

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 7. Восстановительное лечение и реабилитация при хронических
нефритах 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.
Леденевой 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 хроническими нефритами, студенты должны применить знания, полученные на лекции и при чтении рекомендуемой литературы; научиться диагностировать данное заболевание, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2. Учебные вопросы

1. Этапы лечения детей с хроническими нефритами.
2. Диспансеризация детей с хроническими нефритами.
3. Реабилитация больных с хроническими нефритами.

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, 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, с психологи - 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 иглоукалывания.

Физиотерапия использует физические факторы внешней среды в их естественном или преформированном виде. Под влиянием процедур в тканях происходят сложные физико-химические процессы и направленное восстановление нарушенных патологическим 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 хроническим гломерулонефритом.

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

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

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

Ликвидация экстраренальных симптомов болезни.

Нормализация анализа мочи или наличие транзиторной гематурии и протеинурии в течение 1-2 лет от наступления клинической ремиссии.

Ликвидация обменных нарушений (диспротеинемии, дислипидемии).

Нормализация анализов мочи.

Нормализация функционального состояния почек.

Осмотр специалистами, Кратность наблюдения методы обследования	
	1-й год - 1 раз в месяц. В период полной клинико-лабораторной ремиссии - 1 раз в 2-3 месяца, затем - 1 раз в 6 месяцев. При снижении почечных функций - ежемесячно.
Педиатр	1-й год - 1 раз в месяц. В период полной клинико-лабораторной ремиссии - 1 раз в 6 мес.
Нефролог	
Окулист	2 раза в год

ЛОР	2 раза в год
Стоматолог	2 раза в год
ОАК	в период неполной клинико-лабораторной ремиссии - 1-2 раза в квартал, далее - 1 раз в 3-6 месяцев.
ОАМ	в период неполной клинико-лабораторной ремиссии 1-2 раза в месяц, далее 1 раз в 1-3 месяца; при всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления.
Суточная моча на белок	при нефротическом и смешанном варианте при активности - 1-2 раза в неделю, при ремиссии - 1 раз в месяц. При всех интеркуррентных заболеваниях - в период разгара и через 10-14 дней после выздоровления.
Биохимическое исследование крови (мочевина, креатинин, холестерин, протениграмма, ионограмма)	1 раз в 6-12 месяцев.
проба по Зимницкому	2 раза в год
Посев мочи на ВК	1 раз в год
УЗИ почек	1-2- раза в год
РЕАБИЛИТАЦИЯ.	

Режим в периоде неполной клинико-лабораторной ремиссии - щадящий.

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

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

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

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

Фитотерапия.

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

Сборы трав по Ковалевой: сбор № 1 - зверобой продырявленный, полевой хвощ, толокнянка, крапива, тысячелистник; сбор № 2 - зверобой

продырявленный, мать-и-мачеха, ячмень обыкновенный, клевер пашенный; сбор № 3 - зверобой продырявленный, крапива, брусничный лист, золототысячник зонтичный, шиповник.

При гематурической форме назначают настой пол-пола. При нефротической и смешанной форме с отеками применяют почечный чай. Физиотерапия - в зависимости от активности процесса. ЛФК.

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

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

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

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

Детей с хроническим гломерулонефритом с диспансерного учета не снимают.

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 М, 10 лет. Диагноз: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, ФП сохранена, период ремиссии. Состоит на учете 5 лет.

Задача 2

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Л.12 лет. Диагноз: хронический гломерулонефрит нефротическая форма, ФП сохранена, период ремиссии. Состоит на учете 9 лет.

Задача 3

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку 14 лет, проживающего по адресу: г. г. Ставрополь
Диагноз: хронический гломерулонефрит, смешанная форма, период ремиссии, ФП сохранена. Состоит на диспансерном учете в течение 2-лет.

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

Этапы лечения детей с хроническими нефритами.

1. Диспансеризация детей с хроническими нефритами.
2. Реабилитация больных с хроническими нефритами

6. Тестовые задания

1. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕФРИТЕ
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 ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ НАПРАВЛЯЮТ
НА КУРОРТЫ А) бальнеологические

Б) климатические

В) горно-климатические

Г) грязевые

3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С
ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ 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
НЕФРИТОМ НЕФРОЛОГОМ ПЕРВЫЙ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ
ПРОВОДИТСЯ

А) 1 раз в 3 месяца

Б) 1 раз в 6 месяцев

В) 1 раз в месяц

Г) по показаниям

5. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ В ПЕРВЫЙ ГОД НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ ПРОВОДИТСЯ

А) по показаниям Б) 2 раза в год В) 1 раз в 2-3 месяца Г) 4 раза в год

6. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ОКУЛИСТОМ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ А) 2

раза в год Б) 1-2 раз в месяц В) 3-5 раз в год Г)

ежемесячно

7. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ НЕФРИТЕ У ДЕТЕЙ

А) 3-4 недели

Б) 1-2 недели

В) 5-6 недель

Г) 1 неделя