

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 9. Восстановительное лечение и реабилитация при хроническом
пиелонефрите 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 хроническим пиелонефритом, студенты должны научиться диагностировать данное заболевание, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2.Учебные вопросы

1. Этапы лечения детей с хроническим пиелонефритом.
2. Диспансеризация детей с хроническим пиелонефритом.
3. Реабилитация больных с хроническим пиелонефритом.

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, 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 хроническим пиелонефритом.

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

Осмотр

специалистами

Кратность наблюдения на

,

первом году

методы обследования

Педиатр	1 раз в 3 мес. в течение 2 лет, затем - 1 раз в 6 мес.
Нефролог	1 раз в 6 мес.
Уролог	по показаниям
Окулист	1 раз в 6 мес.
ЛОР	1 раз в 6 мес.
Стоматолог	1 раз в 6 мес.
ОАК	1 раз в 6 мес.
ОАМ и Нечипоренко	по 1 раз в 2-3 мес.
Биохимическое исследование крови	1 раз в год, по показаниям - чаще.
проба по Зимницкому	1 раз в 6 мес.
УЗИ почек	По показаниям

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

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

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

Медикаментозная реабилитация: антибактериальные препараты применяются прерывистым курсом (по 10-20 дней в месяц в течение 3 мес.) или непрерывным применением уросептиков в дозе, составляющей $\frac{1}{2}$

- $\frac{1}{3}$ от терапевтической, однократно перед сном. Препараты, направленные на повышение общей реактивности, - неспецифические иммуномодуляторы (метилурацил, нуклеинат натрия, дибазол и др.), растительные адаптогены, поливитамины. Биопрепараты при дисбактериозе кишечника - по показаниям. Гепатопротекторы и мембраностабилизирующие средства - по показаниям.

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

1 столовую ложку сбора залить 0,5 л воды и довести до кипения. Настоять 30-40 минут в термосе, отцедить. Принимают дети до 5 лет - $\frac{1}{4}$ стакана, дети от 5 до 10 лет - $\frac{1}{3}$ стакана, старше 10 лет - по $\frac{1}{2}$ стакана через час после еды 3 раза в день.

Схема проведения фитотерапии: после окончания курса лечения пиелонефрита на первом месяце 3 недели месяца – фитотерапия, 1 неделя – уросептики; на втором месяце – 2 недели - фитотерапия, 2 недели -

уросептики; на третьем месяце – 3 недели - фитотерапия, 1 неделя

- уросептики. Далее курсы фитотерапии – 1 раз в 6 месяцев. Физиотерапия:
СМТ - при гипотонии мочевыводящей системы.

Теплолечение (грязевые, парафиновые аппликации на область мочевого пузыря) - 2 раза в год.

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

Минеральная вода - Славяновская, Смирновская, Нафтуса - 20-30 дней. Массаж - 2 раза в год.

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

Санаторно-курортное лечение.

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

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

Инвалидность назначают при стойко выраженном нарушении функции почек

и высокой активности процесса от 6 месяцев до 2 лет, при хронической почечной недостаточности - до достижения 18 лет. Вакцинация. Через 1 год клинико-лабораторной ремиссии.

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

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, 5 лет. Диагноз: хронический обструктивный пиелонефрит на фоне сужения верхней трети уретры период ремиссии, ФП сохранена. Состоит на учете 4 года.

Задача 2

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку О. 11 лет. Диагноз: хронический обструктивный пиелонефрит на фоне правостороннего удвоения почки, ФП сохранена, период ремиссии. Состоит на учете 9 лет.

Задача 3

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Я. 14 лет, проживающего по адресу: г. г. Ставрополь. Диагноз: хронический пиелонефрит, левосторонний гидронефроз, сужение левого мочеточника, период ремиссии, ФП сохранена. Состоит на диспансерном учете в течение 5-лет.

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Этапы лечения детей с хроническими нефритами.
2. Диспансеризация детей с хроническими нефритами.

Реабилитация больных с хроническими нефритами

6. Тестовые задания

1. САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ 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 ПИЕЛОНЕФРИТЕ НАПРАВЛЯЮТ НА КУРОРТЫ А) бальнеологические

Б) климатические

В) горно-климатические

Г) грязевые

3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С

ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ 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 ПИЕЛОНЕФРИТОМ 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 ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ПЕРВЫЙ 2 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ ПРОВОДИТСЯ А) по показаниям Б) 1 раза в год В) 1 раза в 3 месяца Г) 4 раза в год

6. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ УРОЛОГОМ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ А) 2 раза в год Б) 1-2 раз в месяц В) 3-5 раз в год Г) по показаниям

7. ВАКЦИНАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

А) 3-4 недели после клинико-лабораторной ремиссии

Б) 1 год после клинико-лабораторной ремиссии

В) 2 года после клинико-лабораторной ремиссии Г) 6 недель после клинико-лабораторной ремиссии