
8. Лечение, реабилитация и последующее диспансерное наблюдение детей с панкреатитом.
9. Дайте определение понятия «дискинезии желчевыводящих путей».
10. Какие принципы положены в основу классификации этих состояний?
11. Какое лечение назначается больным с дискинезией желчевыводящих путей?
12. Перечислите основные принципы диспансеризации таких больных на участке.
13. Назовите факторы риска развития воспалительных заболеваний желчевыводящей системы.
14. Назовите основные клинические симптомы и методы лабораторной диагностики воспалительных заболеваний желчевыводящей системы.
15. Расскажите об особенностях диспансерного наблюдения и реабилитации больных с патологией билиарной системы в условиях детской поликлиники.

Хронокарта учебного занятия:

- | | |
|---|---------|
| • переключка | 5 мин |
| • проведение контроля базисных знаний | 40 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • разбор узловых вопросов темы | 45 мин |
| • перерыв | 15 мин |
| • практическая часть (работа на приеме) | 2 часа |
| • итоговый тестовый контроль | 15 мин. |

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Гастродуоденальная патология занимает важное место в структуре заболеваний детского возраста. Заболевания органов пищеварения у детей также как и у взрослых, как правило, имеют сочетанный характер. Это обуславливает необходимость комплексной терапии с использованием разнонаправленных реабилитационных методов. Основным принципом диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварения является длительное наблюдение в условиях поликлиники.

Диспансерному наблюдению подлежат дети, больные:

- язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки,
- хроническими гастритами и гастродуоденитами,
- хроническим колитом, энтероколитом,
- воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей,
- хроническим холецистохолангитом,
- хроническими гепатитами

Диспансерное наблюдение за детьми с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию и вовлечению в процесс других органов пищеварения. Впервые установленная ЯБ у детей является показанием для лечения в стационаре.

Основным проявлением ЯБ является болевой синдром, для которого характерны: выраженность и мойнигановский ритм болей, наличие ночных и голодных болей. У детей самая частая локализация ЯБ - луковица двенадцатиперстной кишки. Основываясь на результатах исследований, в клинике выделяют три фазы ЯБ: обострение, неполная ремиссия, ремиссия.

Частота осмотров педиатром после выписки из стационара – каждые 3 мес. в течение первого года, далее 2 раза в год, гастроэнтерологом 1раз в год, стоматологом и ЛОР-врачом 2 раза в год, другими специалистами – по показаниям. Особое внимание обращают на нарушение общего состояния больного, нарастание или уменьшение болей в животе, их зависимость от времени приема пищи, ее качества, наличие голодных, ночных болей, изменение аппетита, тошноту, рвоту,

изжогу, отрыжку. Методы обследования: ЭФГДС 2 раза в год, исследование желудочной секреции 1 раз в год; рентгенологическое обследование желудка раз в 6 мес. после обострения для контроля эффективности лечения и при постановке диагноза (при невозможности проведения ЭФГДС), анализы крови, мочи, кала на яйца глистов и скрытую кровь, копрограмма 2 раза в год.

Противорецидивное лечение проводят 2 раза в год (весна, осень) 3-4 нед. Принцип противорецидивного лечения тот же, что и лечения обострения: физический и психический покой, лечебное питание, медикаментозная терапия. Особое внимание уделяют соблюдению режима питания (5-6 разовый прием пищи в день). Пища должна быть хорошо механически обработана, с достаточным количеством белка, витаминов, с ограничением углеводов и поваренной соли. В зависимости от выраженности адаптационно-метеотропного синдрома, противорецидивные циклы лечения включают седативные средства, малые транквилизаторы.

При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, особенно в сочетании с поражениями пищевода и поджелудочной железы, показаны антацидные препараты (альмагель, гастрал, малаокс). Препараты нейтрализуют соляную кислоту, обеспечивают адсорбцию пепсина желчных кислот, лизолецитина, обладают протективным действием за счет усиления секреции слизи и простагландинов.

Помимо антацидов, из антисекреторных препаратов используют антихолинэргические средства и антигеликобактерные препараты. При доказанной геликобактерной этиологии язвенной болезни, хронического гастрита и/или гастродуоденита назначаются семи- или десятидневные курсы эрадикационной терапии. Если эрадикационная терапия оказалась неэффективной, то курс можно повторить через 4 мес. Для профилактики ЯБ применяют несколько видов терапии - непрерывный, «по требованию», «терапия выходного дня». Непрерывную поддерживающую терапию назначают при отсутствии эффекта от базисной терапии, при осложненном течении ЯБ, при сопутствующем рефлюкс-эзофагите, при грубых рубцовых изменениях. При поддерживающей терапии «по требованию» больной сам определяет необходимость приема препаратов по самочувствию, при «терапии выходного дня» препараты принимаются еженедельно с пятницы по воскресенье.

Из антисекреторных препаратов, помимо гастроцепина, предпочтительно применение препаратов II (ранитидин, фамотидин) и III поколений (низатидин, роксатидин). Их применение целесообразно при непрерывной профилактике на фоне рецидивирующего течения, язвенных кровотечений, трудно рубцующихся язв, гиперацидных состояний, эрозивного поражения слизистой оболочки нескольких отделов желудочно-кишечного тракта. Антисекреторной направленностью обладают: блокаторы протонного насоса (омепразол), синтетические простагландины (цитотект, энпростил, арбопростил), энкефалины (даларгин).

Ингибиторы карбоангидраз (ацетазоламид). В настоящее время эрадикационная терапия проводится с использованием 3-4-компонентных схем.

В комплексной противорецидивной терапии используют и регуляторы моторики желудочно-кишечного тракта: прокинетики (метоклопрамид, домперидон, цизаприд), эндогенные опиоиды (тримебутин), полипептиды (даларгин), антихолинергические соединения нового поколения (риабол, бускопан). Из ферментных препаратов применяют микросферы панкреатина - панкреатин.

Показано физиотерапевтическое лечение: при астеновегетативном синдроме - электрофорез с бромом на воротниковую зону через день, на курс 10 процедур 2 раза в год. При умеренном болевом синдроме – электрофорез на эпигастральную область с новокаином, хлоридом кальция, дротаверином, парафиновые и озокеритовые аппликации 10-15 процедур 1-2 раза в год. Рекомендуют минеральные воды: Ессентуки №17, №4, Смирновскую, Славяновскую, Боржоми в теплом виде (36-40) без газа по 30-40 дней 3 раза в год, весной, осенью, зимой.

Рекомендуется санаторно-курортное лечение: местные курорты, а также Ессентуки, Железноводск, Трускавец через 6 мес после обострения под контролем ЭФГДС.

Освобождение от физкультуры показано на 6 мес. после обострения, затем специальная группа или ЛФК. Для школьников рекомендуется дополнительный выходной день в неделю, освобождение от перевод экзаменов на 2 мес после обострения.

Инвалидность при осложненном течении язвенной болезни оформляют на срок от 6 мес. до 2 лет.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику Группа здоровья III-IV.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гастритами и гастродуоденитами. Принципы диспансеризации детей с хроническими гастритами и гастродуоденитами схожи с таковыми при язвенной болезни. в течение первого года после взятия на учет больные наблюдаются участковым педиатром каждые 3 месяца, затем 2 раза в (осенью и весной), ЛОР-врачом и стоматологом 2 раза в год, др. специалистами – по показаниям.

Методы обследования: ЭФГДС 1 раз в год, исследование желудочной секреции 1 раз в год, анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма 1 раз в год, другие исследования – по показаниям.

Противорецидивное лечение проводится 2 раза в год (весной и осенью) в течение 2-3 нед и включает щадящий режим, диету, заместительную ферментотерапию или антацидные средства, витамины, стимулирующие средства, минеральные воды, физиотерапию.

Обращается внимание на соблюдение режима питания с учетом состава желудочного сока (стол №1 при повышенной кислотности и стол №2 при

пониженной кислотности), питье минеральных вод курсами до 2 мес из расчета 3 мл минеральной воды на 1 кг массы больного на прием. При повышенной кислотности минеральная вода дается через 60-70 мин после еды, при пониженной кислотности за 30-40 мин. до еды.

Курс лечения минеральными водами (Миргородская, Ижевская, Березовская, Арзни, Эссентуки №17) проводится 2-3 раза в год. При склонности к диарее воду перед приемом подогревают. Кроме того, при повышенной кислотности рекомендуется пить воду после того, как из нее выйдут газы. При сниженной кислотности пить воду нужно медленно через соломинку (смаковать).

При пониженной кислотности обязательны:

- заместительная терапия: натуральный желудочный сок, бетацит, ацедин-пепсин, абомин, пепсидил, мексаза, панзинорм в течение 3-4 нед. 2-3 раза в год;
- стимулирующая терапия: пентоксил в течение 10 дней;
- физиотерапевтическое лечение проводят курсами 2 раза в год, весной и осенью: хвойные ванны (температура 37,0-37,5°C) на курс 10 ванн, парафиновые аппликации на область эпигастрия на курс 10 процедур, кислородные коктейли 1 раз в день в течение 2 нед.

При повышенной кислотности:

- антацидные средства: альмагель, фосфолюгель в течение 2-6 нед в год (весной и осенью);
- физиотерапевтическое лечение: индуктотермия на эпигастральную область 10-12 процедур, гальванический воротник по Щербаку 10 – 15 процедур, парафиновые аппликации на эпигастральную область и спину 10 процедур 1-2 раза в год.

Занятия физкультурой в течение 1 года после обострения в спец. группе, далее в подготовительной группе постоянно. Снятие с диспансерного учета через 3 года после последнего обострения. Группа здоровья III-V.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим колитом, энтероколитом. Хронический неязвенный колит – полиэтиологичное заболевание, проявляющееся воспалительно-дистрофическими изменениями слизистой толстой кишки и нарушениями ее функции. Основными проявлениями ХНК являются боли в животе и нарушения стула. На клинику ХНК влияет локализация процесса (тотальный колит, левосторонний колит, правосторонний колит, сигмоидит). К этой же группе заболеваний могут быть отнесены болезни мальабсорбции и мальдигестии (лактазная недостаточность, муковисцидоз, целиакия, пищевая аллергия). В настоящее время участились случаи диагностики синдрома раздраженной кишки на фоне общей вегетативной дисфункции. Частота наблюдения педиатром 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, в последующем 1 раз в 12 мес., гастроэнтерологом 1 раз в год, ЛОР-врачом и стоматологом 1 раз в год, другими специалистами- по показаниям.

Методы обследования: анализы крови, мочи, кала на скрытую кровь, копрограмма 1 раз в 3 мес в течение года обострения, далее 1 раз в 6 мес; анализы кала на яйца глистов, лямблии, дисбактериоз 1 раз в 6 мес. Рентгенологическое исследование кишечника, ректороманоскопия проводится при постановке диагноза, затем - по показаниям.

Противорецидивное лечение проводят 2 раза в год в течение 1 месяца. Больные должны получать диету №2. Особое значение придается диетотерапии при болезнях нарушенного кишечного всасывания. Основными принципами диетотерапии в этих случаях являются применение элиминационных диет и использование в рационе детей, особенно раннего возраста, широкого арсенала адаптированных по монокомпонентам целебных питательных смесей.

Ферментотерапия включает панкреатические ферменты (панцитрат, мезим-форте), комбинированные препараты (дигестал, фестал, энзистал). Комбинированные ферменты комбицин, панзинорм-форте и панкреофлат особенно эффективны при синдроме раздраженной кишки. Заместительная терапия при муковисцидозе включает микрокапсулированные препараты панцитрат и креон, при лактазной недостаточности – препараты лактазы, тилактаза. В комплексной терапии возможно использование энтеросорбентов: углеродных адсорбентов (ваулен, микросорб П), на основе лигнина (полифепан), природного (смекта, каолин) и химического происхождения (колестирамин, энтеросгель). На фоне встречающихся нарушений микробиоценоза кишечника показаны пробиотики – бифиформ, бактисубтил, аципол.

Минеральные воды: при склонности к диарее – Эссентуки № 4, Березовская; при склонности к запору – Эссентуки №17, Баталинская, Арзни, Славяновская 2-3 раза в год в течение 1 мес. При метеоризме рекомендуют отвары ромашки аптечной, мяты перечной, фенхеля. При поносах назначают отвары из плодов черемухи, черники, ольховых шишек, корневища айра, гранатовых корок.

Назначается физиотерапевтическое лечение: парафиновые (45-50°C) или озокеритовые аппликации на область живота 20-30 мин на курс 8-10 процедур, электрофорез витаминов В1 и С по Вермелю 10 процедур, электрофорез с новокаином, платифиллином, кальцием на область живота через день до 15 процедур. В фазе ремиссии назначают кишечные промывания, субкавальные ванны, грязи. При спастических болях применяют дротаверин, беллоид, брускопан, платифиллин, галидор.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется через 6 мес после обострения (Эссентуки, Железноводск).

Занятия физкультурой 6 мес в специальной группе, далее до 2 лет - в подготовительной группе. Диспансерное наблюдение 5 лет от последнего обострения. Группа здоровья III-IV.

Диспансерное наблюдение за детьми с дискинезиями желчевыводящих путей.

Клинические проявления различных форм патологии желчевыделительной системы схожи. Наиболее частые клинические симптомы этой патологии следующие: болевой, диспептический, астеновегетативный. Причинами дискинезий являются заболевания органов пищеварения, расстройства нервно-гуморальной регуляции, аллергия, аномалии желчного пузыря.

Частота наблюдения участковым педиатром 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, далее 1 раз в 6 мес в течение последующих лет. ЛОР и стоматологом 2 раза в год, другими специалистами – по показаниям. Гастроэнтеролог консультирует ребенка 2 раза в год в течение года после обострения, далее 1 раз в год.

Методы обследования: УЗИ печени и желчевыводящих путей с определением функции желчного пузыря (или холецистография) 2 раза в год в течение первого года после обострения, далее 1 раз в год; дуоденальное зондирование 2 раза в год в течение года после обострения, далее 1 раз в год; анализы крови, мочи, кала на яйца глистов и лямблии, копрограмма 2 раза в год; биохимические исследования функции печени (билирубин и его фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, холестерин) 1 раз в год, другие исследования по показаниям. Противорецидивное лечение 6 мес после обострения по 10-14 дней ежемесячно, затем 2 раза в год (весной и осенью) в течение 3-4 нед. Больные получают диету № 5 в течение 1-2 лет после обострения заболевания. Лечение желчегонными средствами проводят в первые 6 мес после выписки из стационара по 10 дней ежемесячно, в последующем 2 раза в год (весной и осенью). С учетом типа дискинезий назначаются холелитики, усиливающие желчеобразование (хологон, кукурузные рыльца, холензим и др.), холецистокинетики, усиливающие опорожнение желчного пузыря (оливковое или подсолнечное масло, сорбит, ксилит, витаминный чай из шиповника, яичный желток, препараты барбариса, флавин, карловарская соль, холосас, сульфат магния).

Больным проводят тюбажи 1 раз в неделю в течение 6-12 мес после обострения болезни, при гипотонических формах дискинезии с минеральной водой Эссентуки №17, Джермук, Арзни, отваром бессмертника, морковным соком. При гипертонических формах дискинезии тюбажи проводят с щелочными минеральными водами типа Смирновская, Славяновская, отваром кукурузных рылец. Показан курс витаминотерапии: тиамин бромид, рибофлавин, пиридоксин, аскорбиновая кислота в течение 3 нед 2 раза в год.

Физиотерапевтическое лечение: электрофорез с сульфатом магния, кальцием, бромом, новокаином на область печени (10-12 процедур) или индуктотермоэлектрофорез (10-12 процедур), озокеритовые или парафиновые аппликации. Санаторно-курортное лечение не ранее через 6 мес после обострения (Эссентуки, Железноводск).

Занятия физкультурой проводят в специальной группе в течение 6 мес после

обострения, в дальнейшем в подготовительной. В основную группу ребенок переводится после исчезновения клинических проявлений заболевания, но не ранее, чем через 2 года после обострения.

Больные с дискинезиями желчевыводящих путей находятся на диспансерном учете в течение 3 лет после последнего обострения. Гр. здоровья II.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим холецистохолангитом.
Хронический холецистохолангит характеризуется кратковременными болями, умеренной болезненностью при пальпации в правом подреберье, непостоянными диспепсическими расстройствами повышением температуры тела, признаками интоксикации.

Частота осмотров педиатром 1 раз в 3 мес в течение первого года после обострения, далее 1 раз в 6 мес в течение последующих лет, ЛОР и стоматологом 2 раза в год, другими специалистами по показаниям. Гастроэнтеролог консультирует ребенка 2 раза в год в течение года после обострения, далее 1 раз в год. Методы обследования: УЗИ печени и желчевыводящих путей с определением функции желчного пузыря (холецистография по показаниям) 2 раза в год в течение первого года после обострения, далее 1 раз в год; исследование желудочной секреции и дуоденальное зондирование 1 раз в год (по показаниям); анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма 2 раза в год; биохимические исследования функции печени (билирубин и его фракции, трансаминазы, щелочная фосфатаза, амилаза крови и мочи, холестерин) 1 раз в год; другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение 6 мес обострения по 10-14 дней ежемесячно, далее 2 раза в год весной и осенью в течение 3-4 нед. Лечение включает режим, диету, минеральные воды, витамины, лечение лямблиоза и дисбактериоза, тюбажи, физиолечение, желчегонные средства, холекинетики, спазмолитики, ферментные препараты. Предпочтение отдают препаратам, содержащим растительные масла (ровахол, роватин, энуратин, олиметин). При сочетании заболевания желчевыводящих путей с дисметаболическими нарушениями, что повышает вероятность билирубинового холелитиаза у детей, длительно назначаются литолитики (квестран, гепатофальк планта).

Литолитическую терапию следует сочетать с гепатопротекторами (силимарин), с папавериноподобными спазмолитиками (хелидонин, дротаверин) и мягкими желчегонными средствами (куркума, отвар кукурузных рылец, бессмертника).

Показания для госпитализации: невозможность проведения обследования и лечения в амбулаторных условиях, отсутствие эффекта от проведенной амбулаторной терапии, сочетанный характер патологии, выраженный болевой синдром, интоксикация.

Санаторно-курортное лечение не ранее, чем через 6 мес после обострения (-Ессентуки, Железноводск, Трускавец).

Занятия физкультурой проводят в специальной группе 6 мес после обострения,

далее в подготовительной группе до 2 лет, через 2 года – в основной группе.

Диспансерное наблюдение 3 года после обострения. Группа здоровья III-IV.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим панкреатитом. Хронический панкреатит – воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся развитием фиброза паренхимы и функциональной недостаточности. Изолированный панкреатит встречается у детей редко, чаще он является проявлением сочетанной патологии желудочно-кишечного тракта.

Частота осмотров педиатром детей с хроническим поражением поджелудочной железы 1 раз в 3 мес, гастроэнтерологом 1 раз в 6 мес, стоматологом и оториноларингологом 2 раза в год, другими специалистами по показаниям.

Методы обследования: общие анализы крови и мочи, глюкоза крови, диастаза крови и мочи, копрограмма 1 раз в 3 мес, УЗИ поджелудочной железы 1 раз в 6 мес, другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение проводится 2 недели каждого месяца в течение 6 мес, далее 3 раза в год, весной, осенью и зимой, длительностью 1 мес. Включает диету №5 в течение 2 лет после обострения, ферментотерапию, желчегонные средства, витаминотерапию, минеральные воды, физиолечение. Ведущей в медикаментозном лечении остается ферментотерапия. Рекомендуют панкреатические энзимы, содержащие амилаазу, липазу, трипсин животного происхождения (мезим-форте, пролипаза). При заместительной терапии возможно использование комбинированных с панкреатином препаратов (дигестал, энзистал). При обострении процесса используются антиферментные препараты (антагозан, гордокс, пантрипин).

Санаторное лечение показано через 6 мес после обострения (Ессентуки). Занятия физкультурой 2 года в специальной группе, далее в подготовительной группе в течение 1 года, далее перевод в основную группу без участия в соревнованиях.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-IV.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами. Вирусные гепатиты относятся к числу распространенных заболеваний в детском возрасте. Значение этой проблемы определяется тяжестью клинических проявлений, длительностью течения и нередкими тяжелыми последствиями. Признание ведущей роли иммунной системы и вирусной репликации в развитии патологического процесса в печени послужило основанием для поиска и применения патогенетически обоснованных лекарственных препаратов этиотропного и иммунокорректирующего действия. В последние годы созданы вакцинные препараты против гепатита В, обладающие высокой иммуногенностью и низкой реактогенностью.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами включает осмотры педиатра 1 раз в 3 мес в течение первых 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог консультирует ребенка 1 раз в 6 мес в течение 2 лет, далее 1 раз в год, стоматолог и оториноларинголог 2 раза в год, другие специалисты по показаниям.

Методы обследования: УЗИ печени и желчевыводящих путей 1 раз в 6 мес в течение двух лет, далее 1 раз в год; анализы крови, мочи, кал на яйца глистов 1 раз в 3 мес в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 мес; биохимические исследования функции печени (уровень билирубина, активность трансаминаз, белок и белковые фракции, тимоловая проба, глюкоза крови, щелочная фосфатаза, HBsAg, маркерный спектр) 1 раз 3 мес в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 мес; дуоденальное зондирование и другие исследования по показаниям.

Противорецидивное лечение месячными курсами 3 раза в год в течение 2 лет, далее 2 раза в год проводят по схеме:

- диета № 5 в течение 3 лет непрерывно;
- «слепые» зондирования 2 раза в неделю в сочетании с питьем отваров лекарственных трав (бессмертника, кукурузных рыльцев, трилистника, корня одуванчика, листьев мяты перечной, цветов ромашки, желчегонного чая) и лактобактерина или бифидола;
- курсы интерферонотерапии длительностью до 6 мес;
- чередующиеся 2-недельные курсы витаминов (С, А, В₁₅, В₅, В₆ и др.);
- стимулирующая терапия, последовательно 2 – недельные курсы пентоксила, бендазола, пантокрина, алоэ, женьшеня и т.д.);
- 2 раза в год курсы минеральных вод («Славяновская», «Ессентуки» и другие);
- физиолечение, озокеритовые аппликации на область печени.

При хроническом агрессивном гепатите по показаниям проводят поддерживающие курсы глюкокортикоидной, иммунодепрессивной терапии, мембраностабилизаторов (демифосфон), гепатопротекторов (легалон, эссенциале). Интерферонотерапия проводится по рекомендациям из стационара.

Санаторно-курортное лечение в местных санаториях, бальнеолечение не ранее 6 мес после постановки диагноза (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск). Противопоказания для санаторно-курортного лечения: наличие активности декструктивно-некротического процесса и печеночная недостаточность. При хроническом агрессивном гепатите санаторно-курортное лечение противопоказано.

Освобождение от занятий физкультурой рекомендуется на 1 год после обострения, далее 2 года специальная группа, далее подготовительная группа постоянно. Школьникам выделяется дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов, сдача выпускных экзаменов в щадящем режиме, при наличии печеночной недостаточности освобождение постоянно. При хроническом агрессивном гепатите занятия физкультурой противопоказаны, школьникам

организуется обучение на дому, освобождение от переводных экзаменов постоянно, сдача выпускных экзаменов в щадящем режиме. Инвалидность назначается при стойком выраженном нарушении функции печени сроком на 2 года, при стойком необратимом нарушении функции печени сроком до 18 лет.

Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

Профориентация детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта противопоказаны профессии, сопряженные со значительным и умеренным физическим и нервно-психическим напряжением, невозможностью соблюдения режима питания, длительным пребыванием в вынужденном положении тела с напряжением брюшного пресса, неблагоприятными метео- и микроклиматическими условиями, контактами с токсическими веществами, шумом и вибрацией, всеми видами излучений, предписанным темпом работы, длительной ходьбой.

Задание для самостоятельной работы:

1. Осмотрите больного с заболеванием пищеварительной системы, опишите в своей рабочей тетради выявленные особенности анамнеза, изменения в состоянии здоровья пациента.
2. Составьте индивидуальный план диспансеризации больного, заполните контрольную карту диспансерного наблюдения (ф. 30).
3. Выпишите в рабочей тетради рецепты на:
 - омепразол;
 - ранитидин;
 - альмагель;
 - кларитромицин;
 - де-нол;
 - дротаверин;
 - креон;
 - холосас;
 - бифиформ
4. Решите ситуационные задачи и тесты.

Задача №1

Саша Т. 12 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области через 20-30 минут после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым. Из анамнеза выяснено, что выше перечисленные жалобы появились в апреле, отец ребенка страдает язвенной болезнью желудка.

При осмотре состояние удовлетворительное. В легких и со стороны сердечно-сосудистой системы без особенностей. Живот мягкий, при пальпации умеренно

болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены. Стул со склонностью к запорам. Диурез без патологии.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования больного.

3. Составьте план лечения и диспансеризации.

Задача №2

Марина К. 10 лет, жалобы на снижение аппетита, вялость, слабость, чувство тяжести после приема пищи, вздутие живота. Из анамнеза: в возрасте 5 лет перенесла сальмонеллез. Часто болеет ОРЗ (более 6 раз в год).

Объективно: состояние удовлетворительное. В легких и со стороны сердечно-сосудистой системы без патологии. Зев бледный, язык обложен белым налетом, множественные кариозные зубы. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. Стул неустойчивый, со склонность к поносам.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Наметьте план обследования.

3. Составьте план лечения и диспансерного наблюдения ребенка.

Задача №3

Вера С. 11 лет, больна около года. Жалобы на температуру, боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам.

Объективно: состояние при осмотре средней тяжести, температура 38,1°C, кожные покровы чистые, отмечается легкая субъиктеричность склер. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, передне- и заднешейные) увеличены до 3-го размера, подвижные, единичные, безболезненные при пальпации, эластической консистенции. В легких и сердце без патологии. Зев чистый, розовый, много кариозных зубов. Живот мягкий, умеренно вздут, пальпация болезненна в правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчивый. Диурез не нарушен.

Общий анализ крови: Нв –125 г/л, эр – 4,7x10¹²/л, лейкоц - 12x10⁹/л, э-1%, ю-2%, п-10%, с-62%, л-23%, м- 2%, СОЭ- 23 мм/час.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. План лечения.

4. Диспансеризация на участке.

Задача №4

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на «голодные» боли в эпигастрии, появляющиеся утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются

приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный. Первое обращение к врачу неделю назад, после амбулаторной ЭГДС госпитализирована.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, бабушка по линии матери = язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специализированной школе 6 дней в неделю, занимается 3 раза в неделю хореографией. По характеру интроверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена, без боли. По другим органам без патологии.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. План обследования. 3. План лечения. 4. Диспансеризация на участке.

ТЕСТЫ по теме

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

1. При хроническом гастрите боли в животе:

- а) ночные
- б) ночные и поздние
- в) ранние
- г) зависят от локализации гастрита

2. Для язвенной болезни 12-перстной кишки наиболее характерны боли в животе:

- а) ночные
- б) ранние и поздние
- в) ранние и ночные
- г) поздние и ночные

3. Гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, относится к:

- а) аутоиммунному (тип А)
- б) бактериально-обусловленному (тип В)
- в) смешанному (тип А и В)
- г) химико-токсически индуцированному (тип С)

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

4. При лечении заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*, целесообразно применять сочетание препаратов:

- а) де-Нол+антибиотик+трихопол
- б) антацид+де Нол+трихопол
- в) антисекреторные препараты+антациды+де Нол
- г) антисекреторные препараты+де Нол+ фуразолидон+антибиотик
- д) де-Нол+трихопол

е) венгер+трихопол+антибиотик

5. Клиническими признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:

- а) алая кровь в стуле
- б) слабость
- в) опоясывающие боли в животе
- г) кинжальные боли в животе
- д) дегтеобразный стул
- е) рвота «кофейной гущей»
- ж) доскообразное напряжение мышц живота

6. Клиническими признаками перфорации язвы желудка и/или 12-перстной кишки являются:

- а) кинжальные боли в подложечной области
- б) рвота, не приносящая облегчения
- в) опоясывающие боли
- г) жидкий стул
- д) доскообразное напряжение мышц передней стенки живота

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

7. Болевой абдоминальный синдром при язвенной болезни 12-перстной кишки характеризуется:

- а) постоянным характером
- б) мойнингановским ритмом
- в) беспорядочным появлением боли

8. Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки используются:

- а) обзорный снимок брюшной полости
- б) ретроградная панкреатохолангиография
- в) эзофагогастродуоденоскопия
- г) колоноскопия

9. Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу имеют характер:

- а) опоясывающих
- б) кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
- в) поздних болей в верхней половине живота
- г) постоянных распирающих болей в правом подреберье
- д) тупых распирающих болей в околопупочной области

10. Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу имеют характер:

- а) опоясывающих
- б) кратковременных приступообразных болей в правом
- в) поздних болей в верхней половине живота

г) постоянных распирающих болей в правом подреберье

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

11. Основными синдромами поражения печени являются:

- а) холестатический
- б) гепатоспленомегалия
- в) мальабсорбция
- г) портальная гипертензия
- д) энцефалопатия
- е) геморрагический синдром

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

12. Биохимическими маркерами активности цирроза печени являются:

- а) гиперпротеинемия
- б) метаболический ацидоз
- в) повышение уровня конъюгированного билирубина, гиперглобулинемия
повышение тимоловой пробы
- г) повышение уровня щелочной фосфатазы, микропротеидов,
глутамилтранспептидазы

13. Лабораторными критериями острого панкреатита являются:

- а) изменения в гемограмме
- б) повышение уровня амилазы и липазы в сыворотке крови
- в) изменения уровня сахара крови
- г) изменения кислотно-основного состояния

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

14. В развитии заболеваний билиарного тракта значимыми этиологическими факторами являются:

- а) инфекционные и паразитарные
- б) наследственные
- в) злоупотребление пищей, богатой животными жирами
- г) солнечная инсоляция
- д) подвижный образ жизни
- е) нарушение режима питания

15. При желчнокаменной колике используются:

- а) анальгетики
- б) желчегонные препараты
- в) спазмолитики
- г) антацидные препараты
- д) антибактериальная терапия

16. Специфичными симптомами острого панкреатита у детей являются

- а) рвота
- б) боли в левом подреберье и/или опоясывающие

- в) гектическая температура
- г) пятнисто-папулезная сыпь
- д) коллаптоидное состояние

17. Биохимическими маркерами острого панкреатита являются:

- а) гипермилаземия
- б) гиперлипаземия
- в) диспротеинемия
- г) снижение уровня стандартных бикарбонатов
- д) снижение уровня ингибитора трипсина

18. Патогенетически обоснованными препаратами при лечении панкреатита являются:

- а) сульфаниламиды
- б) блокаторы H₂- рецепторов
- в) антихолинергические препараты
- г) сандостатин
- д) прокинетики

Занятие №4 по теме: *«Организация лечебно-профилактической помощи при патологии мочевыделительной системы в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение».*

Мотивация темы:

Болезни органов мочевой системы в структуре общей заболеваемости в России занимают восьмое место у детей и седьмое место среди подростков. Наблюдается высокий уровень распространенности данного заболевания среди детей, частое развитие осложнений. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий формирования патологии органов мочевого выделения, методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, вопросов диспансерного наблюдения и дальнейшей реабилитации, принципов преемственности медицинского обслуживания.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей;
- особенности клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции и секреции в возрастном аспекте;
- семиотику поражений мочевыделительной системы;
- клиническую картину заболеваний мочевыделительной системы;

- принципы функциональных и специальных методов исследований в детской практике;
- принципы лечения и диетотерапии больных с патологией почек на участке;
- основные рекомендации по диспансерному наблюдению таких больных на участке;
- особенности реабилитации детей с данной патологией;
- принципы работы врача-нефролога детской поликлиники.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез (биологический, генеалогический, социальный) и выделить факторы риска развития мочевыделительной патологии;
- клинически осмотреть больного с заболеванием мочевыделительной системы, выделить симптомы поражения;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- оценить результаты анализов: общего анализа крови; анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису-Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- назначить необходимые дополнительные (лабораторные, инструментальные и др.) исследования и оценить их результаты;
- поставить развернутый клинический диагноз в соответствии с классификацией;
- назначить лечение данному больному;
- выписать рецепты на медицинские препараты;
- составить план диспансерного наблюдения и последующей реабилитации больных с данной патологией;
- составить индивидуальный график профилактических прививок.
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112) и историю болезни ребенка;
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - больничные листы и справки;
- провести анализ показателей работы участкового педиатра.

Содержание обучения:

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с болезнями почек и мочевыводящей системы.
2. Показания к госпитализации.

3. Организация стационара на дому.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- учебные истории болезни;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
2. Назовите особенности клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции (глюкоза, аминокислоты, белок) и секреции у детей разного возраста.
3. Перечислите основные симптомы поражения мочевыделительной тракта у детей.
4. Перечислите факторы риска развития патологии мочевой системы в детском возрасте.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Перечислите основные этиологические факторы и клинические проявления инфекции мочевыводящих путей.
2. Какие дополнительные методы исследования используются для диагностики инфекции мочевыводящих путей?
3. Назовите основные принципы лечения инфекции мочевыделительного тракта.
4. Какие этиопатогенетические факторы развития гломерулонефрита у детей вы знаете?
5. Перечислите клинические формы гломерулонефрита у детей.
6. Назовите принципы этапного лечения, диспансерного наблюдения и дальнейшая реабилитация детей с гломерулонефритом.
7. Этиология, патогенез, клиника, классификация, диагностика пиелонефрита у детей.
8. Принципы лечения, диспансерного наблюдения больных с пиелонефритом.
9. Опишите схему патогенеза развития острой почечной недостаточности у детей.
10. Назовите классификацию и клинические признаки острой почечной недостаточности.
11. Укажите основные принципы лечения и диспансерного наблюдения за детьми острой почечной недостаточностью.

Хронокарта учебного занятия:

- переключки

5 мин

▪ проведение контроля базисных знаний	40 мин
▪ перерыв	15 мин
▪ разбор узловых вопросов темы	45 мин
▪ перерыв	15 мин
▪ практическая часть (работа с больными)	2 ч.
▪ итоговый тестовый контроль	15 мин

Блок информации

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ОГН)

– острое, циклически развивающееся после инфекции заболевание почек инфекционно-аллергического (иммуноаллергического) генеза, клинически проявляющееся различными синдромами (отеки, гипертония, гематурия).

В классификации ОГН один из четырех клинических синдромов определяет такие его формы:

- 1) *нефритический* (умеренные отеки, гипертония, мочевого синдром), являющийся классическим или типичным началом этой формы ГН;
- 2) *нефротический* (преобладание отеков, выраженная протеинурия – более 3 гр/сут);
- 3) *изолированный мочевого синдром* (без отеков и гипертонии);
- 4) *смешанный* (нефротический синдром с гематурией и гипертонией).

По активности процесса выделяют: период начальных проявлений, период обратного развития и переход в хронический ГН.

Состояние почек оценивается: без нарушения функции почек, с нарушением функции почек и ОПН.

При нефритическом синдроме отеки и гипертония выражены нерезко; постоянным симптомом является гематурия. Отеки появляются в области век (могут и отсутствовать), лицо становится пастозным, кожа – резко бледной. АД умеренно повышается, обычно к 8-10-му дню от начала болезни оно нормализуется. Выраженность гематурии бывает разной. Невысокой оказывается при этой форме и протеинурия (менее 3 гр/сут), которой свойственно быстрое снижение.

ОГН в форме нефротического синдрома встречается преимущественно у детей дошкольного возраста.

Клиника: распространенные отеки (вплоть до асцита); изменения мочи (высокая протеинурия, цилиндрурия – гиалиновая, зернистая и эпителиальная). Гематурия для этой формы ГН не характерна. Гипертония отсутствует или кратковременная. В крови обнаруживают гипопропротеинемию, содержание холестерина в плазме увеличивается. Наблюдается общая бледность кожных покровов.

ОГН с нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией наблюдается у детей старшего возраста (12-15 лет), по характеру течения и исходу является наиболее тяжелой формой ОГН.

Жалобы: сильная головная боль, одышка.

Клиника: стойкая гипертензия, отеки менее выражены, чем при нефротической форме, но отечный период более продолжительный; протеинурия, гематурия. В остром периоде заболевания наблюдается олигурия. Существует опасность развития ОПН. Постоянным симптомом является протеинурия, она может быть не очень массивной, но длительной. Отмечается гематурия или микрогемаурия. В осадке мочи обнаруживаются гиалиновые, зернистые цилиндры. В крови – гипопротеинемия, гиперхолестеринемия.

Прогноз болезни при наличии данного синдрома всегда серьезный.

Хронический ГН характеризуется длительным рецидивирующим или непрерывным течением. Формируется обычно к концу 1-го года заболевания ОГН при его неблагоприятном течении. К хронизации приводят: нарушения диетического и двигательного режимов, наслоение различных инфекционных заболеваний и др.

По характеру клинических проявлений, выделяют три формы хронического ГН:

- 1) нефротическая;
- 2) смешанная;
- 3) гематурическая.

Для *нефротической формы* характерны признаки нефротического синдрома: отеки различной степени выраженности, протеинурия, гипопротеинемия, гипер- α_2 -глобулинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия и липидемия. Осадок мочи – нормальный, гипертензия отсутствует. У большинства больных наблюдается высокоселективная протеинурия и нормальная функция почек. У некоторых детей может быть ограничение клубочковой фильтрации (50-70 мл/мин.) Течение нефротической формы хронического ГН чаще рецидивирующее.

Смешанная форма хронического ГН характеризуется признаками нефротического синдрома, гематурией с гипертензией. Длительная гипертензия сопровождается гипертрофией левого желудочка, иногда с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности и дисциркуляторной (сосудистой) энцефалопатии. Протеинурия превышает 2,5 гр. в сутки, неселективная, умеренное ограничение клубочковой фильтрация, рано появляется и обычно прогрессирует нарушение канальцевых функций, наблюдается анемия, течение заболевания – прогрессирующее.

Гематурическая форма проявляется только мочевым синдромом в виде гематурии без протеинурии или в сочетании с небольшой протеинурией, отеки и гипертензия отсутствуют, функции почек сохранены длительный период.

В зависимости от выраженности симптомов, выделяют следующие периоды:

- 1) обострения;
- 2) частичной ремиссии;
- 3) клинико-лабораторной ремиссии, при которой отсутствуют все симптомы болезни.

О выздоровлении при хроническом ГН можно говорить в случае сохранения полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 5-ти лет и более.

Хронический ГН может протекать без нарушения функции почек с нарушением их основных функций и хронической почечной недостаточностью.

Лечение острого, быстро прогрессирующего и хронического гломерулонефритов должно быть комплексным (режим, рациональная диета, медикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение) и индивидуальным.

1. Постельный режим составляет 2-3 недели.

2. Диета. В активной стадии исключается или ограничивается поваренная соль, уменьшается белковая нагрузка при сохранении достаточного калоража и жидкости. Бессолевая диета рекомендуется при олигоануриях, отеках и гипертензии. Жидкость назначается, по суточному диурезу предыдущего дня с учетом экстраренальных потерь. Ребенок должен получить за сутки не менее 500 мл. жидкости (с учетом приема пищи). Количество общего белка составляет 50-55 гр. в сутки; Калорийность сохраняется за счет увеличения углеводов и жиров.

При схождении отеков целесообразно обогащение диеты калием.

3. Антибиотики (пенициллинового ряда, макролиды, цеалоспорины II-III поколения) назначаются в средневозрастных дозах. При наличии симптомов почечной недостаточности, олигоанурии дозы антибиотиков уменьшаются до 1/-1/3 суточной дозы, так как возможна их кумуляция и возникновение побочных явлений. Длительность антибиотикотерапии 3-4 недели, каждые 8-10 дней необходимо менять антибиотик. Противопоказаны нефротоксичные антибиотики: гентамицин, тетрациклин, сизомицин, канамицин и т.д.

4. Препараты, улучшающие реологические свойства крови – дезагреганты (курантил, трентал), антикоагулянты (гепарин)

5. Глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон).

Наиболее распространенная схема – ежедневное назначение препарата в течение 1,5-2 мес. с последующим переходом на прерывистую терапию. Полная суточная доза преднизолона равна 1,5-2 мг/кг назначается в 3 приема в первую половину дня. Доза препарата уменьшается каждые 5-7 дней на 2,5-5 мг. Прерывистое лечение проводится с постепенным увеличением перерыва от 1 до 4 дней (3 дня больной получает препарат 4 дня – перерыв). Поддерживающая доза дается в один прием, утром.

6. Цитостатики (хлорбутин, циклофосфан, азатиоприн) применяются при лечении гормоноустойчивых формы ГН.

7. При отежном синдроме показаны диуретические препараты – салуретики: гипотиазид, фуросемид (лазикс), этакриновая кислота (урегит), клопамид, триамтерен, триампур, альдактон.

Помимо салуретиков, с диуретической целью можно использовать осмодиуретики: альбумин в/в 0,5-1,0 г/кг, 10-20 % раствор маннитола по 200-300 мл в сутки (из расчета 1 гр. вещества на 1 кг. массы тела), 20 % раствор глюкозы 10-15 мл/кг, в/в струйно, реополиглюкин 10-15 мл/кг.

8. При гиперазотемических синдромах также необходимы инфузионная терапия и щелочное питье, использование леспепфлана внутрь по 5-15 мл, 3-4 раза в сутки (возможно увеличение дозы) 3-4 недели или леспенефрила внутрь по 3-4 чайные ложки в день или в/м по 1 ампуле 2-3 раза в день 3-4 недели. Применяют при азотемиях унитиол и энтеросорбенты (энтеросгель, полифепан, смекту) в возрастных дозах.

9. При гипертензином синдроме назначают препараты: атенолол, эналаприл, рамиприл, каптоприл, капотен. Раннее применение гипотензивных средств на фоне лечебно-охранительного режима, резкого ограничения поваренной соли в диете дает возможность предотвратить развитие почечной эклампсии.

10. Иммуноаллергический компонент генеза гломерулонефритов диктует необходимость использования антигистаминных препаратов (диазолин, тавегил и т. д.) в возрастных дозах курсами по 3-4 недели.

11. Больным с гематурическими формами ГН назначают аскорутин, викасол, дицинон, аминокaproновую кислоту в возрастных дозах.

12. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются ингибиторами простагландинов и стабилизаторами клеточных мембран, подавляют действие гистамина, серотонина, брадикинина на ткани, обладают антитромботическим действием, иммуносупрессивной, антикомплементарной и фибринолитической активностью. НПВП используются в общепринятых дозах, курсами 4-6 недель (вольтарен (ортофен), диклофенак-натрий, индометацин, ибупрофен (бруфен)).

13. Мембраностабилизирующая и антиоксидантная терапия: димефосфон, липоевая кислота, алоэ, окись магния, эссенциале, карсил, унитиол, аевит, витамин В, оксигенотерапия).

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит (ПН) – неспецифическое микробно-воспалительное заболевание почек с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани почек.

Этиология: бактериальная инфекция: кишечная палочка, протей, стафилококк, энтерококки, микоплазмы, хламидии, вирусы (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы герпеса и парагриппа), клебсиелла, синегнойная палочка, стрептококк. Возросла этиологическая роль грибов.

Патогенез: развитие ПН возможно при наличии вирулентной и достаточно массивной инфекции, способной преодолеть порог индивидуальной сопротивляемости организма.

Основные факторы риска: наследственная предрасположенность, незрелость и нарушение дифференцировки почечной ткани; нарушение внутрпочечного кровотока и лимфотока; нарушение нормального оттока мочи; диффузия или сегментарная гипоплазия мышц мочеточника; снижение общей и местной иммунологической защиты; факторы, приводящие к тубулоинтерстициальным изменениям (кристаллурия, инфекции, нарушение гомеостаза, воздействие лекарственных препаратов); бактериальная аллергия.

В развитии вторичного ПН придается значение врожденным аномалиям почек и мочевых путей, ведущих к нарушению пассажа мочи и расстройству гемодинамики почки, первичным вторичным тубулопатиям; дизметаболическим нефропатиям, пузырно-мочеточниковому и другим рефлюксам.

Под первичным ПН понимают необструктивный процесс, под вторичным – обструктивный. Острый ПН характерен для первичного варианта болезни и, как правило, заканчивается через 4-6 недель полной клинико-лабораторной ремиссией (80-90 %). Хронический ПН диагностируется при сохранении болезни более 6 мес. от ее начала или при наличии за этот период не менее двух-трех рецидивов.

Клиника острого ПН.

У детей первого года жизни преобладает уриногенный путь распространения инфекции. ПН проявляется высокой температурой тела, явлениями диспепсии, расстройством стула, протекает под маской кишечного токсикоза или ОРВИ с преобладанием неврологической симптоматики (судороги, менингеальные симптомы). Такое течение заболевания связано со склонностью детей раннего возраста к генерализации воспалительного процесса. Дети беспокойны, особенно при мочеиспускании. Мочеиспускание бывает малыми порциями, слабой струей, с длительным опорожнением мочевого пузыря, сопровождающимся напряжением мышц живота – надлобковым напряжением. У грудных детей заболевание проявляется чаще в 4-5-месячном возрасте.

Начало острого ПН у детей старшего возраста проявляется высокой лихорадкой и нарушением общего состояния. Жалобы: головная боль, слабость, утомляемость. Живот при пальпации болезненный, особенно по ходу мочеточников, отмечается напряжение мышц брюшной стенки, боли в пояснице, симптом Пастернацкого – положительный. Появляются "тени" вокруг глаз, пастозность век и режее – голеней, явления дизурии и диспепсии. Бывают никтурия, энурез. Моча мутная, в ней содержится значительный осадок и хлопья, реакция – кислая. Характерная бактериурия – свыше 100 000 микробных тел в 1 мл мочи. В моче, независимо от возраста ребенка, превалируют нейтрофильная лейкоцитурия, вплоть до пиурии, содержится белок в пределах 1-2 % (в суточной моче – свыше 100 мг.),

определяются единичные свежие эритроциты, гиалиновые цилиндры, почечный эпителий. Относительная плотность мочи не нарушена. Гиперозотемия не возникает. Отмечается некоторое замедление секреторно-экскреторной функции канальцевого аппарата нефрона.

В крови определяются нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

На УЗИ в острой стадии воспаления – увеличение паренхимы почки, расширение лоханки. Увеличение размеров почки происходит за счет интерстициального отека. Видны увеличенные пирамиды мозгового слоя и утолщенный почечный синус.

Выделяют следующие основные синдромы острого ПН:

- синдром общей интоксикации,
- желудочно-кишечный,
- урологический,
- болевой,
- дизурический,
- мочевого.

Клиника хронического ПН зависят от формы (первичный или вторичный), стадии заболевания, течения процесса, степени распространения, одно- или двустороннего поражения почек.

Клиническая картина (основные признаки):

- интоксикация (гипертермия без катаральных явлений, головная боль, слабость, снижение аппетита, "тени" под глазами);
- боли в животе и/или пояснице;
- болезненность при пальпации области почек, мочеточниковых точек.
- болезненность при поколачивании по пояснице;
- нарушение мочеиспускания.

Варианты течения ПН:

- острое манифестное начало;
- постепенное появление признаков заболевания;
- латентное малосимптомное течение.

Кардинальные признаки заболевания:

- анамнестические данные (дизурия, поллакиурия, боль и напряжение в боку, лихорадка, приступы гиперпирексии без локальных симптомов);
- болезненность при пальпации почек;
- нарушение концентрационной способности почек;
- бактериурия;
- патологический мочевого осадок;
- рентгенологические изменения, по данным экскреторной, ретроградной урографии, селективной ангиографии и цистоуретрографии.

Обязательные клиничко-лабораторные методы:

- клиническое обследование;
- оценка физического развития;
- измерение артериального давления;
- клинический анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышение СОЭ)
- клинический анализ мочи (лейкоцитурия свыше 10 лейкоцитов в поле зрения);
- посев мочи – бактериурия, бактериальное число выше 100 000 микробных тел в 1 мл. мочи);
- проба Зимницкого – нарушение ритма мочеотделения, могут быть нарушения способности концентрировать и разводить мочу;
- исследование суточной экскреция солей (оксалаты, ураты, кальций, фосфаты).

Обязательные специальные методы диагностики:

- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с оценкой положения, размеров, формы и структуры органов;
- микционная цистоуретрография;
- экскреторная урография.

Лечение.

1. Режим:

- а) постельный – при наличии интоксикации, гипертермии, озноба, болевого синдрома, выраженных дизурических расстройств. Длительность 3-5 дней.
- б) палатный – при нормализации температуры, уменьшении или ликвидации экстраренальных симптомов, улучшении мочевого осадка – 3-5 дней.
- в) общий – при ликвидации экстраренальных симптомов и значительном улучшении мочевого осадка.

2. Диета: при экстраренальных проявлениях назначают стол с умеренным ограничением белка (1,5 г/кг) и натрия хлорида (2-3 гр. в сутки). Дополнительный прием жидкости: до 7 лет 500-700 мл.; 7-10 лет – 700-1000 мл.; старше 10 лет – 1,0-1,5 л. – клюквенный или брусничный морс, отвар из сухих яблок и груш. В зависимости от реакции мочи, рекомендуется чередование белковой (подкисляющей) и растительной (подщелачивающей) пищи каждые 3-5 дней. Это создает неблагоприятные условия для роста бактерий.

3. Антибактериальная терапия:

При экстраренальных признаках и высокой параклинической активности (повышение СОЭ выше 30 мм/ч, лейкоцитурия более 100 лейкоцитов в п/зр, бактериурия свыше 100 000 микробных тел в 1 мл.) до получения ответа посева мочи на чувствительность назначают полусинтетические пенициллины в сочетании с уросептиком (фурагин). Длительность терапии 10-14 дней.

При установлении грамотрицательной флоры (кишечная палочка, энтерококки, клебсиеллы, сальмонеллы, протей, синегнойная палочка) следует назначать:

- Цефазолин (кефзол) 20-40 мг/кг в сутки, в 2 введения;
- Цефалексин 25-50 мг/кг в сутки, в 4 введения;
- Цефуроксим 30-100 мг/кг в сутки, в 3 введения;
- Цефаклор 20 мг/кг в сутки, в 3 введения;
- Цефотаксим (клафоран) 50-100 мг/кг в сутки, в 2-4 введения;
- Цефтризоксим (эпоцеллин) 1,0-2,0 мг в сутки, в 2-4 введения;
- Рулид (рокситромицин) 1/2 таблетки 2 раза в сутки.

При рецидивирующей инфекции и наличии смешанной флоры допустима комбинация двух антибиотиков или лучше – антибиотика с антибактериальным препаратом:

- 5-нок (нитроксолин) оказывает противовоспалительный и противосклеротический эффект, 5-10 мг/кг в сутки, в 4 приема, перорально, после еды.
- Грамурин – эффективен против протей, кишечной палочки, золотистого стафилококка. Детям от 2-х до 12 лет и взрослым по 2 таблетки (0,5 гр.) 3 раза в день, перорально, после еды. Курс лечения от 7-10 дней до 2-4 недель.
- Палин – при смешанной инфекции 1 капсула 2 раза в день перорально, после еды.
- Бактрим (бисептол) – детям 2-5 лет по 2 таблетки (120 мг.) 2 раза в день, 6-12 лет 4 таблетки (120 мг.) – перорально, до еды. Возможно образование кристаллов препарата в канальцах нефронов, поэтому проводят профилактику.
- Нолицин – по 0,5 таблетки, 2 раза в день, перорально, после еды.
- Норбактин – по 1/3-1/2-1 таблетке, 2 раза в сутки, перорально, после еды.
- Нитрофурановые препараты (фурагин, фурадонин) 5-8 мг/кг массы тела в сутки, в 3-4 приема, перорально, после еды. Назначаются реже, так как дают многочисленные побочные эффекты. Курс лечения 7-10 дней, при необходимости повторяют после 10-15-дневного перерыва.

Лечение одними антибиотиками продолжается в течение 4-х недель со сменой препарата каждые 8-10 дней. При отрицательной двух-трехкратной бактериурии лечение продолжают одним из антибактериальных препаратов такими же циклами (8-10-ти дней), всего – до 4-6 недель.

После 4-6 недель непрерывного лечения продолжают лечение амбулаторно или в санатории прерывистым курсом 10-12 дней в мес.) 3 мес. Каждый раз препараты меняются, параллельно назначается фитотерапия. При вторичных ПН, в период обострения, лечение ведется аналогично острому, затем прерывистый курс продолжается до 6 мес.

4. Детоксикационная терапия: проводится у детей с тяжелой формой заболевания. Назначают в/в капельно 10 % раствор глюкозы (10 мл/кг), реополиглюкин (из расчета 10-20 мл/кг сутки) и в конце вливания – лазикс (фуросемид) в дозе 1 мл/кг. Внутрь показаны натуральные соки, компоты, кисели, отвары шиповника, минеральные воды (Трускавецкая, Боржоми, Эссентуки и т. д.).

5. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Назначаются десенсибилизирующие препараты (диазолин, тавегил, супрастин, фенкарол, пипольфен) в возрастных дозах, непрерывным курсом 3-4 недели, в активный период заболевания.

6. Антиспастическая терапия: рекомендуется при болевом синдроме (но-шпа в дозе 1 мг/кг в сутки; баралгин, максигам); длительность – 3-5 дней. Показано применение эуфиллина в возрастной дозе в/в.

7. При наличии иммунодефицита назначаются иммуномодулирующие средства под контролем иммунограммы.

8. Активаторы внутриклеточного обмена и мембраностабилизирующие средства – витамины А, группы В, Е, АТФ, кокарбоксилаза, 2,5 % раствор ксидифона, 15 % раствор димефосфона, унитиол в возрастной дозе, курсами 3-4 недели (2-3 раза в год при хроническом ПН). При дизметаболических нарушениях используют эссенциале, магния оксид в течении 2-3-х недель.

Задание для самостоятельной работы:

4. Осмотрите больного с заболеванием мочевыделительной системы, опишите в своей рабочей тетради выявленные особенности анамнеза, изменения в состоянии здоровья пациента.

5. Составьте индивидуальный план диспансеризации больного, заполните контрольную карту диспансерного наблюдения (ф.30).

3. Решите ситуационные задачи и тесты.

Задача №1

Миша М. 7 лет, жалобы по поводу легкой пастозности на лице по утрам, головную боль. Из анамнеза выяснено, что 3 недели назад ребенок перенес скарлатину. При осмотре отмечается бледность кожных покровов, пастозность век, АД- 130/85 мм рт.ст. тоны сердца ясные ритм сохранен. Над легкими аускультативно пуэрильное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Диурез и стул без изменений.

Общий анализ крови: Нв – 115 г/л, эр- $4,1 \times 10^{12}$ /л, лей – $7,2 \times 10^9$ /л, э-4%, п-3%, с-59%, л-32%, м-2%.

Общий анализ мочи: кол-во – 70,0 мл, уд. вес- 1018, белок-1,5% о, эр- сплошь в поле зрения, лейкоциты – 5-3-0-3 в поле зрения.

1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Составьте план лечения и диспансеризации.

Задача №2

Родители обратились к врачу с жалобами на то, что их дочь 4 лет страдает недержанием. При дополнительном исследовании выявлена выраженная лейкоцитурия.

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз. 2. Наметьте план обследования ребенка. 3. Составьте план лечения и диспансеризации на участке.

Задача № 3

Больной 7 лет, обратился в поликлинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 г, длина 50 см, Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническим тонзиллитом, частыми ОРВИ.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При осмотре состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная, АД 130/85 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл- моча красного цвета,

Общий анализ крови: НЬ - 125 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $12,3 \times 10^9$ /л, п/я - 5%. с - 60%, э - 5%, л - 24%. м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1,023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4 в п/з, белок - 0,99‰.

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки распложены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

Задание: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования. 3. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек? 4. Какое лечение необходимо назначить? 5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным.

Задача № 4

Ребенок 7 лет с жалобами на отеки, редкое мочеиспускание.

Ребенок от третьей беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, третьих срочных родов. Масса тела при рождении 3500 г. длина 53 см. Раннее развитие без особенностей. Отмечались частые респираторные заболевания. Детскими инфекциями не болел. Наследственность не отягощена.

Болен с 2-х летнего возраста, когда после перенесенного ОРВИ появились распространенные отеки на лице, конечностях, туловище. Был госпитализирован по месту жительства, лечение преднизолоном было эффективным. Дважды после ОРВИ отмечалось обострение заболевания. В связи с недостаточным эффектом от проводимой терапии госпитализирован в нефрологическое отделение РДКБ.

При осмотре: состояние тяжелое. Отмечаются распространенные отеки на лице, туловище, конечностях, свободная жидкость в брюшной полости, в полости перикарда. Выражены признаки экзогенного гиперкортицизма. Аускультативно: дыхание проводится во все отделы, ослаблено в задненижних отделах, рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, левая - на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС –128 уд/мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Живот резко увеличен в объеме, выражены симптомы асцита. Печень +5 см из-под реберной дуги. Диурез - 120-150 мл/сут.

Общий анализ крови: НЬ - 111 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк – $13,1 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 53%, э - 2%, л - 38%, м - 2%, СОЭ - 32 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - кислая, белок - 3,3‰, лейкоциты -3-5 в п/з. цилиндры: гиалиновые - 5-6 в п/з, зернистые - 3-4 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 35 г/л, альбумины -45%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 15%, бета - 10%, гамма - 25%, креатинин - 60 ммоль/л, мочевины - 6,2 ммоль/л, калий - 4,5 ммоль/л, кальций -1,8 ммоль/л.

Задание: 1. Полный клинический диагноз. Обоснование диагноза. **2.** Каковы этиологические факторы данного заболевания? **3.** Расскажите о патогенезе отеков при данной форме заболевания. **4.** Какие исследования необходимы больному для уточнения функции почек? **5.** Назначьте лечение. Опишите диету, необходимую данному больному. **6.** Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №5

Девочка 9 лет, обратилась к врачу по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 г, длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергоанамнез не отягощен.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура

повысилась до 39°C. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°C. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: НЬ - 140 г/л, Эр - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,5 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09‰, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты - 1 в п/з, соли - оксалаты. бактерии - много.

Биохимический анализ крови: общий белок - 72,0 г/л, СРБ - +++, серомукоид - 0,3, мочевины - 4,3 ммоль/л.

УЗИ почек: почки расположены правильно, левая - 107x42x13 мм, правая - 94x37x13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.

Задание: 1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза? **2.** Опишите этиологию и патогенез данного заболевания. **3.** Составьте план дальнейшего обследования ребенка. **4.** Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза. **5.** Перечислите функциональные методы исследования почек. **6.** Какова врачебная тактика ведения ребенка? **7.** Составьте план диспансерного наблюдения.

Тестовые задания

1. Проба по Зимницкому позволяет оценить:
 - а) концентрационную функцию почек
 - б) фильтрационную функцию почек
2. При пиелонефрите поражается:
 - а) слизистая оболочка мочевого пузыря
 - б) кровеносная и лимфатическая система почек
 - в) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций
 - г) клубочек
3. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита:
 - а) более 3 мес
 - б) более 6 мес
 - в) более 1 года
4. При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможно проведение:
 - а) урографии
 - б) цистографии
 - г) УЗИ почек

- д) радиоизотопного исследования почек
 - е) ангиографии
5. Прием жидкости при пиелонефрите:
- а) ограничивается
 - б) повышается
6. Для пиелонефрита характерны:
- а) симптомы интоксикации
 - б) повышение температуры
 - в) боли при мочеиспускании
 - г) боли в поясничной области
 - д) отеки
7. Лабораторные изменения при пиелонефрите:
- а) бактериурия
 - б) гематурия
 - в) цилиндрурия
 - г) протеинурия
 - д) лейкоцитурия
 - е) азотемия
8. В лечении пиелонефрита используются:
- а) мочегонные
 - б) уросептики
 - в) гипотензивные препараты
 - г) антибиотики
 - д) антиагреганты
 - е) глюкокортикоиды
9. При остром гломерулонефрите поражается:
- а) интерстициальная ткань почек
 - б) клубочек
 - в) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстиций
 - г) корковое и мозговое вещество почек
 - д) слизистая оболочка мочевого пузыря
10. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом применяется:
- а) гидрокортизон
 - б) делагил
 - в) преднизолон
 - г) капотен
11. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом характеризуется:
- а) умеренными отеками
 - б) лейкоцитурией
 - в) протеинурией

- г) азотемией
 - д) гематурией
 - е) гиперлипидемией
 - ж) гипертонией
12. Олигурией называется снижение диуреза от суточных возрастных норм:
- а) на 1/3
 - б) на 2/3
 - в) на 1/2
13. Нефротический синдром характеризуется:
- а) выраженной протеинурией
 - б) гипопротеинемией
 - в) гипертонией
 - г) гиперлипидемией
 - д) отеками
 - е) гематурией
14. Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерны:
- а) гипотония
 - б) выраженные отеки
 - в) гипертония
 - г) незначительные отеки
 - д) гиперлипидемия
 - е) нормальный уровень холестерина
 - ж) гематурия
15. Низкие показатели удельного веса мочи обозначаются как:
- а) гиперстенурия
 - б) гипостенурия
 - в) изостенурия
 - г) олигурия
16. Для цистита характерны следующие симптомы:
- а) интоксикация
 - б) гипертермия
 - в) боли при мочеиспускании
 - г) боли в поясничной области
 - д) лейкоцитурия
 - е) бактериурия
17. При нефротической форме гломерулонефрита отеки имеют следующие характеристики:
- а) распространенные
 - б) пастозность век и голеней
 - в) «мягкие»

Занятие №5 по теме: «Организация лечебно-профилактической помощи при патологии эндокринной и нервной систем в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение».

Мотивация темы:

Болезни эндокринной и нервной системы в структуре соматической патологии занимают одно из первых мест у детей младшего возраста; за последнее время наблюдается заметный рост данной заболеваемости и у школьников. Основная роль в наблюдении, лечении, оздоровлении детей с эндокринной и нервной патологией отводится специалистам амбулаторно-поликлинической службы. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий приводящие к заболеваниям эндокринной и нервной системы, методов клинической, лабораторной, инструментальной диагностики, диспансеризации, реабилитации больных.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей;
- факторы риска развития патологии нервной системы;
- методы исследования и семиотику поражения ЦНС;
- клиническую картину наиболее распространенных заболеваний ЦНС в детском возрасте;
- принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных с патологией ЦНС;
- анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей;
- методы исследования и семиотику поражения эндокринной системы;
- клиническую картину эндокринных заболеваний в детском возрасте;
- принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения больных с эндокринной патологией;
- основные обязанности невропатолога и детского эндокринолога детской поликлиники;
- правила оформления инвалидности на ребенка с патологией нервной и эндокринной системы.

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития

- ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
 - провести клиническое обследование ребенка с заболеванием нервной и эндокринной системы: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
 - назначить необходимое дополнительное обследование ребенку с заболеванием нервной или эндокринной системы, дать оценку полученным результатам;
 - поставить развернутый клинический диагноз в соответствии с классификацией;
 - назначить лечение и диету больным с данной патологией;
 - составить план диспансерного наблюдения и реабилитации;
 - оценить результаты клинических анализов мочи и крови;
 - оценить результаты биохимических анализов крови;
 - произвести расчет и коррекцию питания детей с эндокринными заболеваниями различных возрастов;
 - составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
 - составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
 - выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
 - владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
 - оказать неотложную помощь при судорогах;
 - оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - медицинскую справку на ребенка – инвалида детства;
 - больничные листы и справки;

Студент должен ознакомиться:

- с задачами, методами и принципами организации работы невропатолога детской поликлиники;
- со структурой неврологической заболеваемости данной поликлиники;
- с задачами, методами и принципами организации работы врача-эндокринолога детской поликлиники;
- со структурой эндокринной заболеваемости данной поликлиники;

Содержание обучения:

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с патологией эндокринной и нервной систем.
2. Показания к госпитализации.

3. Организация стационара на дому.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Назовите анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей.
2. Нервно-психическое развитие детей в возрастном аспекте.
3. Какова роль воспитания и обучения в становлении нервно-психических функций.
4. Какие основные методы обследования и семиотика поражения нервной системы в детском возрасте вы знаете?
5. Назовите факторы риска поражения ЦНС у детей.
6. Анатомо-физиологические особенности эндокринной системы у детей.
7. Особенности углеводного, белкового и жирового обмена у детей
8. Особенности водно-электролитного обмена у детей.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите клинические проявления основных поражений нервной системы в неонатальном периоде.
2. Назовите факторы этиологии и патогенеза судорожного синдрома у детей.
3. Каковы основные клинические проявления судорожного синдрома в детском возрасте?

4. На чем основана диф. диагностика судорожных состояний у детей?
5. Назовите основные принципы противосудорожной терапии.
6. Назовите особенности диспансеризация детей с судорожным синдромом в анамнезе на участке.
7. Опишите основные звенья этиопатогенеза сахарного диабета у детей.
8. Перечислите клинические проявления и осложнения сахарного диабета у детей.
9. Какое лечение требуется больным сахарным диабетом I типа?
10. Назовите принципы диспансерного наблюдения и лечения больных сахарным диабетом в условиях поликлиники.
11. Этиология, патогенез заболеваний щитовидной железы.
12. Опишите основные клинические проявления патологии щитовидной железы.
13. Какова лечебная тактика участкового педиатра при работе с этими больными?
14. Как больные с патологией щитовидной железой наблюдаются в детской поликлинике?
15. Этиология, патогенез, клинические проявления нарушений полового развития (задержка, преждевременное).
16. Методы лечение, принципы диспансеризация больных с нарушениями полового развития на участке.

Хронокарта учебного занятия:

• переключки	5 мин
• проведение контроля базисных знаний	40 мин
• перерыв	15 мин
• разбор узловых вопросов темы	45 мин
• перерыв	15 мин
• практическая часть (работа с больными)	2 ч.
• итоговый тестовый контроль	15 мин

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Диспансеризация и особенности ведения на участке детей с синдромом гипергликемии. Основная причина развития гипергликемических состояний - нарушения промежуточного обмена углеводов при сахарном диабете. Важнейшим симптомом является полиурия на фоне неукротимой жажды. Диабет «помолодел» и участился, до 5% в популяции. Помимо жажды дети постоянно испытывают голод, но при этом худеют. Типична триада: полидипсия, полифагия, полиурия.

Заболевание в 50% случаев имеет наследственную связь. Провоцировать диабет могут перекармливание углеводами и жирами, психическая травма, сопутствующее заболевание, острое заболевание. Инфекции на фоне диабета текут тяжелее. Основа сахарного диабета - инсулиновая недостаточность. Она может

быть первичной (при органическом или функциональном поражении инсулярного аппарата поджелудочной железы) или вторичной (аутоиммунная или при повышении активности инсулиназы, избыточном образовании АКТГ, соматотропного гормона, стероидных глюкокортикоидных гормонов надпочечников). Наиболее важным моментом в нарушении обмена глюкозы при инсулиновой недостаточности является нарушение способности глюкозы проникать через мембраны клеток и вступать в контакт с ферментом гексокиназой, которая определяет дальнейшее превращение глюкозы в клетках любых органов.

Отсюда высокий уровень глюкозы сначала в крови (гипергликемия), а затем и в моче (глюкозурия). Одновременно определяется повышенный распад гликогена в глюкозу (гликогенолиз) и патологическое образование глюкозы из белков и жиров - неогликогения. Параллельно нарушению углеводного обмена страдает и жировой обмен с появлением большого количества кетонных тел (кетоз), что и обуславливает гипергликемическую кому.

Основой диагноза сахарного диабета является стандартная проба на толерантность к глюкозе (сахарная кривая) после однократной нагрузки глюкозой в дозе 1,75 г/кг (не более 75 г). Проводят пробу только после определения гликемии натощак (не более 6,7 ммоль/л) и при отсутствии глюкозы в моче. Сахарная кривая у детей с диабетом имеет типичный вид: после введения глюкозы сахарная кривая поднимается значительно выше нормы, через 2 часа не возвращается к норме, а только достигает максимума, не возвращается к исходному уровню дольше 4-5 ч.

Манифестный сахарный диабет при наличии классических симптомов диагностируется при глюкозурии более 2 % и гипергликемии более 11,1 ммоль/л в любой порции крови. Дополнительно исследуют гематокритное число, НЬ, показатели КОС, калия и натрия сыворотки.

Наибольшее значение для адекватной терапии имеет дифференциальная диагностика различных вариантов коматозных состояний - самого грозного осложнения диабета. Другими осложнениями сахарно диабета могут быть:

- жировая дистрофия печени из-за нарушения обмена липидов;
- диабетическая микроангиопатия, которая проявляется диабетической нефропатией, ретинопатией вплоть до слепоты, ангиопатией нижних конечностей с «диабетической стопой».
- Диабетические энцефалопатия, энтеропатия, артропатия, полинейропатия.

Лечение сахарного диабета основано на заместительной инсулино терапии в сочетании с диетой и дозированной физической нагрузкой. Препараты инсулина подбирают индивидуально. Они могут быть короткого, полупродленного и продленного действия.

Современное лечение диабета требует постоянного самоконтроля в

домашних условиях, хорошей информированности родителей и самого больного ребенка. Этой цели служат организованные повсеместно «школы диабета». Залогом успешной инсулинотерапии является правильно организованная диета. Она должна быть физиологичной по калорийности, белкам, жирам и углеводам.

Исключают легкоусваиваемые углеводы (сахар, мед, конфеты, виноград, бананы, хурма, манная и рисовая крупы, крахмал). Замена на углеводы с клетчаткой (картофель, овощи, фрукты, ягоды, грубые крупы). Диета должна быть фиксированной по времени и количеству и строго контролируемой. Расчет ведется по так называемым «хлебным единицам» - 12 г съеденных углеводов (1 ед.) требует введения 1,3 ЕД инсулина. Такой расчет позволяет использовать таблицы эквивалентной замены продуктов по углеводам, проводить расчет дозы инсулина самостоятельно, варьировать режим его введения в зависимости от обстоятельств, т.е. вести нормальный образ жизни. Если больного с сахарным диабетом не лечить, финалом будет развитие диабетического кетоацидоза, т.е. комы.

Лечение гипогликемии зависит от степени ее тяжести. При легкой степени (когда больной может распознать это состояние и оказать себе помощь) необходим прием 2 хлебных единиц (сахар, хлеб). Одна хлебная единица увеличивает сахар крови на 1,5 ммоль/л. При средней степени гипогликемии (больной в сознании, но выводится из этого состояния окружающими) тактика аналогичная.

Диспансеризация. Частота осмотров педиатра, эндокринолога 1 раз в месяц. Осмотр окулиста, невролога, стоматолога 2 раза в год. Осмотр ЛОР-врача 1 раз в год. Осмотр гинеколога, фтизиатра по показаниям. Обучение по программе «Школа диабета» 15-20 ч для больных с впервые, выявленным сахарным диабетом, впоследствии 2 ч ежегодно. При диспансеризации проверяют ведение дневника самоконтроля, умение пользоваться тест-полосками, глюкометрами. Проводится анализ профиля гликемии по дневнику. Очень важно своевременное выявление осложнений заболевания (микроангиопатий, нейропатий), наличия липодистрофий, хайропатии. Дополнительные методы обследования. Определение глюкозы крови и мочи, ацетона крови и мочи; гликированного гемоглобина HbA_{1c} (норма 6-7%), липидограммы и протеинограммы 1 раз в 3 мес; определение микроальбуминурии 1 раз в 3 мес; остроты зрения и глазного дна 1 раз в 3 мес ЭКГ, реоэнцефалография, реовазография 1 раз в 6 мес; трансаминазы, общий анализ крови и мочи 1 раз в 6 мес. Рентгенография органов грудной клетки 1 раз в год. В плане диспансеризации предусматривается санаторно-курортное лечение в стадии компенсации. С диспансерного учета дети не снимаются.

Диспансеризация и особенности ведения на участке детей с гипотиреозом.

Гипотиреоз – клинический синдром, обусловленный сниженной продукцией тиреоидных гормонов или отсутствием чувствительности к ним в тканях. Может развиваться вследствие поражения щитовидной железы - первичный, гипофиза -

вторичный, гипоталамуса - третичный гипотиреоз. Все формы могут быть врожденными и приобретенными. Но уровень гормонов может быть нормальным, гипотиреоз в этом случае связан с нечувствительностью к гормонам. Клиника гипотиреоза может быть и транзиторной, в периоде новорожденности ею могут сопровождаться заболевания с проявлениями желтухи, анемии, энцефалопатии, гидроцефалии, кишечной непроходимости, сепсиса, внутриутробной инфекции. Врожденный гипотиреоз является результатом порока развития щитовидной железы - гипо- или аплазии, генетически детерминированным нарушением синтеза гормонов щитовидной железы, а также наследственным дефектом рецепторов к T_3 , T_4 , ТТГ. Это чаще наследственная патология ферментативной системы, приводящая к нарушению синтеза тиреоидных гормонов, тиреоглобулина; нарушен захват йода и его органификация, может быть дисгормоногенез. При всех формах врожденного гипотиреоза недостаток тиреоидных гормонов у плода приводит к нарушению дифференцировки мозга, уменьшению количества нейронов, нарушению миелинизации нервных волокон. Эти изменения практически необратимы, если лечение не начато в первые 4-6 нед. При врожденном гипотиреозе сложность подходов к лечению состоит в том, что лечить надо начинать рано, а симптоматика развивается постепенно, особенно у детей на естественном вскармливании, так как в грудном молоке содержится достаточно много тиреоидных гормонов, но недостаточно для полной компенсации заболевания.

Дети рождаются крупными, поведение изменено (сонливы, заторможены, малоэмоциональны), выражены нарушения дыхания (вплоть до апное), отмечается позднее отхождение мекония и отпадение пуповины, запоры, вздутие живота, мышечная гипотония.

К 3-4 мес развертывается полная клиническая картина гипотиреоза отставание в росте, массе, но из-за муциновых отеков ребенок не выглядит худым. Характерно лицо - узкие глазные щели, плоская широкая переносица, отечные веки, утолщенный, не помещающийся во рту язык, грубый голос. Психомоторное развитие резко задерживается, зубы прорезаются поздно. Кожа сухая, шершавая, холодная. Живот вздут, запоры, пупочные грыжи. Границы сердца умеренно расширены, тоны глухие, брадикардия, АД снижено, систолический шум, стридорозное дыхание.

Особую важность имеет ранняя диагностика гипотиреоза. Возможен скрининг на 3-5-й день жизни. При этом определяют ТТГ и T_4 в эритроцитах капиллярной крови на фильтровальной бумаге. Если скрининга нет, необходимо обследовать детей с периода новорожденности, имеющих хотя бы 2 симптома из перечисленных.

Подтверждают диагноз гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, изменения на ЭКГ (снижение вольтажа QRS, брадикардия), задержка темпов окостенения, наличие нормохромной анемии.

Лечение - заместительная терапия тироксином. Дополнительно назначают витамины А, В₁₂, нейротрофики (пирацетам, церебролизин, пантогам). Лечение длительное, под контролем ТТГ.

Диспансеризацию осуществляют педиатр и эндокринолог. Она предполагает 2 этапа.

Дополнительные методы обследования. При ТТГ >50 мкЕд/л на первом этапе повторные контрольные исследования ТТГ, Т₃, Т₄ в сыворотке крови проводятся в 14 дней, через 4-6 нед, далее ежеквартально до 1 года. В 6 мес проводится дополнительный контроль костного возраста. При подтверждении диагноза врожденного гипотиреоза – лабораторные исследования в 18 месяцев ТТГ, Т₃ Т₄, общий анализ крови, протеинограмма, липидограмма, далее – 1 раз в 6 мес лабораторное обследование, 1 раз в год определение костного возраста, проведение аудиограммы, неврологический, психический статус (оценка психомоторного и интеллектуального развития), осмотр окулиста.

1 этап - родильный дом. Проводится скрининг-тест на гипотиреоз. При отсутствии возможности скрининг-теста в родильном доме для ранней диагностики гипотиреоза используется клиническая балльная шкала:

- пупочная грыжа - 2 балла;
- отечное, типичное лицо - 2 балла;
- запоры - 2 балла;
- женский пол - 1 балл;
- бледность и гипотермия кожных покровов - 1 балл;
- увеличенный язык - 1 балл;
- мышечная гипотония - 1 балл;
- желтуха более 3 дней - 1 балл;
- шелушение и сухость кожных покровов - 1 балл;
- открытый задний родничок - 1 балл;
- беременность более 40 нед - 1 балл;
- вес при рождении более 3500 г - 1 балл.

При сумме баллов более 5 необходимо исключить гипотиреоз.

II этап - педиатрический участок Осмотр и обследование в возрасте: 14 дней, через 4-6 нед, далее ежеквартально на первом году жизни, до 3 лет 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год. Осмотр невролога в 1 и 2 года, психиатра в 3 года. Осмотр окулиста в 2 и 3 года, сурдолога в 2 года. Далее специалисты осматривают ребенка ежегодно.

Рекомендуется электромиография, реоэнцефалография, реовазография в 8-10 лет. Наблюдение постоянное до перевода во взрослую поликлинику.

Диспансеризация и особенности ведения на участке детей с эндемическим (йоддефицитным) зобом. Эндемический зоб - это проявление йодной недостаточности. Формирование зоба является компенсаторной реакцией,

направленной на поддержание гомеостаза тиреоидных гормонов в организме. Спектр клинических проявлений зависит от времени возникновения дефицита:

- плод: аборт, мертворожденные, врожденные аномалии, повышенная перинатальная смертность, неврологический кретинизм (отсутствие или задержка психоневрологического развития, глухонмота, спастическая диплегия) или микседематозный кретинизм (к вышеперечисленным признакам присоединяется карликовость, отеки);
- новорожденные: повышенная заболеваемость (асфиксия, инфекции и др.) и смертность, врожденный зоб, врожденный гипотиреоз;
- дети и подростки: зоб, ювенильный (субклинический) гипотиреоз.

В условиях дефицита йода возможно формирование гипотиреоза. Клинический гипотиреоз проявляется минимальными клиническими симптомами – снижением интеллекта, успеваемости, вялостью зябкостью, сонливостью, повышенной заболеваемостью, снижением физического и полового развития, сухостью кожных покровов, симптомами астенизации, умеренной артериальной гипотензией, склонностью к запорам, незначительным снижением T_4 и умеренным повышением ТТГ.

Размеры щитовидной железы:

- 0 степень - зоба нет;
- I степень - зоб не виден, но пальпируется;
- II степень - зоб виден на глаз и пальпируется.

Для точного определения размеров щитовидной железы показано проведение УЗИ (определяется объем в миллилитрах).

Диспансеризацию проводят педиатр, эндокринолог с частотой осмотров 1 раз в 6 мес. Перед каждым диспансерным осмотром проводят дополнительные методы обследования. Определяют уровень тиреоидных гормонов ТТГ, T_3 , T_4 биохимические показатели: липидограмма протеинограмма, сахар крови натощак, уровень йодурии. Обязательны общий анализ крови, мочи, измерение АД, подсчет пульса, ЭКГ. Оценивается физическое развитие, состояние функции щитовидной железы (эутиреоз, гипотиреоз субклинический). УЗИ определяют размеры щитовидной железы (объем), эхогенность ткани щитовидной железы. При диспансеризации дают рекомендации по профилактике йоддефицита (употребление йодированной соли, хлеба, молочных продуктов, обогащенных йодидом, применение йодомарина в дозе 150 мкг в сутки утром, во время беременности - 200 мкг в сутки).

Лечение. В случае выявления субклинического гипотиреоза назначается левотироксин в малых дозах в сочетании с йодомарином. В состоянии эутиреоза рекомендуют прием йодомарина в возрастной дозе: до 6 лет - 90 мкг, до 10 лет - 120 мкг, в пубертатном периоде - 150 мкг утром до еды. С диспансерного учета дети не снимаются.

Диспансеризация и особенности ведения на участке детей с ожирением. Ожирение - патологический избыток триглицеридов в организме, приводящий к увеличению массы тела на 10% и более от средних нормальных величин.

К развитию ожирения приводит несоответствие между калоражем пищи и энергозатратами организма. Предрасполагающими факторам к развитию ожирения могут быть:

- наследственная особенность рецепторов клеточных мембран, оказывающих влияние на скорость липолиза и липогенеза;
- врожденная повышенная активность ферментов и липогенеза и сниженная активность ферментов липолиза;
- нарушение функции вентролатеральных и вентромедиальных ядер гипоталамуса, регулирующих аппетит и насыщение;
- заболевания эндокринных желез;
- постоянное переедание, избыточное количество углеводов в пище, гиподинамия.

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

Различают 4 степени ожирения: I степень (избыток массы 10-29%), II степень (30-49%), III степень (50-99%), IV степень (более 100%).

Диспансеризацию проводят педиатр, эндокринолог с частотой остров 1 раз в 3 мес, далее 1 раз в 6-12 мес Осмотр окулиста, невролога 1 раз в год, гинеколога по показаниям.

Дополнительные методы обследования. Определение глюкозы крови и мочи натощак, кортизола, АКТГ, половых гормонов; сахарная кривая, липидограмма, УЗИ печени, желчного пузыря, исследование глазного дна и полей зрения, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга, краниограмма (турецкое седло) 1 раз в 6-12 мес.

Критерии эффективности диспансеризации. Нормализация массы тела, регрессивное течение заболевания. Отсутствие симптомов осложнения ожирения. Нормальное половое развитие. Снимается с учета по нормализации массы. При осложненных формах (диэнцефальный синдром и др.) диспансеризация может быть продолжена до перевода под наблюдение терапевта-эндокринолога.

Диспансеризация и особенности ведения на участке детей с гипофизарной карликовостью. Гормональная регуляция процессов роста осуществляется взаимодействием соматотропина, тиреоидных гормонов, инсулина, глюкокортикоидов, половых гормонов, инсулиноподобного ростового фактора 1 и 11. Основные эффекты соматотропного гормона (СТГ) на уровне костной ткани состоят в стимуляции роста хрящей за счет индуцирования включения сульфата в протеингликаны, стимуляции синтеза белка, индуцирования митоза клеток. Эти эффекты СТГ опосредуются через факторы роста. Дефицит роста развивается вследствие первичного нарушения секреции СТГ на уровне гипофиза или вследствие нарушения регуляции гипоталамических структур.

Различают врожденный и приобретенный дефициты СТГ. Задержку роста замечают к концу 1-го года жизни, но чаще отставание в росте становится очевидным к 2-4 годам. На фоне резкого отставания в росте характерны нормальные пропорции тела. Черты лица мелкие, тонкие волосы, высокий голос, короткая шея, маленькие кисти и стопы. Дряблая кожа с желтоватым оттенком. Гениталии недоразвиты, интеллект не страдает. Бывают симптоматические гипогликемии, иногда появляются симптомы несахарного диабета, гипотиреоза (сухость кожи, брадикардия, гипотония, запоры, астения).

Для диагностики соматотропной недостаточности проводят СТГ-стимулирующие тесты, основанные на способности различных фармакологических веществ стимулировать секрецию гормона роста, их проводят в условиях специализированных стационаров. Тотальная соматотропная недостаточность диагностируется в случае выброса СТГ на фоне стимуляции менее 7 нг/мл, частичный дефицит при пике выброса от 7 до 10 нг/мл. Показатель СТГ >10 нг/мл - нормальный уровень, лечения не требует.

При выявлении тотальной недостаточности СТГ назначают постоянную заместительную терапию человеческими рекомбинантными препаратами гормона роста. В России разрешены к применению генотропин (Швеция), сайзен (Швейцария), хуматроп (США), нордитропин (Дания). Дозы препаратов титруются эндокринологом в стационаре. Стандартная доза СТГ 0,1 ед/кг массы тела в сутки однократно, ежедневно вводится подкожно в 20-22 ч. Для введения используют шприц - ручки, которые позволяют точно дозировать препарат. У детей с пангипопитуитаризмом помимо лечения гормоном роста необходима заместительная терапия другими гормонами - левотироксином, глюкокортикоидами, десмопрессином, половыми гормонами. Лечение продолжают до закрытия зон роста или достижения социально приемлемого роста. Эффективность лечения определяют по прибавке роста. При адекватной терапии в первый год ребенок прибавляет в росте 8-13 см, затем 5-6 см в год.

Диспансеризацию проводят педиатр, эндокринолог с частотой осмотров 1 раз в 3-6 мес. При необходимости (появление новых жалоб, инфекции,

интеркуррентные заболевания) назначают консультации специалистов невропатолога, ЛОР-врача.

Дополнительные методы обследования: оценка роста, массы тела, пульса, АД, ЭКГ. Определение сахара крови, холестерина, белка и белковых фракций. Рентгенография кистей с лучезапястными суставами (костный возраст). Определение гормонов щитовидной железы, надпочечников, половых гормонов, УЗИ гениталий по показаниям. С диспансерного учета не снимаются.

Частота неврологической перинатальной патологии у детей первого года жизни составляет по разным данным от 15 до 60%. Более половины всех причин психоневрологической инвалидности приходится на долю перинатального поражения ЦНС.

Острый период заболевания продолжается у доношенных детей с рождения до 7-10 дня, у недоношенных - до 28 дней. Основным этиологическим моментом служит гипоксия, вследствие которой в головном мозге развивается ишемия, а в некоторых случаях - кровоизлияния. Перинатальные поражения ЦНС могут так же развиваться в результате перивентрикулярных кровоизлияний у недоношенных, токсико-метаболических нарушений, травм и инфекций.

Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС может быть I, II и III степени тяжести. Гипоксически - геморрагические поражения ЦНС включают внутрижелудочковые кровоизлияния I, II и III степени тяжести, паренхиматозное кровоизлияние, субарахноидальное кровоизлияние, эпидуральные гематомы спинного мозга, сочетанные ишемически геморрагические повреждения мозга. К травматическим повреждениям нервной системы относят: внутрочерепную родовую травму, родовую травму спинного мозга, травму периферической нервной системы.

К нарушениям деятельности ЦНС вследствие системных метаболических и токсических причин относят: билирубиновую энцефалопатию, метаболические и токсические нарушения, гипогликемию, гипомагниемию, гипокальциемию, гипо- и гипернатриемию, гипо- и гиперкалиемию, ацидоз, состояния, обусловленные приемом во время беременности матери алкоголя, табакокурение, прием наркотиков и медикаментов. Инфекционные поражения ЦНС включают: менингоэнцефалиты, Внутриутробные инфекции (TORCH-инфекции).

Поражение коры головного мозга, подкорковых структур, ствола мозга, мозжечка называют энцефалопатиями. Поражения спинного мозга - миелопатиями, а периферических нервов - нейропатиями.

Основными клиническими синдромами острого периода энцефалопатии являются: синдром гипервозбудимости, синдром умеренного угнетения ЦНС, судорожный синдром, гипертензионно-гидроцефальный синдром, вегетативно-висцеральных нарушений и общего угнетения нервной системы (сопор или кома).

Восстановительный период продолжается с 1 до 12 мес у доношенных и до 2-

х лет у недоношенных детей. В этом периоде отмечают: синдром гипервозбудимости, судорожный синдром, синдром двигательных нарушений (центральные или периферические парезы, экстрапирамидные или мозжечковые расстройства), гидроцефальный синдром, задержку психомоторного и речевого развития, нарушение формирования корковых функций.

Исходами перинатального поражения ЦНС могут быть: выздоровление; задержка психофизического и речевого развития, нарушение формирования корковых функций в сочетании с очаговыми микросимптомами; энцефалопатия. Возможен патологический вариант развития - формирование двигательного дефекта в виде центральных или периферических парезов, экстрапирамидных и мозжечковые расстройств, грубых нарушений корковых функций, симптоматической эпилепсии, гидроцефалии, иных расстройств, способствующих нарушению адаптации ребенка в социальной среде.

Для диагностики проводят исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, глюкоза крови, протеинограмма, билирубин крою кислотно-основное состояние, газовый состав крови, исследование ликвора, нейросонография, УЗИ головного мозга, магнитно-резонансная томография, компьютерная томография, доплер-энцефалография, офтальмоскопия. По показаниям: краниография, спондилография, исследования на внутриутробную инфекцию.

Лечение детей с перинатальными поражениями ЦНС проводят совместно участковый педиатр и невропатолог. В остром периоде необходимо создать комфортные условия для выхаживания больного. Лечение необходимо проводить под контролем АД, ЧСС, числа дыханий, уровня глюкозы крови, электролитов и др. Комплекс терапии, направленный на восстановление сниженного мозгового кровотока включает коррекцию кислотно-основного состояния, ликвидацию гиповолемии, коррекцию гипогликемии, артериальной гипотензии, сердечного выброса. Показаны антиоксиданты, ноотропы. Для лечения гипоксически - ишемического отека мозга назначают маннитол, фуросемид.

При гиповолемическом состоянии эффективен 6% раствор гидроксипропилкрахмала (инфукол) по 10-15 мл/кг и комбинированный препарат с положительным нейрометаболическим действием - инстенон по 0,2 мг/кг массы тела 1 раз в сутки (с 4-го дня жизни) на протяжении 7 – 30 дней.

Для профилактики повышенной кровоточивости показан викасол 0,1 мл/кг однократно, этамзилат натрия по 125 мг/кг 2 раза в день, эссенциале по 2 мл/кг 1 раз в сутки. До проведения УЗИ не рекомендуется назначать: гепарин, аминофиллин, гиперосмолярные растворы. При неадекватной реакции мозговой и внутрисердечной гемодинамики, при закрытии гемодинамически значимого функционирующего артериального протока не рекомендуют применение допамина. Дегидратацию о проводить глицеролом энтерально по 1 г/кг каждые 6 ч первые 7 дней, затем ацетазоламид по 20-50-80 мг/кг в сутки с препаратами калия.

При наличии судорог применяют фенобарбитал в дозе насыщения 20 мг/кг (поддерживающая доза 5 мг/кг). У детей с некупирующимися судорогами применяют лоразепам в дозе 0,05-0,1 мг/кг. При недостаточности кровообращения назначают дигоксин по 0,03 мг/кг в 6 приемов за 2-3 дня. Затем переходят на поддерживающую дозу равную 1/5 дозы насыщения. Окислительный стресс снимают мексидолом (этилметилксипиридина сукцинат) в дозе 1,0 в/в на протяжении 5 дней.

Лечение в восстановительный период зависит от превалирующего синдрома. При синдроме гипервозбудимости применяют: фенибут до 100мг сутки на протяжении 1-3 месяцев; глицин по 100 мг/сутки; персен по 1/3 таблетки 3 раза в день; нервофлюкс по 1 чайной ложке 3 раза в день; фенобарбитал по 5 мг /кг в сутки; кальцинова до 200 мг в сутки; магне В₆ по 1 мл/кг в сутки; кальция глицерофосфат по 250 мг/сутки на протяжении 30-40 дней; микстуру с цитралью.

При вегетативно-висцеральных нарушениях назначают: винпоцетин по 1мг/кг в сутки; магне В₆ по 1 мл/кг в сутки; глицин по 100 мг в сутки; риабал.

При синдроме двигательных нарушений используют: актовегин по 80 мг в сутки; толперизон по 5 мг/кг в сутки (после 3 мес); баклодин по 5 – 10мг в сутки; тизанидин по 1-2 мг в сутки (после 6 мес); пирацетам по 1 г в сутки; витамин В₁ по 0,004-0,01; В₆ по 0,003-0,006 г/сутки; аевит по 1 капсуле в день на протяжении 30-40 дней; физиотерапию (3 курса в год); кинезотерапию. Для лечения судорожного синдрома показаны: витамин В₆ 100-300 мг внутримышечно до 3 раз в сутки; фенобарбитал по 10мг/кг, вальпроевая кислота по 15-10 мг/кг в сутки; карбамазепин 10-15 мг/кг в сутки.

Гидроцефальный синдром лечат ацетазоламидом до 20 мг/кг в сутки; глицеролом 1 % по чайной ложке 3 раза в день; магне В₆ по 1 мг/кг в сутки; актовегином по 80 мг в сутки.

При периферических парезах назначают ксантинола никотинат или никотиновую кислоту со 2-й недели жизни по 75-100 мг в сутки в течение 10-12 дней; неостигмина метилсульфат 0,05% по 0,1 мл/кг в сутки; церебролизин по 0,5-1 мл в/м или в/в; бендазол по 1-5 мг 2 раза в день; терапию положением; физиотерапию; кинезотерапию; ЛФК; массаж в течение 30-40 дней 3 раза в год.

На фоне задержки психомоторного развития при меняют: пантогам по 100 мг в сутки в 2 приема; энцефабол по 10-20 капель/кг; винпоцетин по 1 мг/кг в сутки; церебролизин по 0,1 мл/кг в/м; пирацетам по 100 мг /кг в сутки; когитум по 1 мл/кг в 2 приема; фенибут до 100 мг в сутки; мемоплант (танакан, билобил) по 10-20 мг в сутки в 2 приема, семакс интраназально по 1 капле 2 раза в день в течение 5-10 дней; кортексин по 0,5-1 мл в день внутримышечно в течение 10 дней; сана-сол по 3-5 мл в сутки; мультитабс (от 0 до 1 года) по 1 мл в сутки; занятия по развитию речи на протяжении 30-60 дней; физические методы лечения: электрофорез с аминофиллином, папаверином, никотиновой кислотой поперечно на шейный отдел

позвоночника с первых дней жизни, электростимуляция с 1,5-2 мес, парафиновые аппликации с 1-1,5мес., массаж с 10 дня жизни, ЛФК с 2-3 нед., кинезотерапия, ароматотерапия, музыкотерапия.

Показания для госпитализации: тяжелые и средней тяжести варианты заболевания, отсутствие эффекта от амбулаторного лечения, необходимость этапного лечения, декомпенсация по гипертензионно-гидроцефальному синдрому, судороги, появление очаговой симптоматики.

В диспансерном наблюдении за детьми с перинатальными поражениями ЦНС должны принимать участие: педиатр, невропатолог, нейроортопед, окулист, эндокринолог, врач ЛФК. Педиатр наблюдает ребенка в декретированные сроки. Невропатолог осматривает ребенка 1 раз месяц в течение первых 6 мес жизни, от 6 мес до 2 лет - 1 раз в 3 мес., от 2 до 3 лет - 1 раз в 4 мес. Офтальмолог осматривает ребенка на первом месяце жизни, в 3 и 12 мес, далее 2 раза в год. Нейроортопед осуществляет консультации ребенка на первом месяце жизни, в 3 и 12 мес., далее ежегодно. Эндокринолог должен посмотреть ребенка на первом месяце жизни, в возрасте 6-12 мес и в 3 года. В возрасте от 4 до 7 лет педиатр и невропатолог осматривают ребенка 1 раз в 6 мес. Офтальмолог и эндокринолог осматривают ребенка ежегодно. Плановые осмотры - с привлечением нейроортопеда, детского психоневролога и логопеда (по показаниям).

Диспансеризация предусматривает методы исследования: УЗИ мозга, энцефалография, ЭКГ, электроэнцефалография, рентгенография черепа, исследование на внутриутробные инфекции. Характер обследования определяется тяжестью перинатального поражения ЦНС, особенностями клинической картины. Реабилитация направлена на нормализацию обменных нарушений, нарушений мышечного тонуса, рефлексов, предупреждение и коррекцию нарушений опорно-двигательного аппарата, изменений в психоэмоциональной сфере. Она включает организацию возрастного режима, стимуляцию возрастных двигательных, речевых и психических навыков путем проведения ЛФК, массажа, физиотерапевтических процедур, витаминотерапию, стимулирующие мероприятия. Медикаментозную терапию желательно проводить в профильном стационаре, куда ребенок должен госпитализироваться в раннем возрасте планово не реже 2 раз в год.

Задание для самостоятельной работы:

1. Осмотрите больного с заболеванием эндокринной или нервной системы, опишите в своей рабочей тетради выявленные особенности анамнеза, изменения в состоянии здоровья пациента.
2. Составьте индивидуальный план диспансеризации больного, заполните контрольную карту диспансерного наблюдения (ф.30).
3. Выпишите в рабочей тетради рецепты на:
- фенобарбитал;

- парацетам;
- винпоцетин;
- фенибут;
- L-тироксин;
- инсулин;

4. Решите ситуационные задачи и тесты.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Мама Ромы 5 лет обратилась с жалобами на слабость, быструю утомляемость, частую головную боль. Последний месяц ребенок потерял в весе несмотря на повышенный аппетит, мама заметила, что ребенок стал больше пить, что связала с жарким летом, несколько раз за ночь встает в туалет. Из анамнеза: ребенок от II беременности с весом 5200, ростом 53 см, рос и развивался соответственно возрасту.

Об-но: состояние ср. тяжести, кожные покровы чистые, сухие, тургор тканей снижен, в углах рта трещины, слизистая рта сухая, яркая. Мочеиспускание частое, обильное. По органам и системам патологии не выявлено.

Вопросы: 1. Предполагаемый диагноз. 2. Дополнительные методы исследования. 3. Тактика участкового педиатра. 4. Диспансеризация на участке.

Задача №2

Ребенок Б, 7 мес. Жалобы на плохой аппетит, запоры.

Ребенок от II беременности. Беременность протекала на фоне токсикоза II половины. Мама страдает тиреотоксикозом, во время беременности принимала мерказолин. Родился на 42 неделе беременности, с массой тела 5100 гр., из особенности периода адаптации – физиологическая желтуха, задержка выписки из-за позднего отпадения пупочного остатка. Привит.

Об-но: Состояние средней тяжести. Вес – 10300гр, рост – 68 см. На осмотр реагирует, вялая, кожные покровы сухие с иктеричным оттенком, множественная стигмированность: короткая шея, широкая переносица, широко расставлены глаза, эпикант, короткие конечности. Малоэмоциональная, плохо берет игрушку, не удерживает, не гулит, голос грубый, не сидит, головку фиксирует плохо. Мышечный тонус снижен, отмечается пупочная грыжа. Большой родничок – 4 x 4 см, края податливы.

Дыхание пуэрильное ЧД – 40 в 1 мин. Тоны сердца умеренно приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС – 95 в 1 мин. Рот открыт, язык полувысунут. Живот вздут, сосет вяло, стул с клизмой.

Вопросы: 1. предварительный диагноз. 2. план дополнительного обследования. 3 План лечения. 4. Диспансеризация на участке.

Тестовый контроль:

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1. При сахарном диабете тип 1 в крови определяются антитела к:

- а) бета-клеткам
- б) эндогенному инсулину
- в) микросомальной фракции
- г) тиреоглобулину
- д) глутаматдекарбоксилазе
- е) пероксидазе

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

2. У больных сахарным диабетом процесс депонирования гликогена в печени:

- а) повышается
- б) не изменяется
- в) снижается

3. Простой инсулин начинает действовать через:

- а) 1 час
- б) 2,5 часа
- в) 30 минут

4. Причиной развития диабетической гиперкетонемической комы у детей и подростков является:

- а) избыток инсулина
- б) избыток глюкагона
- в) дефицит инсулина
- г) дефицит глюкагона

5. При лечении сахарного диабета тип 1 используются препараты

- а) актрапид; хоморап, хумулин Р
- б) гуарем, глюренорм
- в) но-шпа, папаверин
- г) кортинеф

6. У больных с нарушенной толерантностью к глюкозе через 2 часа после нагрузки при проведении стандартного глюкозо-толерантного теста уровень глюкозы в крови:

- а) менее 8 ммоль/л
- б) более 11 ммоль/л
- в) 8-11 ммоль/л

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

7. Изменения со стороны нервной системы при диффузно-токсическом зобе характеризуются:

- а) мышечной гипотонией

б) хориоформным гиперкинезом

в) тремором

г) судорогами

д) гиперестезией

е) парезом

8. При диффузно-токсическом зобе характерны биохимические изменения крови:

а) повышение уровня креатинина

б) снижение уровня натрия

в) повышение уровня глюкозы

г) повышение активности щелочной фосфатазы

д) снижение уровня холестерина

9. Для вторичного гипотиреоза характерны показатели начального профиля:

а) повышение уровня ТТГ

б) снижение уровня ТТГ

в) повышение уровня Т₃

г) снижение уровня Т₃

д) повышение уровня Т₄

е) снижение уровня Т₄

10. Причины, приводящие к развитию первичного гипотиреоза

а) травма головного мозга

б) нейроинфекция

в) дефект ферментов, участвующих в синтезе тиреоидных гормонов

г) аплазия щитовидной железы

д) диэнцефальный синдром

е) лечение мерказолилом

11. При лечении врожденного первичного гипотиреоза используются препараты:

а) мерказолил

б) тиреоидин

в) тироксин

г) обзидан

д) тиреотропный гормон

е) ноотропные препараты

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

12. Симптомы, характерные для простой формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

а) гермафродитное строение гениталий у девочек

б) анемия

в) гиперпигментация крупных складок и ареол

г) запоры

д) анорексия

е) отеки

13. Симптомы, характерные для сольтеряющей формы врожденной дисфункции коры надпочечников:

а) гермафродитное строение гениталий у девочек

б) запоры

в) гиперпигментация крупных складок и ареол

г) рвота после еды

д) жидкий стул

е) упорная рвота фонтаном, не связанная с приемом пищи

14 При хронической надпочечниковой недостаточности в крови наблюдается:

а) снижение продукции глюкокортикоидов

б) повышение продукции глюкокортикоидов

в) снижение продукции минералокортикоидов

г) повышение продукции минералокортикоидов

д) снижение продукции адреналина и норадреналина

е) повышение продукции адреналина и норадреналина

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

15. Длительность курса гормональной терапии при адено - генитальном синдроме (АГС):

а) на срок продолжительности криза

б) 2 месяца

в) 6 месяцев

г) пожизненно

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

16. При развитии конституционально-экзогенного ожирения предрасполагающими факторами являются:

а) наследственная предрасположенность

б) длительное лечение стероидными препаратами

в) алиментарный фактор

г) нейроинфекция

д) гиподинамия

17. При лечении конституционально-экзогенной формы ожирения 1-2 степени используются:

а) анорексигенные препараты

б) диетотерапия

в) «рассасывающая» терапия

г) лечебная физкультура

д) половые гормоны

е) санация очагов хронической инфекции

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

18. Для 1 степени ожирения характерны следующие показатели избыточной массы тела:

- а) 10-20%
- б) 10-29%
- в) 21-39%

Занятие №6 по теме: «Организация лечебно-профилактической помощи при патологии иммунитета, болезнях крови и онкологических заболеваниях крови в условиях поликлиники. Диспансерное наблюдение».

Мотивация темы: за последнее время определяется возрастание уровня гематологических заболеваний и патологии иммунитета среди детского населения. Основные этапы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения осуществляются в амбулаторно-поликлинических условиях. В соответствии с этим в программу подготовки участковых педиатров входит изучение причин и условий приводящие к заболеваниям органов кроветворения и иммунной системы, методов клинической, лабораторной, инструментальной диагностики, диспансеризации, реабилитации больных.

Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомио-физиологические особенности крови и кроветворения у детей;
- факторы риска развития патологии кроветворной системы;
- клиническую картину заболеваний крови;
- принципы классификации заболеваний крови;
- принципы функциональных и специальных исследований крови в детской практике;
- принципы лечения и диетотерапия;
- особенности диспансерного наблюдения и последующая реабилитация больных с данной патологией;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез и выделить факторы риска развития патологии;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;

- провести клиническое обследование больного ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- назначить дополнительное обследование больным с патологией кроветворения и иммунитета, оценить полученные результаты;–
- произвести расчет и коррекцию питания больных детей;
- составить режим дня для больных детей различных возрастов и групп здоровья;
- составить индивидуальный календарь профилактических прививок;
- выписать рецепт ребенку различных возрастных групп;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оказать неотложную помощь при геморрагическом синдроме;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - контрольную карту диспансерного наблюдения (ф-30);
 - санаторно-курортную карту для детей и подростков;
 - медицинскую справку на ребенка – инвалида детства;
 - больничные листы и справки;
- провести анализ показателей заболеваемости на участке.

Студент должен ознакомиться:

- с задачами, методами и принципами организации работы врача-гематолога детской поликлиники;
- со структурой гематологической заболеваемости данной поликлиники;
- с задачами, методами и принципами организации работы врача-иммунолога детской поликлиники;
- со структурой заболеваемости иммунной системы данной поликлиники;

Содержание обучения.

1. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с иммунными и аллергическими заболеваниями.
2. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей с заболеваниями крови и онкологическими заболеваниями.
3. Показания к госпитализации.
4. Организация стационара на дому.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
2. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335 с.
3. Шабалов Н.П. Детские болезни. в 2 т./ СПб.: ПИТЕР, 2010. – 928 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.
5. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446
6. Калоева З.Д., Дзилихова К.М., Созаева З.Ю. и др. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 6 курса педиатрического факультета по дисциплине «Поликлиническая педиатрия».

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Физиология, патофизиология системы кроветворения.
2. Объективное исследование больного и семиотика заболеваний крови.
3. Основные методы лабораторной диагностики болезней системы крови.
4. Особенности обмена железа в детском возрасте.
5. Физиология и патология системы гемостаза у детей.
6. Классификация геморрагических заболеваний.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Этиология, патогенез, клиника железодефицитной анемии у детей.
2. Назовите основные принципы лечения железодефицитной анемии.
3. Назовите основные клинические и лабораторные признаки белково- и витаминодефицитных анемий.
4. Какое лечение и профилактика проводится этим больным на участке?
5. Назовите звенья этиопатогенеза, основные диагностические критерии гемолитических анемий у детей.
6. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гемолитические анемии?
7. Назовите принципы лечения диспансерного наблюдения больных с гемолитической анемией на участке.
8. Назовите основные патогенетические механизмы в развитии острого лейкоза.
9. Какая классификация острых лейкозов у детей используется в современной гематологии? По какому принципу осуществляется классификация?
10. Какие современные методы исследования используются при диагностике острых лейкозов?

11. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать острые лейкозы у детей?
12. Какие факторы риска предрасполагают к развитию лейкоза у детей?
13. Какая форма острого лейкоза встречается у детей чаще других?
14. Какие периоды выделяют в клинике острого лейкоза у детей?
15. Какие осложнения могут возникнуть при остром лейкозе у детей.
16. Что подразумевается под определением «этапная» терапия острых лейкозов? Назовите основные принципы этапной терапии острых лейкозов у детей.
17. Назовите основные принципы реабилитации и диспансерного наблюдения при острых лейкозах у детей.
18. Дайте характеристику основным этиопатогенетическим механизмам геморрагический васкулита у детей.
19. Какой принцип положен в основу современной классификации геморрагического васкулита?
20. Каковы основные клинические проявления геморрагического васкулита у детей? Какие методы лабораторной диагностики используются при постановки этого диагноза?
21. Назовите возможные осложнения геморрагического васкулита.
22. Назовите основные принципы терапии геморрагического васкулита у детей.
23. Дайте определение понятию «идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура». Назовите основные виды тромбоцитопений, причины их развития.
24. Опишите основные клинические проявления геморрагического синдрома при тромбоцитопении.
25. Какие методы исследования могут быть использованы для постановки диагноза «идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура»?
26. Какие современные методы лечения тромбоцитопенической пурпуры вы знаете?
27. Назовите этиопатогенетические механизмы развития геморрагического синдрома при гемофилии.
28. Какие данные анамнеза и клинические проявления свойственны для больного гемофилией?
29. Какая лабораторная диагностика необходима для постановки диагноза «гемофилия»?
30. Какие осложнения могут возникнуть при гемофилии?
31. Назовите основные принципы терапии, профилактики, диспансерного наблюдения и реабилитации гемофилии на современном этапе.

Хронокарта учебного занятия:

- переключка 5 мин
- проведение контроля базисных знаний 40 мин

- перерыв 15 мин
- разбор узловых вопросов темы 45 мин
- перерыв 15 мин
- практическая часть (работа с больными) 2 ч.
- итоговый тестовый контроль 15 мин

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Диспансерному наблюдению подлежат дети с анемиями различного генеза, геморрагическими диатезами, злокачественными заболеваниями системы кроветворения.

Диспансерное наблюдение за детьми с лейкозами. Лейкозы – общее название злокачественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток, на долю которых приходится около трети всех онкологических заболеваний у детей. Острый лейкоз диагностируется при наличии более 30% бластных клеток в мазке костного мозга. Среди лейкозов у детей 75% составляют острые лимфобластные лейкозы. В клинической картине характерно сочетание анемического и интоксикационного, лимфоцитарно-пролиферативного и геморрагического симптомокомплексов. Нередко первыми клиническими признаками острого лейкоза являются поражения костной системы, головного мозга и его оболочек, черепных нервов. Закономерным осложнением течения заболевания являются рецидивирующие инфекции. В периферической крови изменения по отношению к клинике запаздывают. Поэтому при подозрении на лейкоз необходимо проведение пункции костного мозга в условиях специализированного стационара, где в дальнейшем разрабатывается индивидуальная программа наблюдения, лечения и реабилитационных мероприятий ребенку с лейкозом.

Диспансерное наблюдение осуществляют гематолог специализированного центра и участковый педиатр. Частота осмотров педиатром в периоде ремиссии 1 раз в 2 нед, гематологом 1 раз в мес, другими специалистами по показаниям. Учитывая, что больной практически все время получает поддерживающую цитостатическую терапию, анализы все необходимо проводить не реже 1 раза в 2 нед. Биохимические исследования проводят 1 раз в 3 мес и при подозрении на обострение.

Детям не показана смена климатических условий. Ребенок освобождается от посещений школы, профилактических прививок, занятий

физкультурой. Организуется обучение на дому. Назначается инвалидность сроком на 5 лет. Реабилитационные мероприятия обязательно должны включать профилактику инфекционных заболеваний. Ребенка необходимо оберегать от физических нагрузок, психических травм, охлаждений, случайных инфекций. С диспансерного учета дети не снимаются. При хроническом течении лейкоза диспансеризация проводится аналогично.

Диспансерное наблюдение за детьми с тромбоцитопенической пурпурой.

Идиоматическая тромбоцитопеническая пурпура – клиничко-гематологический синдром, относится к геморрагическим диатезам. Заболевание связано с количественной и качественной недостаточностью тромбоцитарного звена гемостаза. Заболевание может провоцироваться ОРВИ, профилактическими прививками, пищевой и лекарственной аллергией, глистными инвазиями, воздействием УФО, психическими травмами.

Клиника складывается из кожного и геморрагического синдрома. Для кожного синдрома характерны кожные и подкожные кровоизлияния, расположенные несимметрично, различных размеров и окраски. (от «свежих» до «угасающих»). Геморрагическая энантема проявляется кровоизлияниями в слизистые оболочки глаз, полости рта. Нередко встречаются кровотечения: носовые, маточные, из ЖКТ, гематурия. Увеличение печени, селезенки, лимфатических узлов нехарактерно.

Исследования: развернутый анализ крови (НЬ, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество ретикулоцитов, диаметр эритроцитов, количество тромбоцитов, время свертывания, длительность кровотечения). По показаниям могут проводиться пункция костного мозга, определение билирубина и его фракций, гаптоглобин, мочевины, сывороточное железо, ОЖСС, ферритин, общий анализ мочи, иммуноглобулины в крови, ЭКГ, УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки.

Диагноз устанавливают на основании снижения числа тромбоцит (нижняя граница нормы тромбоцитов у детей колеблется от 100×10^9 до 150×10^9 /л), повышения числа мегакариоцитов в костном мозге, увеличении длительности кровотечения, нарушения ретракции кровяного сгустка. При легких кризах уровень тромбоцитов снижается $70-60 \times 10^9$ /л, при среднетяжелых - до $50-30 \times 10^9$ /л, при тяжелых – 30×10^9 /л и менее. При массивных кровотечениях возможно развитие постгеморрагической железодефицитной анемии. Лечение проводят в специализированном отделении.

Местные мероприятия по остановке кровотечений: тампоны, смоченные в растворе тромбина, адроксона, 5% растворе аминокaproновой кислоты, 1-5% растворе фероксила, женском молоке, перекиси водорода с адреналином; использование гемостатической губки, фибриновой пленки. Неотложная терапия при массивных кровотечениях включает внутривенное капельное введение 5% раствора аминокaproновой кислоты (ингибитор фибринолиза) по 0,2 г/кг в сутки. Аналогом аминокaproновой кислоты является японский препарат трансамин (трасамча), который назначают по 2 столовых ложки 5-6 раз в день на протяжении 7-10 дней.

Диспансерное наблюдение. Частота осмотров педиатром и гематологом в первом году болезни 1 раз в месяц, далее 1 раз в 3 мес до 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Перед диспансерным осмотром проводят обследование крови с подсчетом

тромбоцитов, время кровотечения в первые 3 мес. каждые 2 нед, далее 9 мес. 1 раз в месяц, в дальнейшем 1 раз в 2 – 3 мес. по показаниям чаще, другие исследования по показаниям. Освобождение от занятий физкультурой на 1 мес после выздоровления, далее постоянно подготовительная группа. Диспансеризация при остром течении: 3 года, при хроническом - до 18 лет. Противорецидивное лечение проводят постоянно. Оно включает режим, диету, витаминизацию пищи, санацию хронических очагов инфекции, профилактику интеркуррентных заболеваний. Проф. прививки через год после обострения на фоне десенсибилизирующей терапии в течение 3-5 дней до и после прививки. Прививки живыми вакцинами (БЦЖ, коревая) опасны. Гемостатический сбор 2 -3 раза в год курсами до 1 мес в сочетании с 2-недельными курсами препаратов, улучшающих адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов.

Инвалидность при хронической тромбоцитопенической пурпуре при непрерывно рецидивирующем течении с тяжелыми геморрагическими кризами (с числом тромбоцитов в крови $50 \times 10^9/\text{л}$) сроком до достижения 18 лет.

Диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическим васкулитом
Геморрагический васкулит - болезнь Шейнлейна - Геноха (анафилактоидная пурпура, капилляротоксикоз). Чаще болеют дети 2-8 лет. Развитие связывают с ОРВИ, ангиной, гастроэнтероколитом, глистной инвазией, вакцинацией, стрессами. Геморрагический васкулит относят к иммунокомплексным заболеваниям.

Типичными проявлениями являются кожный, суставной, абдоминальный, почечный синдромы. Кожный синдром характеризуется пятнисто - папулезной или геморрагической симметричной сыпью на голенях, ягодицах. Тип кровотечения - васкулито-пурпурный. Болезнь может проявляться несколькими синдромами в различных сочетаниях. Поражаются крупные суставы с признаками воспаления. Абдоминальный синдром, проявляется выраженными болями в животе, рвотой, диареей. У части больных с геморрагическим васкулитом появляется отек Квинке. У многих детей выявляют микрогематурию. Изредка почечный синдром протекает по типу острого гломерулонефрита. Исследования: развернутый анализ крови (НЬ, количество эритроцитов, цветовой показатель, количество ретикулоцитов, диаметр эритроцитов, тромбоцитов, время свертывания, длительность кровотечения), общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому, титр антистрептококковых антител. По показаниям: УЗИ органов брюшной полости. иммунограмма, анализ кала на скрытую кровь, микробиологическое исследование биосубстратов, исследование на гельминты, консультации специалистов (ЛОР, окулист, стоматолог).

Геморрагический васкулит лечат в специализированном отделении. Лечение включает: соблюдение постельного режима (до исчезновения геморрагического синдрома), диету с исключением облигатных аллергенов и медикаментозную терапию.

Диспансерное наблюдение. Частота осмотров педиатром и гематологом 1 раз

в месяц на первом году наблюдения, далее 2 раза в год, аллергологом и другими специалистами по показаниям. Методы обследования при диспансеризации: развернутые анализы крови и мочи в первые 3 мес ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес, при абдоминальном синдроме - кал на скрытую кровь. Противорецидивные мероприятия включают закаливание, санацию очагов хронической инфекции. Поддерживающая гормональная терапия назначается строго индивидуально по схемам врача-гематолога.

Освобождение от занятий физкультурой на 3 мес, далее подготовительная группа на 1 год. Инвалидность оформляется при патологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 мес, сроком от 6 мес до 2 лет. Диспансерное наблюдение 3 года.

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

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

Диспансерное наблюдение осуществляется совместно гематологом специализированного центра и участковым педиатром. Частота осмотров педиатров в период ремиссии 1 раз в месяц, гематологом 2 раза в год, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с определением свертывающей системы крови, анализ мочи 1 раз в 2 мес, коагулограмма по показаниям.

Противорецидивные мероприятия проводят постоянно, и они включают щадящий режим жизни, сбалансированное питание, профилактику травматизма. Занятия в школе физкультурой и физическим трудом противопоказаны. Вместе с тем, физические нагрузки больному с гемофилией необходимы, так как это увеличивает уровень VIII фактора. Из лекарственных трав показаны отвары душицы, зайцегуба опьяняющего.

При простудных заболеваниях не назначают ацетилсалициловую кислоту и индометацин, противопоказаны банки. В воспитании ребенка важно акцентировать

внимание на возможности выбора «интеллектуальных» профессий, постоянно стимулировать интерес ребенка к такого рода деятельности. Показаны консультации и реабилитация детского психоневролога. Инвалидность оформляют при тяжелых формах коагулопатий сроком до достижения 18 лет. С диспансерного учета дети не снимаются.

Диспансерное наблюдение за детьми с гемолитическими анемиями

Гемолитические анемии - заболевания, при которых отмечается укорочение продолжительности жизни эритроцитов. Повышенное разрушение эритроцитов может происходить в селезенке или внутри сосудистого русла. Клинически это сопровождается желтухой за счет непрямого (неконъюгированного) билирубина разной степени выраженности, увеличением селезенки, при длительном течении - изменениями скелета. Гематологически отмечается анемия с активацией эритропоэза и повышенным ретикулоцитозом, повышенной активностью в крови лактатдегидрогеназы и резко сниженным уровнем в крови гаптоглобина. Практическое значение для участкового педиатра имеют гемолитическая болезнь новорожденного и гемолитическая анемия Минковского - Шоффара.

Гемолитическая анемия Минковского-Шоффара – наследственное заболевание, в основе которого лежит качественный или количественный дефект мембран эритроцитов. Клинически характерна триада симптомов: желтуха при нормальном цвете стула, анемия и увеличение селезенки. Чаще стойкая желтуха появляется в дошкольном или младшем школьном возрасте. В периферической крови выявляют анемию, выраженный ретикулоцитоз, снижение среднего диаметра эритроцитов. В мазках периферической крови хорошо видны микросфероциты. Характерно изменение осмотической стойкости эритроцитов: снижение минимальной при повышенной максимальной стойкости. Билирубин в сыворотке крови повышен за счет непрямых фракций.

Диспансеризация проводится совместно участковым врачом и гематологом. Частота осмотров педиатром 1 раз в месяц, гематологом 2 раза в год, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с подсчетом ретикулоцитов, микросфероцитов 1 раз месяц, биохимическое исследование крови (билирубин, трансаминазы 1 раз в 3 мес, другие исследования по показаниям).

Противорецидивные мероприятия проводят постоянно, они включают щадящий режим, сбалансированное питание, курсы витаминов, санацию хронических очагов инфекции. Занятия в школе физкультурой и физическим трудом противопоказаны. Инвалидность оформляют при анемических кризах чаще одного раза в год со снижением гемоглобина менее 100 г/л. При анемии Минковского-Шоффара дети могут быть сняты с диспансерного учета через 4 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов.

Диспансерное наблюдение за детьми с апластическими анемиями.

Апластические анемии - анемии, обусловленные угнетением кроветворной

функции костного мозга. Могут быть наследственными или приобретенными, изолированными с угнетением только эритроидного ростка костного мозга или в структуре панцитопении. Клиническая картина апластической анемии, помимо анемического синдрома, включает повышенную кровоточивость (петехиальные высыпания на коже экхимозы, носовые кровотечения за счет тромбоцитопении) и общий интоксикационный синдром. Характерны изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, рецидивирующие инфекции. Для анемии сочетания с панцитопенией в периферической крови характерны анемия, ретикулопения вплоть до исчезновения ретикулоцитов, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ до 40-80 мм/ч. Основой диагноза служит пункция костного мозга, которая проводится в условиях специализированного отделения. Обязательна госпитализация и стационарное лечение ребенка с подозрением на гипо- или апластическую анемию. Дальнейшую диспансеризацию после выписки из стационара осуществляют участковый педиатр совместно с гематологом. Частота их осмотров в стадии ремиссии не реже 1 раза в месяц, другими специалистами по показаниям. Методы обследования: анализы крови с подсчетом тромбоцитов 1 раз в месяц, трепанобиопсия и другие исследования по показаниям. Противорецидивные мероприятия включают санацию очагов хронической инфекции, поддерживающую гормонотерапию по индивидуальным схемам гематолога. Занятия в школе физкультурой и физическим трудом противопоказаны. Инвалидность оформляют при врожденных и при приобретенных апластических анемиях и гипопластических состояниях на фоне изменений периферической крови (гемоглобин ниже 100 г/л, тромбоциты ниже $100 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты менее $4 \times 10^9/\text{л}$) сроком до достижения 18 лет. С диспансерного учета дети не снимаются.

Задания для самостоятельной работы:

1. Осмотрите диспансерного больного с заболеванием крови.
2. Сделайте соответствующие записи в рабочих тетрадях по схеме учетных форм 112/у и 30/у.
3. Решите тесты и ситуационные задачи..

Тестовые задания по теме «Лейкозы. Заболевания, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью»

1. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:
 - а) времени кровотечения
 - б) времени свертывания
 - в) и того и другого
 - г) ни того, ни другого
2. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тип кровоточивости:
 - а) гематомный

- б) васкулитно-пурпурный
 - в) петехиально-пятнистый
 - г) смешанный
 - д) ангиоматозный
3. Для геморрагического синдрома при ИТП характерно:
- а) симметричность высыпаний
 - б) полиморфность высыпаний
 - в) полихромность высыпаний
 - г) несимметричность высыпаний
 - д) наличие излюбленной локализации
 - е) отсутствие излюбленной локализации
4. Лечение геморрагического синдрома при ИТП проводят:
- а) переливанием тромбоконцентрата
 - б) введением недостающих факторов свертывания
 - в) дициноном
 - г) викасолом
 - д) гепарином
 - е) преднизолоном
 - ж) антиагрегантами
 - з) препаратами α -интерферона
5. Геморрагический синдром при геморрагическом васкулите связан с:
- а) тромбоцитопенией
 - б) дефицитом факторов свертывания
 - в) патологией сосудистой стенки
6. В общем анализе крови при геморрагическом васкулите характерно:
- а) анемия
 - б) тромбоцитопения
 - в) тромбоцитоз
 - г) нейтрофильный лейкоцитоз
 - д) ускоренное СОЭ
7. Для геморрагического синдрома при ГВ характерно:
- а) наличие зуда
 - б) наличие излюбленной локализации
 - в) склонность элементов к слиянию
 - г) несимметричность высыпаний
 - д) наличие петехий
 - е) носовые кровотечения
8. Препараты, применяющиеся для лечения геморрагического васкулита:
- а) дицинон
 - б) преднизолон

- в) гепарин
 - г) антиагреганты
 - д) концентраты факторов свертывания крови
 - е) тромбоконтрат
9. При гемофилии время кровотечения:
- а) удлиняется
 - б) не меняется
 - в) укорачивается
10. Тип наследования при гемофилии:
- а) сцепленный с X-хромосомой
 - б) аутосомно-доминантный
 - в) аутосомно-рецессивный
11. Клинические проявления **гемофилии А** связаны с дефицитом фактора:
- а) VIII
 - б) IX
 - в) X
 - г) XI
12. При лечении гемофилии А применяются:
- а) нативная плазма
 - б) преднизолон
 - в) дицинон
 - г) тромбоконтрат
 - д) криопреципитат
 - е) концентрат фактора VIII
 - ж) викасол
13. Первичным местом образования лейкозных клеток является:
- а) лимфатические узлы
 - б) ЦНС
 - в) костный мозг
 - г) лимфоидные органы
14. Диагноз острого лейкоза не вызывает сомнений при:
- а) появлении бластных клеток в гемограмме
 - б) анемическом и геморрагическом синдромах
 - в) угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге
 - г) тотальном бластозе в костном мозге
15. Количество бластных клеток в костном мозге, необходимое для постановки диагноза лейкоза:
- а) тотальный бластоз
 - б) > 30%
 - в) >20%

г) >5%

16. Индукция ремиссии острого лейкоза включает в себя применение:

- а) глюкокортикоидов
- б) полихимиотерапии
- в) лучевой терапии
- г) глюкокортикоидов+полихимиотерапии
- д) глюкокортикоидов+полихимиотерапии+лучевой терапии

17. Полная костномозговая ремиссия острого лейкоза подтверждается при наличии в костном мозге:

- а) < 30% бластов
- б) <5% бластов
- в) отсутствием бластов

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 6 лет, обратился с жалобами на температуру, сыпь на руках и ногах.

Заболевание началось остро, поднялась температура до 38,5°C, на коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь.

Состояние при осмотре тяжелое, вял, бледен. На коже разгибательной поверхности рук, ног, ягодицах обильная пятнисто-папулезная симметрично расположенная геморрагическая сыпь. Левое веко отечно, глаз закрыт. Коленные, голеностопные суставы отечны и резко болезненны.

Анализ крови: Нв – 112 г/л, эр – $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $6,6 \times 10^9/л$ (во время приступов болей в животе лейкоцитоз $18,2 \times 10^9/л$), тромб. – $408 \times 10^9/л$, время кровотечения – 3 мин 12 сек, время свертывания крови: начало – 1 мин 20 сек, конец – 4 мин 10 сек.

Анализ мочи – без патологии.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз, обоснуйте его. 2. Какие хирургические осложнения могут развиваться при этом заболевании? 3. Какое лечение необходимо больному? 4. Составьте план дальнейшей диспансеризации.

Задача №2.

Девочка 12 лет, осмотрена в связи с впервые возникшим обильным маточным кровотечением.

Последние 6 мес отмечает частые, обильные кровотечения, образование после микротравм геморрагий разной величины, формы и окраски.

Состояние тяжелое. Бледная. На коже множественные асимметричные геморрагии (от мелких до обширных). Несколько участков кровоизлияния на слизистой оболочке рта.

Периферические лимфоузлы, печень и селезенка не увеличены. АД 100/55 мм рт.ст.

Анализ крови: Нв – 90 г/л, эритро- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Цв.пок. – 0,9, ретикулоциты – 10%, лейкоц. – $11,2 \times 10^9$ /л, эоз – 6%, базофилы – 3%, п/я – 12%, с/я – 55%, лимф – 20%, моноциты – 4%, тромбо – 32×10^9 /л, СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ваши предположения.
2. Какое исследование наиболее информативно для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение данному больному.
4. Составьте план дальнейшего диспансерного наблюдения.

Задача №3

Мальчик 6 лет направлен в приемное отделение детской больницы с диагнозом «ревматизм».

Состояние при поступлении средней тяжести. Пониженного питания. Бледный. На коже правого плеча экхимоз диаметром 5 см. периферические лимфоузлы незначительно увеличены, преимущественно в подчелюстной области. Кариозные зубы частично санированы. Тоны сердца слегка приглушены, функциональный систолический шум. Печень и селезенка не увеличены. Неврологический статус без особенностей. Правый коленный сустав шаровидной формы, движения в нем ограничены и резко болезненны.

Из анамнеза известно, что ребенок с раннего возраста страдает повышенной кровоточивостью: после легких травм отмечаются гематомы на туловище и конечностях.

При пункции правого коленного сустава получена гемолизированная кровь.

Анализ крови: эритро. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, НВ – 110 г/л, лейкоц. – $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 23 мм/ч, тромбо – 200×10^9 /л. Свертываемость крови по Ли-Уайту – 18 мин. Время рекальцификации – 450 мин.

Добавление свежей донорской плазмы нормализовало время рекальцификации, добавление длительно хранящейся плазмы время рекальцификации не изменило.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его. 2. Согласны ли вы с диагнозом участкового педиатра, направившего ребенка в стационар? 3. Какие дополнительные исследования необходимо провести? 4. Какое лечение необходимо назначить данному больному? 5. Как должен наблюдаться ребенок на участке в последующем?

Задача №4

Больной П., 10 лет, поступил в отделение с носовым кровотечением. Из анамнеза известно, что за 2 недели до настоящего заболевания перенес ОРВИ, после

чего на различных участках тела, без определенной локализации появились экхимозы различной величины и мелкоочечная геморрагическая сыпь. Участковым врачом поставлен диагноз: геморрагический васкулит.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. При осмотре обращает на себя внимание обильный геморрагический синдром в виде экхимозов различной величины и давности, на лице, шее и руках петехиальные элементы. В носовых ходах тампоны, пропитанные кровью. Периферические лимфатические узлы мелкие, подвижные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: НЬ -101 г/л. Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб – 12×10^9 /л, Лейк – $6,4 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 59%, э - 3%, л - 27%, м - 8%, СОЭ - 5мм/час.

Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 2%, нейтрофильный росток - 62%, эозинофильный росток - 4%, лимфоциты - 5%, эритроидный росток - 27%, мегакариоциты - 1 на 120 миелокариоцитов, отшнуровка тромбоцитов не нарушена.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, удельный вес - 1008, белок - нет, эпителий плоский - 2-4 в п/з, лейкоциты - 2-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - нет, бактерии - нет.

Задание: 1. Согласны ли Вы с диагнозом участкового врача? Сформулируйте правильно диагноз. **2.** Приведите классификацию данного заболевания. **3.** Какие симптомы и данные лабораторного обследования явились важными для постановки диагноза? **4.** Какие клинические пробы помогут Вам в постановке диагноза? **5.** Назначьте лечение данному больному.

Задача №5

Мальчик Р., 12 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Из анамнеза известно, что в течение последних 3 месяцев мальчик стал быстро уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния отмечалось 10 дней назад, когда повысилась температура до $39,3^{\circ}\text{C}$, увеличились подчелюстные лимфатические узлы.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные- Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных

мышц, положительный симптом Кернига.

Общий анализ крови: НЬ - 86 г/л, Эр – $3,2 \times 10^{12}$ /л, Тромб - единичные, Лейк – 208×10^9 /л, бласты - 76%, п/я - 1%, с - 4%, л - 19%, СОЭ - 64 мм/час.

Задание: 1. О каком заболевании следует думать прежде всего? 2. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку? 3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания. 4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики?