

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ
ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины Этапность лечения детей и подростков с
хронической неинфекционной патологией

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2022

**Тема 5. Восстановительное лечение и реабилитация при пневмосклерозе,
деформирующем бронхите и бронхоэктатической болезни у детей и
подростков.**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Этапность
лечения детей и подростков с хронической неинфекционной
патологией»

Разработаны:

доцентом кафедры
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.
Леденовой Л.Н.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,
зав. кафедрой

Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе
для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02
Педиатрия 2022 года набора очной формы
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены
в ЭИОС университета в авторской редакции

1.Цель Ознакомить обучающихся с основами этапности лечения и реабилитации больных с патологией органов дыхания студенты должны научиться диагностировать данное заболевания, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2.Учебные вопросы

1. Этапы лечения заболеваний органов дыхания у детей.
2. Диспансеризация и реабилитация больных с пневмосклерозом.
3. Диспансеризация и реабилитация больных с рецидивирующим бронхитом.
4. Диспансеризация и реабилитация больных с бронхоэктатической болезнью.

3. Теоретическая часть.

Диспансеризация - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья отдельных контингентов с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, диспансерного наблюдения, комплексного лечения больных, проведения мероприятий по их оздоровлению. Поликлиника осуществляет вторичную профилактику, т. е - раннее выявление заболеваний и предупреждение их обострений. Она проводится первичным звеном системы детского здравоохранения – участковым педиатром.

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

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

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

эффективности диспансеризации совместно проводят заведующая отделением и участковые врачи.

Диспансеризация детей, требующих специальных методов профилактики и лечения (при туберкулезе, психических расстройствах, новообразованиях и т.д.) осуществляется соответствующими диспансерами. При их отсутствии этими больными занимаются врачи-специалисты детских поликлиник.

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

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

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

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

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

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

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

Одним из сложных вопросов диспансеризации больных детей является лечение их в период интеркуррентных заболеваний. В каждом конкретном случае лечение должно быть индивидуальным с учетом особенностей острого заболевания, течения основного хронического заболевания и фонового состояния. Однако существует ряд общих рекомендаций. В первую

очередь они касаются необходимости избегать полипрогмазии, тем более что на фоне интеркуррентных заболеваний часто возникает необходимость курсов противорецидивной терапии. Практически все хронические соматические заболевания воспалительной и инфекционно - аллергической природы, системные заболевания, врожденные аномалии требуют в лечении интеркуррентных заболеваний антибактериальной терапии, противовоспалительных, седативных, иммуностимулирующих препаратов, адаптогенов. Конкретный спектр препаратов, сроки лечения определяются основной патологией.

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

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

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

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

Показатели качества диспансеризации:

Показатель охвата регулярными медицинскими осмотрами;

Количество вновь выявленных больных детей;

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

К показателям эффективности диспансеризации больных детей относятся:

Число больных, снятых с диспансерного учета по выздоровлению;

Число больных, имевших улучшение в лечении основного заболевания;

Процент ухудшений в состоянии здоровья у больных диспансерной
группы.

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

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

реабилитации в педиатрии заключается в том, чтобы развить физические и психические функции организма до оптимального уровня.

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

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

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

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

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

Как правило, третий этап проходит в семье или в том учреждении, которое посещает ребёнок, а также может осуществляться в реабилитационном центре. Ведущими методами реабилитации являются физическая культура, закаливание, массаж и физиотерапия.

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

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

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

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

осложнений и возможностью длительного применения при хронических процессах.

Иглорефлексотерапия - эффективный метод лечения и реабилитации. В настоящее время применяется ряд методов рефлекторной терапии. К ним относятся: классический метод иглотерапии, прижигание, электроакупунктура и лазерорефлексотерапия. Механизм действия иглорефлексотерапии состоит в передаче возбуждения из активных точек через нервную систему во внутренние органы, что приводит к их восстановлению и нормальной деятельности. Круг показаний широк: неврозы, аллергические заболевания, патология желудочно-кишечного тракта, вегето-сосудистая дистония, заболевания мышц и суставов.

Противопоказаниями для иглорефлексотерапии являются: доброкачественные и злокачественные опухоли, наличие температуры, инфекционные заболевания, грипп, ангина, тяжёлые заболевания сердца, почек, активная форма туберкулёза.

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

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

Схема диспансеризации и реабилитации детей с рецидивирующим бронхитом.

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

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

**Осмотр специалистами, Кратность наблюдения
методы обследования на первом году**

Педиатр	2 раза в год
ЛОР	1 раз в год
Стоматолог	1 раз в год
Пульмонолог	По показаниям
Аллерголог	По показаниям
ОАК, ОАМ, копрограмма	1 раз в год
Рентгенография грудной клетки	По показаниям

Спирография По показаниям

Пневмотахометрия По показаниям

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Режим щадящий, питание, обогащённое витаминами.

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

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

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

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

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

Витаминотерапия: «Веторон», «Алфавит», «Золо той шар».

Лазерорефлексотерапия.

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

Гомеопатическое лечение.

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

Санаторно-курортное лечение: местный санаторий, Анапа (вне обострения).

Вакцинация по заключению иммунолога.

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

Схема диспансеризации и реабилитации детей с хроническим бронхитом и пневмосклерозом.

Патоморфологической основой хронического рецидивирующего воспалительного неспецифического процесса, является пневмосклероз и деформация бронхов. У детей хронический воспалительный процесс чаще формируется на фоне врожденных аномалий бронхолегочной системы, наследственный иммунодефицитов, болезней обмена веществ, внутриутробных инфекций, инородных тел дыхательных путей.

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

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

	Кратность Осмотр специалистами, наблюдения на методы обследования
	первом году
	неполной ремиссии
Педиатр	4-6 раз в год
	ремиссия 2-4 раза в

	год
ЛОР	2 раз в год
Стоматолог	2 раз в год
Пульмонолог	2 раз в год
Фтизиатр	По показаниям
ОАК, ОАМ	2-4 раз в год
Копрограмма	2 раза в год
Биохимические исследования крови	По показаниям
Посев мокроты на флору и чувствительность антибиотикам	к 2 раза в год
ЭКГ	1 раз в год
Спирография	1 раз в год
Пневмотахометрия	1 раз в год
Рентгенография органов грудной клетки	По показаниям.
Аллергологические пробы	По показаниям.
Бронхоскопия, бронхография	По показаниям.

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

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

Диета, обогащенная витаминами и микроэлементами.

При наличии бронхоэктазов проводится антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры в аэрозолях или внутримышечно. Ингаляции щелочно-солевые, трипсина, рибонуклеазы и др.

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

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

Наиболее распространенным методом является предание ребенку положения Квинке (головой вниз с приподнятым тазом) в течение 15-20 мин. Вибрационный массаж у детей старшего возраста производится похлопыванием по грудной клетке над областью поражения ладонью. У детей младшего возраста вибрационный массаж выполняется путем нанесения ритмичных ударов кончиками пальцев одной руки по грудной клетке и пальцами другой руки вдоль межреберья.

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

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

Неспецифические стимуляторы: пентоксил, метилурацил, нуклеинат натрия.

Иммунопрепараты: рибомунил, бронхомунал, ИРС-19.

Адаптогены, витамины В5, В15, А, РР.

Санация хронических очагов инфекции.

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

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

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

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

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

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

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

Профилактические прививки по заключению иммунолога.

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

Срок наблюдения – до передачи во взрослую поликлинику.

4. Практическая часть

Задание 1. Курация

больного:

- сбор жалоб
- сбор анамнеза жизни
- сбор анамнеза заболевания
- осмотр кожных покровов, костной системы
- перкуссия и аускультация легких
- определение границ сердца, аускультация сердца
- подсчет СД, ЧСС
- пальпация живота с определением границ печени и селезенки.

Задание 2. Решите задачу

Задача 1.

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Иванову Илье, 13 лет, проживающего по адресу: Петровский р-он, г. Светлоград
Диагноз: Хронический бронхит,

Правосторонние мешотчатые бронхоэктазы в нижней доле.

Состоит на диспансерном учете в течение 2-х лет (март).

Задача 2.

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Селезневой Маше 10 лет, проживающего по адресу: г. Невинномысск
Диагноз: Пневмосклероз правого легкого, бронхоэктазы цилиндрические в нижней доле правого легкого. Состоит на диспансерном учете в течение 3-х лет (ноябрь).

Задача 3.

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Семенову Пете 11 лет, проживающего по адресу: г. г. Ставрополь Диагноз: Рецидивирующий бронхит на фоне врожденной аномалии развития бронхов. Состоит на диспансерном учете в течение 1-года

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

5. Этапы лечения заболеваний органов дыхания у детей.
6. Диспансеризация.
7. Реабилитация.

6. Тестовые задания

1. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ БРОНХИТЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РЕКОМЕНДАЦИИ А) местных санаториев при полной ремиссии

Б) курортов Черноморского побережья Кавказа при полной ремиссии

В) курортов Черноморского побережья Кавказа при частичной ремиссии Г) местных санаториев при частичной ремиссии

2. БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

НАПРАВЛЯЮТ НА КУРОРТЫ А) бальнеологические Б) климатические

В) горно-климатические Г)

грязевые

3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С
РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ ПРОВОДИТСЯ

А) до передачи во взрослую сеть

Б) в течении 3 лет

В) в течении 5 лет

Г) в течении 10 лет

4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С
ХРОНИЧЕСКИМ

БРОНХИТОМ И БРОНХОЭКТАЗАМИ ПОСЛЕ
ПОСЛЕДНЕГО

ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

А) в течении 3 лет

Б) в течении 5 лет

В) до перевода во взрослую сеть

Г) в течении 1 года

5. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПУЛЬМОНОЛОГОМ ДЕТЕЙ С

РЕЦИДИВИРУЮЩИМ БРОНХИТОМ ПОСЛЕ ОБОСТРЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ

А) 2 раза в год

Б) 3 раза в год

В) 1 раза в год

Г) 4 раза в год

6. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПЕДИАТРОМ НА ПЕРВОМ
ГОДУ БОЛЕЗНИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ
БРОНХИТОМ В ПЕРИОД РЕМИССИИ

7. А) 2-4 раза в год

- 8. Б) 1 раз в год
- 9. В) 3-5 раз в год
- 10. Г) ежемесячно

**7. КОЛИЧЕСТВО КУРСОВ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ,
ПРОВОДИМЫХ В ГОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ
ВОСПАЛЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ**

- А) 4 раз в год
- Б) 2 раза в год В)
- 3 раза в месяц Г)
- 1 раз в год