

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 2. Восстановительное лечение и реабилитация при бронхиальной
астме 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

Водозовой Э.В.
Леденевой Л.Н.

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

Водозова 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

Цель 1. Ознакомить обучающихся с основами этапности лечения и

реабилитации больных с бронхиальной астмой, студенты должны научиться диагностировать данное заболевание, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2. Учебные вопросы

1. Этапы лечения детей с бронхиальной астмой
2. Диспансеризация детей с бронхиальной астмой.
3. Реабилитация больных с бронхиальной астмой

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 по чек, печени.

Большое значение имеют режимные моменты, особенности диететики, режим максимального щажения в отношении физических нагрузок, пребывания в детски 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 бронхиальной астмой.

Бронхиальная астма - инфекционно-аллергическое заболевание, возникающее в результате сенсибилизации аллергенами, характеризующееся периодическим возникновением нарушений бронхиальной проводимости в результате бронхоспазма, отека стенки бронхов и скопления секрета. В течение бронхиальной астмы различают несколько периодов: предприступный, приступный, послеприступный, межприступный.

В межприступный период дети находятся под наблюдением участкового педиатра. При установлении диагноза бронхиальная астма или при подозрении на него, ребенок направляется на консультацию к аллергологу. **Осмотр**

Кратность наблюдения на специалистами, первом году

методы обследования

Педиатр	При тяжелой форме 1 раз в 1-2 месяца, легкой и среднетяжелой форме 1 раз в 3 месяца.
ЛОР	При длительном межприступном периоде 2 раза в год. 2 раз в год
Стоматолог	2 раз в год
Аллерголог	1 раз в 3 месяца
ОАК, ОАМ, Копрограмма	2 раз в год
Биохимические исследования	По показаниям
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.

РЕАБИЛИТАЦИЯ.

Соблюдение режима дня, дневной сон после школы, достаточное пребывание на свежем воздухе. Одежда по сезону, белье хлопчатобумажное. Санация жилища, создание спокойной обстановки в семье. Из видов спорта рекомендуется ходьба, плавание, ходьба на лыжах и коньках. Не

рекомендуется занятие каратэ, хоккей, футбол,
Специфическая гипосенсибилизация с выявленным
гистоглобулин – 5 инъекций с интервалом 3-4 дня.

велосипед.
аллергеном,

Диетотерапия основана на принципах элиминации, детоксикации, гармонизации, динамичности и сбалансированности. Из диеты исключаются наиболее распространенные аллергизирующие продукты: цитрусы, яйца, мед, орехи, шоколад, какао, курица, рыба, сладости, клубника. Ограничить употребление в пищу продуктов содержащих гистамин: консервы, копчености, помидор, шпинат.

Специфическая гипосенсибилизация: если удастся определить аллерген, как, например, при атипической бронхиальной астме, связанной с пыльцевыми аллергенами, курс специфической гипосенсибилизации заканчивается перед цветением соответствующих растений.

Неспецифическая гипосенсибилизация: тавегил, фенкарол, гисталонг, димибон, супрастин.

Интал в течение 3-6 месяцев, кетотифен – 0,025 мг/кг в течение 2-3 месяцев.

Недокромил (тайленд) по 2 ингаляции 2 раза в день (курс 6-8 недель).

Витамины: В5, В15, аевит – 2 раза в год 2-3 недели.

Физическая реабилитация, дыхательные упражнения по методикам (Толкачева, Бутейко, Стрельниковой, Дурманова), массаж грудной клетки, точечный массаж.

Физиотерапевтические методы: аэрозоли и электроаэрозоли бронхоспазмолитическими препаратами, 2% р-ром гидрокарбоната натрия, 3% р-ром натрия хлорида, унитиолом. Электрофорез с использованием 2% калия йодида (йод оказывает благоприятное влияние на дренажную функцию бронхов), индуктотермия на область надпочечников (стимулирует функцию глюкокортикоидных гормонов), магнитотерапия (магнитные поля)

Лазерорефлексотерапия, спелеотерапия, барокамера, гомеопатия, психотерапия, метод интервальной гипоксической тренировки (ИГТ) с

использованием аппаратов гипоксикаторов, позволяющих создавать необходимую концентрацию кислорода во вдыхаемой смеси.

Иммунокорректирующие средства: бронхомунал, рибомунил, ИРС -19.

Фитотерапия: корень солодки, корень лопуха, фиалка 3-х цветная, трава тимьяна, листья мяты перечной, корень валерианы, плоды фенхеля, цветы ромашки. Сбор: душица 5 г, мать и мачеха 10 г, цветы боярышника 5 г. двадцать грамм сбора на 200 мл кипятка заварить в термос, настоять 8-10 часов. Принимать по 1 столовой ложке в теплом виде 3-4- раза в день и на ночь; сбор: корень девясила 20 г, фиалка трехцветная 20 г, тимьян 20 г, анис 20 г, мать и мачеха 20 г. две столовые ложки сбора на 1/2литра кипятка. Настаивать 1 час. Пить теплым 3 раза в день по 1/2 стакана настоя.

В 400 мл отвара солодки (20 г на 400 мл) растворить в 0,5 г мумие. Принимать по 100 мл детям младшего возраста и по 200 мл старше 8 лет 1 раз утром. Отвар хранить в холодильнике. Через 2 дня готовить новый.

Настой травы медуницы лекарственной (10 г травы на стакан кипятка). Пить по 1 ст. ложке 3-4 раза в день.

При легком и среднетяжелом течении бронхиальной астмы дети посещают школу, при тяжелом течении организуется обучение на дому или выделяется дополнительный выходной день. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых приступах. Выпускные экзамены проводятся по щадящему режиму.

Физкультурная группа: первый год: освобождение на 1 месяц после приступа. При тяжелом течении далее - ЛФК, при среднетяжелом и легком - подготовительная.

Противопоказаны профессии, связанные с повышенным нервно - эмоциональным напряжением, высокой физической нагрузкой, воздействием неблагоприятных метеорологических условий (нагревающий/ охлаждающий климат и т.д.), воздействием ингаляционных и контактных аллергенов, веществами, оказывающими травмирующее и токсическое действие на эпителий бронхов (лаки, краски, цемент, шерсть, пух, асбест и т.д.)

Инвалидность при тяжело течении бронхиальной астмы сроком на 2 года, при гормонозависимой форме до 18 лет. Дети имеют право на бесплатный отпуск лекарств.

Вакцинация по заключению врача иммунолога.

Санаторно-курортное лечение: местный санаторий, Анапа, Кисловодск. Снимается с учета через 5 лет стойкой 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, 14 лет. Диагноз: бронхиальная астма, персистирующая, неконтролируемая, атопическая, средней степени тяжести, период ремиссии. Состоит на учете 5 лет.

Задача 2

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку Л, 11 лет. Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, персистирующая, неконтролируемая, тяжелое течение, период ремиссии. Состоит на учете 9 лет.

Задача 3

Распишите план «Д» наблюдения с реабилитацией на следующий диспансерный год ребенку 7 лет, проживающего по адресу: г. Ставрополь. Диагноз: бронхиальная астма, атопическая, неатопическая, интермиттирующая, легкое течение, период ремиссии.

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Этапы лечения детей с бронхиальной астмой
2. Диспансеризация детей с бронхиальной астмой.
3. Реабилитация больных с бронхиальной астмой

6.Тестовые задания

1.САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ 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 БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ НАПРАВЛЯЮТ НА КУРОРТЫ А) бальнеологические Б) климатические В) горно-климатические Г) грязевые

3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 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 БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ АЛЛЕРГОЛОГОМ ПРОВОДИТСЯ

А) 1 раз в 3 месяца

Б) 1 раз в 6 месяцев

В) 1 раз в год

Г) по показаниям

5. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ МЕЖПРИСТУПНОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ А) по показаниям Б) 2 раза в год В) 1 раз в год Г) 4 раза в год

6. КРАТНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ПЕДИАТРОМ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ПРОВОДИТСЯ А) 2- 4 раза в месяц

Б) 1-2 раз в месяц

В) 3-5 раз в год

Г) ежемесячно

7.ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОВОДЯТСЯ ДЕТЯ С
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

А) по индивидуальному графику Б)

по календарю прививок

В) не проводятся

Г) по заключению иммунолога