

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ
шпаргалка

СОДЕРЖАНИЕ

1. Структура и организация работы педиатрического отделения	1аб	36. Врожденные пороки сердца. Врожденные кардиты	36аб
2. Структура детской городской поликлиники	2аб	37. Приобретенные кардиты	37аб
3. Структура детской городской поликлиники. Кабинет доврачебной помощи и педиатрический кабинет	3аб	38. Ревматизм	38аб
4. Антенатальная охрана плода	4аб	39. Артериальная гипертония. Артериальная гипотония	39аб
5. Неонатальный период. Первый патронаж к новорожденному	5аб	40. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна—Геноха). Узелковый периостит	40аб
6. Второй патронаж к новорожденному	6аб	41. Инвалидность детей при заболеваниях органов кровообращения. Реабилитация больных с сердечной недостаточностью	41аб
7. Третий патронаж к новорожденному	7аб	42. Ювенильный ревматоидный артрит. Системная красная волчанка	42аб
8. Особенности наблюдения и реабилитации недоношенных и переношенных новорожденных	8аб	43. Системный склероз. Дерматомиозит	43аб
9. Цели, задачи, программа работы школы молодых родителей	9аб	44. Острый гломерулонефрит	44аб
10. Факторы риска заболевания детей	10аб	45. Хронический гломерулонефрит	45аб
11. Наблюдение ребенка в постнатальном периоде	11аб	46. Пиелонефрит	46аб
12. Рекомендации по уходу, этапный эпикриз	12аб	47. Инфекция мочевыводящих путей	47аб
13. Наблюдение детей раннего детского периода	13аб	48. Мочекаменная болезнь. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Инвалидность детей с заболеваниями органов мочевой системы	48аб
14. Подготовка ребенка к поступлению в ДДУ	14аб	49. Железодефицитная анемия	49аб
15. Наблюдение за детьми дошкольного возраста в поликлинике	15аб	50. Гемолитические анемии	50аб
16. Определение степени функциональной готовности детей к поступлению в школу	16аб	51. Тромбоцитопеническая пурпура	51аб
17. Наблюдение детей школьного возраста в поликлинике.	17аб	52. Лейкоз. Инвалидность детей с заболеваниями крови	52аб
18. Работа врача-педиатра в школе	18аб	53. Бронхит	53аб
19. Организация и проведение профилактических прививок	19аб	54. Хроническая пневмония	54аб
20. Основные вакцины	20аб	55. Альвеолиты. Инвалидность детей при болезнях органов системы дыхания	55аб
21. Противопоказания к проведению профилактических прививок. Поствакцинальные реакции и осложнения	21аб	56. Бронхиальная астма	56аб
22. Инвалидность	22аб		
23. Реабилитационный процесс. Физеотерапевтические методы лечения	23аб		
24. Этапы реабилитации. Применение минеральной воды	24аб		
25. Этапы реабилитации. Вторичная профилактика	25аб		
26. Эзофагит	26аб		
27. Дуоденит. Гастродуоденит	27аб		
28. Энтерит. Колит (энтероколит)	28аб		
29. Панкреатит	29аб		
30. Болезни желчевыводящей системы	30аб		
31. Хронический гепатит	31аб		
32. Установление инвалидности детям при заболеваниях органов пищеварения. Гастрит	32аб		
33. Гипотрофия. Ожирение	33аб		
34. Диатезы	34аб		
35. Рахит. Спазмофилия	35аб		

1а 1. Структура и организация работы педиатрического отделения

Педиатрическое отделение — оказывает лечебно-профилактическую помощь детям в поликлинике, и на дому. Данная система создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одними и теми же врачом и медсестрой, дает возможность точно оценить развитие и состояние здоровья ребенка в динамике с учетом условий, в которых он живет и воспитывается.

Цели участкового врача-педиатра: добиваться снижения заболеваемости и смертности детей всех возрастов; проводить мероприятия, направленные на создание оптимальных условий для физического, психического, полового и иммунологического развития ребенка; осуществлять специфическую и неспецифическую профилактику.

Задачи участкового врача-педиатра:

- 1) обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;
- 2) посещение новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома;
- 3) прием здоровых детей в поликлинике, оценка их физического и психического развития, назначение рационального питания, рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике рахита, гипотрофии, ожирения, анемии;
- 4) организация на дому и в поликлинике профилактического наблюдения за детьми;
- 5) составление плана прививочной работы и контроль за его выполнением, осуществление вместе с другими

2а 2. Структура детской городской поликлиники

В детской городской поликлинике должны быть предусмотрены: фильтр с отдельным входом, изолятор с боксом, регистратура, гардероб, кабинеты (педиатров, врачей узких специальностей, лечебно-диагностические, доврачебного приема, по воспитанию здорового ребенка, рентгеновский, физиотерапевтический, процедурный, прививочный, лечебной физкультуры, массажа, социально-правовой помощи, статистики), лаборатория, административная часть, другие вспомогательные помещения.

На специальном стенде должна находиться оперативная информация о случаях инфекционных заболеваний и карантинных сроках в детских дошкольных учреждениях и школах, что позволяет быстрее осуществлять противоэпидемические мероприятия.

Задача регистратуры — обеспечить взаимосогласованную деятельность всех подразделений.

В выходные и праздничные дни в поликлинике работают дежурные врачи, которые ведут амбулаторный прием и обеспечивают вызовы на дом.

Вызовы врача на дом, переданные по телефону, при личном посещении регистратуры или в порядке самозаписи вносятся в книгу записи вызовов врача на дом, отдельную для каждого участка. Принимая вызов на дом, регистратор обязательно уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немедленно сообщает участковому педиатру, при отсутствии последнего — заведующему поликлиническим отделением или заведующему поликлиникой.

Родители должны знать, что врача следует вызывать на дом в случае острого инфекционного заболевания

3а 3. Структура детской городской поликлиники. Кабинет доврачебной помощи и педиатрический кабинет

Педиатрический кабинет размещают в изолированном от шума помещении с достаточным освещением, хорошей вентиляцией и равномерной температурой воздуха. Кабинет оборудуют столом для врача, стульями, пеленальным столиком для осмотра детей раннего возраста и кушеткой для осмотра старших детей, раковиной с подводкой горячей и холодной воды, ростомером, детскими весами. В нем должны быть небольшой столик для медицинских инструментов, шпателя, сантиметровая лента, игрушки.

В настоящее время задачей врача-педиатра является проведение профилактических бесед среди малообеспеченных и социально неблагополучных семей о гигиенических нормах и правилах ухода, а также воспитании детей разных возрастных групп.

Наиболее актуальные темы санитарной пропаганды для участкового врача-педиатра в зависимости от возраста ребенка:

- 1) правила ухода, рационального вскармливания, проведения комплекса мероприятий по закаливанию, профилактика рахита — для родителей, имеющих детей грудного возраста;
- 2) соблюдение режима дня, методы закалывающих мероприятий, профилактика острых респираторных заболеваний, специфическая профилактика детских инфекций — для родителей детей младшего и старшего ясельного возраста;
- 3) привитие навыков личной гигиены, методы закаливания и гигиеническая гимнастика, профилактика острых детских инфекций, аллергических и инфекцион-

4а 4. Антенатальная охрана плода

После взятия беременной на учет в женской консультации сведения передаются по телефону в детскую поликлинику и фиксируются в специальном журнале.

Первый дородовой патронаж к беременной женщине осуществляет участковая медицинская сестра детской поликлиники. Цель патронажа — собрать анамнез и провести инструктаж будущей матери.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на 3 группы факторов пренатального риска:

- 1) социально-биологические;
- 2) акушерско-гинекологические (включая осложнения беременности и состояние плода);
- 3) экстрагенитальные заболевания матери.

Для оценки степени риска используют шкалу значимости пренатальных факторов риска.

К группе высокого риска относятся беременные женщины с суммарной оценкой пренатальных факторов риска 10 баллов и выше, среднего риска — 5—9 баллов, низкого — до 4 баллов. С течением времени группа низкого риска, как правило, к родам уменьшается, а среднего и высокого — увеличивается. Необходимо также обратить внимание на наследственность, морально-психологический климат в семье, выяснить, желанна или случайна данная беременность.

Инструктаж касается вопросов здорового образа жизни и возможности снижения выявленных факторов риска. Медицинская сестра приглашает будущих родителей в «Школу молодой матери», которая действует в отделении здорового ребенка.

Полученные сведения и данные рекомендации тщательно регистрируются в истории развития ребенка

26 или подозрения на него, при тяжелом состоянии больного, при первичном заболевании, по активу на выписанного из больницы ребенка, при наличии контакта с инфекционным больным.

Кабинет здорового ребенка — структурное подразделение детской поликлиники — играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста.

Главной задачей кабинета здорового ребенка является обучение молодых матерей теоретическим знаниям и практическим навыкам по вопросам ухода, воспитания, особенностям развития здоровых детей раннего и дошкольного возраста.

Из наглядных пособий необходимы стенды, содержащие информацию о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, профилактике гипогалактии, проведении дородового патронажа, режиме дня, показателях физического развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики, методах закаливания детей первых трех лет жизни.

В кабинете здорового ребенка участковые педиатры ведут прием здоровых детей первого года жизни. Здесь целесообразно организовывать групповые приемы детей одного возраста или имеющих одинаковые отклонения в состоянии здоровья.

Когда врач принимает второго ребенка, сестра кабинета обучает мать первого осмотренного малыша приемам массажа и гимнастики, выдает ей памятки, а участковая сестра готовит к приему следующего пациента.

После приема последнего из приглашенных на групповой осмотр детей врач проводит с матерями беседу о воспитании детей этого возраста или с данным видом отклонений в состоянии здоровья.

В кабинете проводится работа по профилактике рахита.

46 (ф. № 112) под заголовком «Первый дородовой патронаж». Участковый врач знакомится с результатами патронажа, при необходимости посещает беременную женщину на дому.

Второй дородовой патронаж проводится на 31—38-й неделе беременности участковой медицинской сестрой. Основные его цели — проверка выполнения данных ранее рекомендаций, повторная оценка факторов риска и подготовка к послеродовому периоду.

При сборе анамнеза медицинская сестра повторно оценивает факторы пренатального риска, уточняет сведения о наследственности и морально-психологическом климате в семье, готовности к воспитанию ребенка.

Инструктаж включает такие вопросы, как:

- 1) грудное вскармливание (преимущества перед искусственным вскармливанием);
- 2) организация зоны для обслуживания ребенка;
- 3) приобретение приданого для новорожденного;
- 4) приобретение аптечки для матери и ребенка, в которой должны быть: стерильная вата и бинты, детская присыпка и крем, калия перманганат, 5%-ный раствор йода, фурацилин в таблетках, вазелиновое масло, 1%-ный водный раствор бриллиантового зеленого, резиновая грелка, детская клизма № 3, газоотводная трубка, термометр для измерения температуры тела и водяной термометр, пипетки;
- 5) информация о телефонах поликлиники и педиатрической неотложной помощи;
- 6) беседы с будущей мамой и другими членами семьи, подготавливающие к рождению ребенка.

16 специалистами реабилитации взятых на учет детей; 6) организация обследования и оздоровления детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школу;

- 7) посещение по вызовам родителей детей на дому в случае их болезни, оказание лекарственной и физиотерапевтической помощи, ЛФК, при необходимости активное наблюдение больного дома до его выздоровления, госпитализации или разрешения ему посещения поликлиники;
- 8) направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятия всех мер для экстренной госпитализации больного;
- 9) информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается негоспитализированным;
- 10) своевременное и в установленном порядке информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него, комплексная профилактика инфекционных заболеваний;
- 11) отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении.

Врач и медицинская сестра, работающие на педиатрическом участке, ведут плановую санитарно-просветительную работу с родителями ребенка, пропагандируют здоровый образ жизни, объясняют вред алкоголизма, курения в семьях.

В поликлинике организуется работа необходимых специалистов: отоларинголога, хирурга, окулиста, невропатолога, кардиоревматолога, стоматолога.

36 но-аллергических заболеваний, детского травматизма — для родителей, имеющих детей дошкольного возраста;

- 4) профилактика нарушений осанки, близорукости, ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний, невротозов, вопросы полового воспитания — для родителей, имеющих детей школьного возраста, педагогов и самих школьников.

В санитарно-просветительной работе по гигиеническому воспитанию широко практикуется организация школ молодых матерей, школ отцовства, общественных университетов для родителей при дошкольных учреждениях.

Особое внимание в вопросах гигиенической дисциплины должно уделяться детям, которые уже перенесли серьезные заболевания и находятся в стадии ремиссии.

Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок, проведение лечебной физкультуры и умеренных закаливающих процедур предупреждают рецидивы. В этих случаях нельзя пренебрегать беседами с самим ребенком, объясняя ему необходимость этих временных мер, предупреждая непредвиденные психологические срывы.

Кабинет доврачебной помощи является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники.

В него обращаются дети и их родители для проведения контрольного кормления, обработки микротравм, выдачи справок об эпидемиологической обстановке по местожительству, отъезде в детские санатории и летние оздоровительные учреждения.

В кабинете доврачебной помощи проводятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления у детей перед осмотром педиатра.

5а 5. Неонатальный период. Первый патронаж к новорожденному

После выписки новорожденного из родильного дома сведения по телефону передаются в детскую поликлинику, где в журнале посещения новорожденных записывают Ф. И. О. матери, адрес и дату рождения ребенка. В течение первых трех дней после выписки из родильного дома участковый врач и медицинская сестра выполняют первый патронаж новорожденного. Дети с факторами риска, врожденными аномалиями и заболеваниями, недоношенные или переношенные, а также первый ребенок в семье должны быть осмотрены в первый день после выписки из родильного дома.

Анамнез включает сбор социальных, биологических и генеалогических сведений. В обменной карте содержатся сведения о беременности и родах, состоянии ребенка при рождении (оценка по шкале Апгар), основные параметры физического развития (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки), группа здоровья и группа риска.

Объективное обследование проводится по системам: кожные покровы, поза, голова, грудная клетка, живот, гениталии, конечности, нервное и психическое развитие.

Проводят инструктаж родителей по вопросам ухода за ребенком, вскармливания и воспитания.

Рекомендации по уходу. Детскую кроватку следует поставить в светлом месте комнаты, но не на сквозняке. Новорожденного кладут в кроватку на бок, без подушки.

Купание производится ежедневно в специальной детской ванночке, которую не используют для стирки пеленок или детского белья. Продолжительность

6а 6. Второй патронаж к новорожденному

Второй патронаж к новорожденному осуществляется на 14-й день жизни ребенка. Его **цель** — повторное обследование новорожденного по органам и системам для установления состояния здоровья, контроль выполнения рекомендаций, ответы на вопросы матери в связи с возникшими проблемами, инструктаж.

При сборе анамнеза необходимо выяснить вопросы вскармливания, режима дня, поведения новорожденного.

Объективное обследование проводится поэтапно. Необходимо оценить, как ребенок прибавляет в весе. Если бывают срыгивания, то следует объяснить матери, что у детей до 1 года имеется физиологическая недостаточность в работе сфинктерного аппарата желудочно-кишечного тракта.

При заглатывании воздуха во время кормления ребенка следует поддержать вертикально 10 мин после кормления. Если срыгивания упорные, постоянные, бывает рвота фонтаном, ребенок плохо прибавляет в весе, то его необходимо обследовать в стационаре.

С двухнедельного возраста у детей могут возникнуть схваткообразные боли в животе (колики), что обусловлено адаптацией ЖКТ к новым условиям жизни. Это проявляется внезапным беспокойством ребенка.

Мать обязана сообщить о таких симптомах участковому врачу, который оценивает, являются ли данные изменения функциональными отклонениями или обусловлены органической патологией.

Инструктаж проводится матери о значении массажа и гимнастики для новорожденного. Массаж и гимнастику подключают к закаливающим и оздоровительным мероприятиям.

7а 7. Третий патронаж к новорожденному

Третий патронаж к новорожденному проводится на 21-й день жизни ребенка. Его **цели** — наблюдение в динамике за состоянием здоровья и условиями развития новорожденного, вскармливанием, проведение санитарно-просветительной работы, лечение выявленных отклонений в развитии.

При обследовании новорожденного необходимо обратить внимание на его поведение, самочувствие, реакцию на окружающую обстановку. В динамике оценивают показатели массы тела, роста, окружности головы, грудной клетки, состояние большого родничка.

На слизистой полости рта может быть молочница при дефектах ухода за ребенком. Новорожденный на третьей неделе жизни уже может фиксировать взгляд, реагировать положительными эмоциями на ласковое обращение к нему.

Кожные покровы в норме эластичные, бархатистые, розовые, чистые. При наличии гнойничков необходимо лечение на дому при удовлетворительном состоянии ребенка и возможности хорошего ухода.

При состоянии средней тяжести или неблагоприятном санитарно-культурном уровне в семье участковый врач дает направление для обследования и лечения в стационаре.

Область пупка к 21-му дню жизни ребенка должна быть эпителизирована. При гнойном отделяемом из пупочной ранки, гиперемии вокруг пупка следует направить ребенка в стационар.

Для определения состояния новорожденного врач повторно оценивает безусловные физиологические

8а 8. Особенности наблюдения и реабилитации недоношенных и переношенных новорожденных

Все недоношенные и переношенные новорожденные дети относятся к группе риска. Они требуют повышенного внимания участкового врача: первый патронаж к ним осуществляется на следующий день после выписки из родильного дома или стационара (отделения I и II этапа выхаживания), — так как нуждаются в особом уходе в силу своей ослабленности.

При сборе анамнеза необходимо по возможности установить этиологические факторы, которые привели к рождению недоношенного или переношенного ребенка, так как от этого зависит объем реабилитационных мероприятий.

При объективном обследовании следует помнить о функциональных особенностях недоношенных детей. Со стороны нервной системы характерны синдром угнетения, слабый крик, снижение мышечного тонуса, физиологических рефлексов, несовершенство терморегуляции.

Выхаживание недоношенных детей представляет собой чрезвычайно сложную задачу. Для сохранения их жизнедеятельности необходимо создавать специальные условия ухода и вскармливания.

Вскармливание недоношенных представляет значительные трудности. Из-за малой емкости желудка таким детям рекомендуют частое кормление малыми порциями. Для недоношенного ребенка особенно важно вскармливание грудным молоком, так как выделение собственных пищеварительных ферментов недостаточно. Грудное вскармливание компенсирует низкий уровень гуморального иммунитета недо-

66 Основными приемами массажа являются поглаживание, растирание, разминание, поколачивание, вибрация. На начальных этапах массаж должен быть легким, из всех приемов применяют преимущественно поглаживание, так как оно способствует расслаблению мышц.

Первое упражнение: ребенок лежит на спине, мать дает ему ухватиться руками за свои большие пальцы, затем разводит руки новорожденного в стороны и сводит их вместе, скрестив на груди. Упражнение помогает расслабить мышцы грудной клетки и плечевого пояса.

Второе упражнение: ребенок лежит на спине, мать поднимает его руки над головой и опускает через стороны вниз. Упражнение расслабляет мышцы плечевого пояса, верхних конечностей.

Третье упражнение: ребенок лежит на спине, мать берет его за голени и плавно пригибает колени к животу, затем разгибает ноги. Упражнение расслабляет мышцы ног, помогает ребенку освободить кишечник от газов.

Четвертое упражнение: ребенок лежит на животе, мать подпирала ступни ребенка руками, это заставляет малыша выпрямлять ноги и ползти вперед (рефлекторное ползание). Упражнение способствует развитию мышц ног, рук и спины.

Для воспитания и развития зрительного сосредоточения новорожденного над кроваткой на расстоянии 40–50 см от лица подвешивают игрушки.

86 ношенного и неспецифических факторов защиты. Риск развития анемии недоношенных при естественном вскармливании ниже. Для искусственного вскармливания могут быть использованы адаптированные смеси.

Все недоношенные дети осматриваются невропатологом, отоларингологом, окулистом на первом месяце жизни. При выявлении нарушений со стороны ЦНС, опорно-двигательного аппарата, слуха, нарушения зрения недоношенные дети находятся под наблюдением специалиста соответствующего профиля.

Среди переносимых новорожденными заболеваемости и смертность также значительно выше, чем у доношенных детей. У них чаще бывают асфиксия, родовая травма центральной нервной системы, аспирационный синдром, пиодермия, острые респираторные заболевания, задержка психического развития, склонность к избыточной массе тела, висцеро вегетативные нарушения (повышенная возбудимость, срыгивания, запоры, дискинезии желудочно-кишечного тракта).

Программа реабилитации, как и у недоношенных детей, составляется в индивидуальном порядке в соответствии с выявленными факторами риска.

Учитывая склонность переносимых новорожденных к избыточной массе тела, рекомендуют увеличить число кормлений (7 вместо 6), но уменьшать разовый объем пищи в первые месяцы жизни. При выраженной сухости кожи, ее шелушении хороший эффект оказывают гигиенические ванны, смягчающие и питающие кожу.

56 купания — 10 мин. Хорошо добавить в воду отвары трав (череды, ромашки). Ребенка следует постепенно погружать в воду, завернутым в пеленку, чтобы не вызвать беспокойства.

Утренний туалет — каждое утро после первого кормления ребенка умывают ватным тампоном, смоченным теплой кипяченой водой, глаза — от наружного угла к внутреннему, отдельным тампоном каждый глаз. Нос очищают ватными турундами, смоченными вазелиновым маслом.

Пеленание — важный момент ухода за новорожденным. Рекомендуют свободное и широкое пеленание. Для свободного пеленания ребенку надевают распашонку с зашитыми рукавами. Ноги укладывают в пеленку.

Правильное вскармливание новорожденного обеспечивает его своевременное гармоничное развитие и формирует иммунитет. Прикладывание ребенка к груди сразу после рождения стимулирует лактопоз. Необходимо разъяснить матери преимущества грудного вскармливания и на период становления лактации рекомендовать грудное кормление по требованию ребенка.

При отсутствии женского молока могут быть назначены его заменители — адаптированные к женскому молоку смеси.

С первых дней жизни малышу необходим правильный режим дня (чередование во времени основных физиологических потребностей: сна, бодрствования, питания, прогулок, гигиенических и закаляющих мероприятий). Это способствует формированию определенного ритма жизни.

При первом патронаже новорожденного необходимо рассказать матери о состояниях, требующих срочной медицинской помощи, и сообщить, куда надо обращаться за помощью при заболеваниях.

76 рефлексы (Бабкина, сосательный, хватательный, автоматической походки, ползания), проводит перкуссию и аускультацию легких, сердца, пальпацию живота.

Инструктаж. Затем врач уточняет в беседе с матерью характер физиологических отклонений у ребенка, дает рекомендации по вскармливанию и уходу за новорожденным, отвечает на вопросы, возникшие у нее на протяжении третьей недели жизни ребенка.

Во время третьего патронажа следует рассказать маме о рахите у детей и подготовить ее к необходимости профилактики этого заболевания, проинформировать о значении ультрафиолетовых лучей, витамина D для жизнедеятельности организма и выписать рецепт для приобретения в аптеке масляного раствора витамина D в профилактической дозе 450 МЕ/сут.

Необходимо рассказать о дефицитных анемиях у детей, значении грудного вскармливания и профилактике анемий. Врач обсуждает с мамой вопросы закаливания организма ребенка и укрепления его резистентности, знакомит с методикой обучения плаванию.

В конце беседы участковый врач приглашает маму с ребенком на прием в поликлинику по исполнению малышу одного месяца, доводит до сведения расписание работы участкового врача и специалистов и сообщает о дне здорового ребенка.

К концу периода новорожденности участковый врач должен составить прогноз состояния здоровья ребенка для первого года жизни. Некоторые дети групп риска могут быть сняты с диспансерного наблюдения и со второго месяца наблюдаться так же, как здоровые дети.

9а 9. Цели, задачи, программа работы школы молодых родителей

Цель школы молодых родителей — привлечение будущих родителей к осознанному и полноценному участию в воспитании здорового ребенка.

Задачей школы молодых родителей является расширение знаний родителей по воспитанию здорового ребенка путем санитарно-просветительной работы:

- 1) обучение родителей уходу за новорожденным ребенком;
- 2) обучение методике естественного вскармливания;
- 3) обучение режимам дня;
- 4) обучение методам физического воспитания (организации купания, гимнастики, массажа, закаливающих процедур);
- 5) подготовка грудных желез матери к кормлению новорожденного;
- 6) пропаганда естественного вскармливания;
- 7) рекомендации по режиму дня и питанию беременной и кормящей матери;
- 8) рекомендации будущим родителям по организации здорового образа жизни;
- 9) рекомендации по профилактике нарушений здоровья молодых родителей;
- 10) мероприятия по оздоровлению будущих родителей;
- 11) рекомендация соответствующей литературы, выдача памяток, просмотр видеофильмов.

Программа работы школы будущих родителей включает следующие моменты.

1. Мероприятия по оздоровлению будущих матерей и отцов:
- 1) взятие на учет девушек региона обслуживания;

10а 10. Факторы риска заболеваемости детей

Факторы риска нарушения состояния здоровья в период социальной адаптации и риска повышенной заболеваемости ОРВИ:

- 1) возраст матери свыше 30 лет;
- 2) вредные привычки матери;
- 3) экстрагенитальная патология матери;
- 4) патология беременности и родов;
- 5) токсоплазмоз и другие латентные инфекции у матери и плода;
- 6) острые инфекции матери в конце беременности и во время родов;
- 7) асфиксия новорожденного;
- 8) недонашивание;
- 9) крупновесный плод;
- 10) неудовлетворительные бытовые условия;
- 11) III, IV, V группы здоровья ребенка.

Факторы риска развития патологии:

- 1) вредные привычки матери;
- 2) экстрагенитальная патология матери;
- 3) ОРВИ и другие бактериальные инфекции, особенно перенесенные в конце беременности и в родах;
- 4) умственная отсталость матери;
- 5) выкидыши в анамнезе, мертворождения, многоплодная беременность, бесплодие;
- 6) профессиональные вредности;
- 7) возраст матери до 16 лет и старше 40 лет;
- 8) патология беременности и родов;
- 9) узкий таз;
- 10) токсикоз первой половины беременности;
- 11) многоводие;
- 12) патология плаценты;

11а 11. Наблюдение ребенка в постнатальном периоде

На первом году жизни участковый врач ежемесячно осматривает ребенка в поликлинике. Осмотр включает сбор анамнеза, объективное обследование, инструктаж и регистрацию информации в истории развития ребенка (Ф. № 112).

Собирая анамнез, необходимо обратить внимание на психологический климат в семье после появления ребенка, вопросы вскармливания, ухода и воспитания.

При объективном обследовании оценивают физическое развитие методом центильных характеристик, нервно-психическое развитие по линиям развития. Особое внимание необходимо обратить на пропорциональность и гармоничность развития, становление двигательной активности.

Малый родничок обычно закрывается на втором месяце жизни, большой родничок — к 16 месяцам. Безусловные рефлексы постепенно исчезают к 3-месячному возрасту. Гуление и лепетание к 4—6 месяцам приобретает эмоциональную окраску (требование, недовольство), к первому году ребенок может говорить простые слова.

На первом году жизни могут быть выявлены врожденные пороки развития внутренних органов, врожденные пороки сердца, почек, ЦНС, органов пищеварения, легких, наследственные нарушения обмена веществ. При выявлении шума в области сердца необходимо назначить консультацию кардиолога, УЗИ, ЭКГ, ФКГ.

При осмотре живота часто обнаруживают пупочную грыжу. У мальчиков при осмотре гениталий может быть выявлена водянка яичка, которая у многих исчезает к концу первого года жизни. К 3 месяцам жизни ребенок должен быть осмотрен ортопедом для исключения врожденного вывиха бедра.

12а 12. Рекомендации по уходу, этапный эпикриз

Большую роль в воспитании ребенка имеет рационально построенный режим дня, учитывающий физиологические возможности малыша и способствующий активной жизнедеятельности всех его органов и систем.

Он представляет собой чередование во времени кормления, сна и бодрствования в соответствии с физиологическими возможностями ребенка.

Правильно подобранный режим дня помогает становлению психической составляющей личности ребенка. Непредсказуемость поведения сменяется регулярностью требований уже к 2-месячному возрасту. Своевременное разумное удовлетворение потребности ребенка развивает привязанность к родителям, которая проявляется с 3-месячного возраста.

Время бодрствования должно использоваться для физического и умственного развития. С целью гармоничного физического развития разработаны специальные комплексы упражнений. Такие занятия проводит с ребенком мать. Лучше, чтобы они выполнялись в одно и то же время суток и сопровождались положительными эмоциями.

Физическое и умственное развитие ребенка тесно взаимосвязаны. В ЦНС центры двигательной активности рук и речи находятся рядом.

Основные эмоции ребенка связаны со стремлением к самостоятельности. Уже во втором полугодии жизни появляются негативизм и дух противоречия. Это могут быть отказ от пассивного кормления с ложки или нежелание садиться на горшок.

- 106** 13) внутриутробная гипоксия плода;
14) 4-я беременность и более;
15) период между предыдущими и настоящими родами 1 год и менее;
16) слабость родовой деятельности;
17) преждевременная отслойка плаценты;
18) применение акушерских методов родов;
19) обвитие пуповины;
20) иммунологическая несовместимость крови матери и плода;
21) недонашивание;
22) асфиксия новорожденного;
23) масса тела ребенка 4 кг и более;
24) дети с уровнем стигматизации 5 баллов и более.

Новорожденные группы социального риска:

- 1) дети из социальнонеблагополучных семей;
- 2) дети из неполных семей;
- 3) дети из многодетных семей;
- 4) дети из семей с низким уровнем материальной обеспеченности;
- 5) дети, родители которых студенты.

126 **Закаливание воздухом** начинают с первых дней жизни ребенка во время пеленания, проветривания, прогулок. В хорошую погоду летом ребенок должен быть на улице в течение всего дня. Дети грудного возраста на свежем воздухе легко засыпают.

Водные процедуры дозируются по температуре и времени. Воздействие холодной воды на кожу способствует сужению капилляров. Затем происходит их расширение (фаза активной гиперемии). При длительном воздействии холода тонус капилляров значительно падает, кожа становится цианотичной, замедляется число сердечных сокращений, что важно учитывать при контроле за закаливающими процедурами.

Основными приемами закаливания водой являются обтирание, обливание, душ и плавание. Закаливание следует начинать с обтирания. Отдельные части тела обтирают смоченной в воде фланелевой рукавичкой, затем растирают сухим махровым полотенцем. Обливание проводится из кувшина. Душ оказывает влияние на организм ребенка разностью температуры воды и массирующим воздействием. Температуру воды при закаливании душем и обливании можно снижать постепенно или пользоваться контрастным способом.

Этапный эпикриз позволяет оценить состояние ребенка в динамике, определить эффективность проводимых оздоровительных мероприятий и выявить факторы риска на ранних этапах развития патологии.

96 2) оздоровление девушек, состоящих на диспансерном учете по какому-либо заболеванию, включая лечение в дневных стационарах и санаторно-курортное лечение;

3) санация у молодых и будущих родителей хронических очагов инфекции;

4) чтение курса лекций молодым родителям по определенной программе;

5) улучшение качества и эффективности наблюдения за социально неблагополучными семьями.

2. Мероприятия по обучению молодых родителей

навыкам ухода за новорожденным:
1) проведение с будущими родителями профилактических занятий в кабинете здорового ребенка по уходу за новорожденными и маленькими детьми;

2) обучение молодых родителей технологии приготовления детского питания;

3) рекомендации молодым родителям по организации домашнего микроклимата;

4) оздоровление детей из групп риска по лор-заболеваниям и ортопедической патологии.

3. Прогнозирование здоровья будущего ребенка

и организация профилактических мероприятий в соответствии с группой риска.

116 Инструктаж родителей касается вопросов вскармливания, ухода за ребенком, воспитания.

Вскармливание играет важную роль в развитии ребенка. На протяжении первого года жизни ребенок обязательно должен получать грудное молоко.

В крайнем случае альтернативой ему могут быть адаптированные молочные смеси. Однако к 5–6 месяцам, когда возрастающие потребности ребенка уже не могут быть удовлетворены увеличением количества грудного молока или смеси, вводят прикорм.

Для адаптации желудочно-кишечного тракта ребенка к новому виду пищи прикорм вводят постепенно на протяжении 2 недель, начиная с 5–10 мл и увеличивая ежедневно его количество таким образом, чтобы одно кормление грудным молоком заменить новым видом пищи. Следующие две недели питание не изменяют.

В 6–7 месяцев вводят второй прикорм, заменяя им еще одно кормление грудным молоком.

По сравнению с грудным молоком прикорм представляет собой более высококачественный вид пищи. Его следует давать до кормления из груди матери, пока ребенок голодный.

Не следует назначать прикорм в более ранние сроки, так как это может способствовать в дальнейшем развитию желудочно-кишечных заболеваний. В настоящее время отмечается значительный рост эрозивных и язвенных поражений желудка, двенадцатиперстной кишки.

Ко времени введения прикорма органы пищеварения ребенка должны быть достаточно зрелыми.

13а

13. Наблюдение детей раннего детского периода

В раннем детском возрасте за здоровьем ребенка осуществляют наблюдение участковый врач и педиатр детского дошкольного учреждения (ДДУ), если ребенок посещает детский коллектив. На втором году жизни врач осматривает ребенка 1 раз в квартал, на третьем году жизни — раз в полугодие. Осмотры проводятся в кабинете участкового врача детской поликлиники или в кабинете врача в ДДУ.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на данные предыдущих осмотров, перенесенные заболевания, детские инфекции, сведения о прививках, аллергоанамнез, наследственность, отклонения в развитии, выявленные ранее.

Объективное обследование проводится систематизировано. Особое внимание обращают на состояние носоглотки, так как многие дети в этом возрасте часто страдают респираторными заболеваниями с затяжным и рецидивирующим течением. Выявляют степень гиперплазии и рыхлость миндалин, заложенность носа, наличие аденоидов (ребенок дышит ртом). В этом возрасте у детей часто бывают отиты, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями строения лор-органов. Следует обратить внимание на порядок прорезывания зубов и их количество, может быть выявлен кариес.

При осмотре ног обращают внимание на конфигурацию свода стопы для выявления косолапости.

Наличие шума над областью сердца может быть обусловлено возрастными особенностями (грудная клетка развивается быстрее, чем происходит рост сердечно-сосудистой системы) или патологией.

14а

14. Подготовка ребенка к поступлению в ДДУ (детском дошкольном учреждении)

Родители оформляют ребенка в детский коллектив на 2—3-м году жизни. Поступление в ДДУ приводит к сбою в адаптации способствует снижению иммунологической реактивности, что в условиях новых контактов приводит к инфицированию и заболеванию. Чаще всего встречаются острые респираторные заболевания.

При подготовке ребенка к поступлению в ДДУ его необходимо приучать к общению с новыми людьми. Ребенок должен самостоятельно есть и засыпать. Режим дня максимально приближают к режиму дня в младшей ясельной группе. Мероприятия по общей подготовке касаются вопросов ухода, физического и нервно-психического развития, воспитания, закаливания ребенка.

Весь **период адаптации** делят на 3 этапа: острый, подострый и период компенсации. В остром периоде изменяется эмоциональное состояние, нарушается поведение, ухудшается сон, аппетит, возникают вегетативные и гормональные сдвиги. В подостром периоде ребенок активно осваивает новую среду, происходит восстановление биоритмов различных органов и систем. Быстрее нормализуются аппетит, затем сон и эмоции, и только потом — игра и речь. В период компенсации системы и органы работают согласованно, что проявляется положительными эмоциями и уравновешенным поведением.

По степени тяжести различают адаптацию легкую, средней тяжести и тяжелую. При легкой адаптации нарушения поведения, аппетита, сна, общения, речевой активности продолжаются не более месяца. За этот же срок нормализуются функциональные отклонения, заболеваний не возникает. При адаптации средней тяжести изменения более выражены.

15а

15. Наблюдение за детьми дошкольного возраста в поликлинике

Начиная с дошкольного возраста, ребенок наблюдается участковым врачом 1 раз в год. При посещении ДДУ наблюдение осуществляет педиатр данного учреждения. В случае выявления отклонений в здоровье ребенка направляют для обследования в поликлинику.

При медицинских осмотрах участковый педиатр оценивает физическое и психическое развитие ребенка, проводит систематизированный осмотр, а также планирует медицинские и педагогические мероприятия.

Для **оценки физического развития** изучают антропометрические данные ребенка. Обращают внимание на развитие позвоночника, своевременно выявить нарушение осанки, оценить развитие мышц.

При **оценке психического развития** необходимо обратить внимание на интеллектуальные способности ребенка, речь, память, внимание и мышление.

В данном периоде происходит смена молочных зубов на постоянные. В возрасте 5 лет прорезываются нижние постоянные резцы, в 6 лет — верхние, в 5—8 лет — большие коренные зубы. Костная система детей богаче хрящевой тканью по сравнению со взрослыми.

Формирование физиологических изгибов позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах продолжается на протяжении всего дошкольного возраста. Неправильное положение тела в постели и при сидении за столом приводит к легкому нарушению осанки. Неудобная обувь мешает правильному формированию свода стопы ребенка.

У детей младшего дошкольного возраста (4—5 лет) мышцы-разгибатели развиты недостаточно. Вследствие этого ребенок часто принимает неправильные позы: опущенная голова, сведенные плечи, сутулая спина. Из

16а

16. Определение степени функциональной готовности детей к поступлению в школу

К **медицинским критериям школьной зрелости** относят комплексную оценку состояния здоровья (уровень биологического развития, заболеваемости за предшествующий период, психофизиологические критерии). При выдаче медицинского заключения о готовности к обучению следует учитывать медицинские показания к отсрочке обучения детей 6-летнего возраста.

Определение психофизиологической готовности детей к поступлению в школу проводится в сентябре-октябре года, предшествующего началу обучения.

Медико-педагогическая комиссия, включающая психолога, педиатра, а также педагога, выявляет детей, не готовых к обучению.

Таким детям необходима специальная подготовка, эффективность которой определяют в феврале-марте года поступления в школу при повторном психофизиологическом обследовании.

Психофизиологически незрелые дети остаются еще на год в детском саду (в подготовительной группе детского сада). Если ребенок ранее не посещал ДДУ, его определяют на год в подготовительную группу. Окончательное решение медико-педагогической комиссии оформляется перед началом учебного года (в июле-августе).

Готовность ребенка к школе рассматривают на трех уровнях.

Первый уровень — морфофункциональный (физическое развитие, резистентность, нейродинамические свойства, развитие речи, мышц, работоспособность).

146 Сон, аппетит и двигательная активность восстанавливаются в течение месяца, а речевая активность — в течение двух месяцев. Функциональные отклонения выражены более отчетливо. Развивается ОРЗ. Тяжелая адаптация отмечается значительной длительностью — от 2 до 6 месяцев, может протекать в двух вариантах — рецидивирующие ОРЗ или невротическое состояние. Тяжелая адаптация — прогностический тест поведения ребенка в стрессовых ситуациях, неадекватное поведение встречается в 90% случаев, такие дети часто находятся на учете у психоневролога. Полная адаптация состояния здоровья у них происходит через 1,5—2 года.

При поступлении ребенка в ДДУ должны быть **документы**: выписка из истории развития ребенка (развернутый эпикриз), справка об отсутствии контактов с инфекционными больными.

Плановые профилактические осмотры детей проводятся: детям 2—3 лет раз в квартал, старше 3 лет — раз в полугодие. Углубленные осмотры педиатра с привлечением других специалистов осуществляют раз в год (специалисты выезжают в ДДУ).

Врач ДДУ проводит противорецидивные и лечебно-оздоровительные мероприятия. Для повышения защитных сил организма назначают настойку элеутерококка, эхинацеи, эстифан. Санитарируют носоглотку (УФО и УВЧ на миндалины детям старше 3 лет, ингаляции, календулы, эвкалипта, полоскание зева растворами шалфея), назначают витамины.

Совершенствование системы дошкольного воспитания позволяет укрепить состояние здоровья детей, создает предпосылки для обучения детей в школе.

166 **Второй уровень** — умственная готовность (восприятие, память, мышление, воображение).

Третий уровень — личностная готовность (отношение к школе, учебно-познавательной деятельности, сверстникам и взрослым, умение строить взаимоотношения, усваивать и реализовывать нравственные нормы).

Определение психофизиологической зрелости проводится по специальным диагностическим программам. Они включают разнообразные тесты, которые постоянно совершенствуются и обновляются.

Современная диагностическая программа включает вопросник на осведомленность: Ф. И. О., адрес, дополнение фраз начатого предложения, мотивационную готовность (отношение к школе). Используют тесты в картинках, детям предлагают играть в игру.

При проведении психологических исследований оценивают также развитие речи (рассказы по картинкам), уровень саморегуляции (по различным игровым методикам), моторику руки, уровень физической подготовленности.

В результате обследования выявляют детей с высоким уровнем психофизиологического развития, со средним уровнем (недостаточное развитие мотивации и волевых качеств) и с низким уровнем.

Дальнейшая программа подготовки ребенка к школе проводится воспитателем группы ДДУ дифференцированно в зависимости от результатов проведенного обследования. При необходимости в подготовке ребенка участвуют специалисты: логопед, психолог, педиатр.

136 При аускультации легких у детей в возрасте от года до 3 лет прослушивается пузрильное (близкое к жесткому) дыхание, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями бронхолегочной системы.

Обследование половых органов проводится у каждого пациента, при этом может быть выявлен аденогенитальный синдром у мальчиков — водянка яичек и др. При подозрении на аденогенитальный синдром проводят консультацию эндокринолога. При водянке яичек к 2 годам показано хирургическое вмешательство.

Оценивая нервно-психическое развитие, врач обращает внимание на речь. В 1 год ребенок говорит простые слова, а к 2—3-м годам — предложения. По просьбе врача ребенок показывает глаза, рот, пальцы. Рассматривая предметы, малыш задает вопросы: «Что это?», «Почему?», «Когда?», «Где?» В этом возрасте дети хорошо запоминают простые стихи и мелодии.

На втором году жизни ребенок начинает рисовать, к двум годам складывает кубики, играет в прятки. Совершенствуются эмоциональные переживания: радость, обида, любовь, страх. Легкая внушаемость и послушность ребенка благоприятны для воспитания.

Инструктаж родителей касается главным образом вопросов воспитания ребенка.

Следует приучить его к опрятности: умываться утром и вечером, чистить зубы, мыть руки перед едой.

В раннем детском возрасте проводятся занятия гимнастикой. На втором году жизни ребенок тренируется в хождении, на третьем году подключаются бег и прыжки. Летом упражнения можно проводить на открытом воздухе, в тени.

Проводится тренировка организма закаливанием.

156 этого следует, что для правильного формирования осанки имеет значение состояние костной и мышечной систем.

Воспитание в данном возрасте имеет особое значение, так как идет подготовка ребенка к школе. Это требует значительных изменений в нервно-психическом развитии, совершенствования двигательных навыков и закаливания, укрепления иммунологической реактивности.

Для правильного психического развития следует воспитывать самостоятельность и уменьшать чувство привязанности к родителям, если оно слишком развито у ребенка. Готовясь к школе, ребенок должен безболезненно расставаться с мамой. Следует развивать у него способность контролировать свои желания, вести себя уравновешенно, преодолевать чувство страха и разлуки. Необходимо формировать у ребенка способность к коллективным играм, общению со сверстниками.

Во время занятий необходимо следить за осанкой ребенка и укреплять мышцы, удерживающие позвоночник в правильном положении.

При развитии двигательной активности необходимо все больше использовать утреннюю гимнастику, коллективные подвижные игры.

Следует приучить ребенка к опрятности: самостоятельно умываться по утрам, аккуратно относиться к своей одежде, после окончания игры убирать за собой, мыть руки перед едой, пользоваться носовым платком, аккуратно есть.

В дошкольном возрасте формируется специфический иммунный ответ на антигенную стимуляцию. У часто и длительно болеющих детей задерживается становление иммунологической реактивности и развивается транзиторная иммунная недостаточность.

17a 17. Наблюдение детей школьного возраста в поликлинике

Школьный период делится на младший школьный период (6—9 лет), средний школьный период (10—14 лет) и подростковый период (15—17 лет). С младшим и средним школьным возрастом работает педиатр, а с подростковым — подростковый врач. Обследование детей школьного возраста осуществляется во время плановых осмотров с приглашением специалистов в соответствии со схемой динамического наблюдения здоровых детей. Для более тщательного сбора анамнеза следует чаще проводить опросы детей. Обращают внимание на перенесенные заболевания, особенности поведения, темпы физического и психического развития.

При обследовании по органам и системам наибольшее внимание уделяют состоянию кожи (могут быть угри), состоянию зубов (кариес). Необходимо оценить осанку ребенка и выявить в ранних стадиях ее нарушения, также важна своевременная коррекция нарушений зрения.

Средний и старший школьный возраст — это период существенных гормональных перестроек в организме подростка, период полового созревания, что отражается на состоянии всех органов и систем. Следует выявлять и лечить ожирение, гипоталамический синдром, вегетососудистые дистонии, гипертензивные и гипотензивные состояния. Данная патология чаще появляется на фоне имеющихся хронических очагов инфекции в носоглотке, желчевыводящих и мочевыводящих путях. Необходимо оценить правильное (в соответствии с полом и возрастом ребенка) развитие вторичных половых признаков.

Для оценки физического развития учитывают антропометрические данные и двигательные навыки. При

18a 18. Работа врача-педиатра в школе

В ребенке воспитывают негативное отношение к курению, алкоголизму и наркомании, поддерживая отрицательные эмоции к вредным привычкам.

Этому противопоставляют здоровый образ жизни, ориентируя ребенка на значение сохранения его собственного здоровья. Воспитание здорового образа жизни не может осуществляться в приказном порядке.

Воспитывают и закрепляют в ребенке здоровый интерес к физическим упражнениям на свежем воздухе, увлечениям спортом, книгами, к путешествиям, организованному досугу в свободное время.

Период полового созревания сопровождается транзитным иммунодефицитным состоянием. В этом возрасте следует активно продолжать закаливающие процедуры, соблюдать режим дня для исключения физических и психологических перегрузок, принимать весной и осенью поливитамины, своевременно санировать хронические очаги инфекции.

Следует своевременно проводить профилактику ожирения, психоневрозов, дисфункции щитовидной железы. Имеют значение ранняя диагностика гинекологической патологии у девочек, ее лечение в начальных стадиях.

В школьном возрасте продолжается совершенствование двигательных функций. Физические упражнения на скорость (скоростной бег, быстрые игры, одевание, раздевание и др.) в 6—9 лет способствуют развитию скоростных процессов в умственной деятельности.

Школьный врач работает под руководством и контролем заведующего дошкольно-школьным отделением поликлиники.

В обязанности педиатра входят:

- 1) своевременные медицинские осмотры детей с заключением о состоянии здоровья, определени-

19a 19. Организация и проведение профилактических прививок

Прививочная работа в поликлинике организуется и проводится в соответствии с приказом, в котором утверждены календарь профилактических прививок, инструкция о тактике проведения иммунизации, основные положения об организации и проведении профилактических прививок, перечень медицинских противопоказаний к иммунизации, порядок регистрации информации об осложнениях от прививок.

Профилактические прививки должны проводиться в сроки, установленные календарем. В случае их нарушения разрешается одновременное введение нескольких вакцин, но в разные участки тела и отдельными шприцами.

При раздельном проведении прививок минимальный интервал должен быть не менее месяца. Если прививка против гепатита В проводится не в один день с другими прививками, то интервал между их введением не регламентируется.

Профилактические прививки проводятся в соответствующим образом оснащенных прививочных кабинетах поликлиник или других помещениях при строгом соблюдении санитарно-гигиенических требований.

Прививочный кабинет поликлиники должен состоять из помещений для проведения прививок и хранения прививочной картотеки и иметь холодильник для хранения прививочных препаратов, шкаф для инструментария и набора медикаментов для неотложной и противошоковой терапии, боксы со стерильным материалом, пеленальный стол или медицинскую кушетку, стол для подготовки прививочных препаратов, стол для хранения медицинской документации. В кабинете должны

20a 20. Основные вакцины

Первая прививка проводится в течение 24 ч после рождения ребенка. Это иммунизация против гепатита В.

Вакцину вводят внутримышечно в область дельтовидной мышцы детям старшего возраста или в переднебоковую область бедра — новорожденным и детям младшего возраста.

В виде исключения пациентам с тромбоцитопенией и другими заболеваниями свертывающей системы крови вакцина может вводиться подкожно.

Вторая прививка проводится в возрасте 1 месяца, третья — в 5 месяцев, одновременно с АКДС и ОПВ. Недоношенных детей с массой тела менее 2 кг прививают с двух месяцев с аналогичными интервалами между прививками.

Первичную вакцинацию против туберкулеза осуществляют новорожденным детям на 3—4-й день жизни. Вакцина БЦЖ — это живые высушенные бактерии вакцинного штамма БЦЖ № 1. Одна прививочная доза — 0,05 мг БЦЖ — растворяется в 0,1 мл растворителя, вводится внутривенно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча.

Недоношенных детей с массой тела менее 2 кг, а также детей, не вакцинированных в родильном доме по медицинским противопоказаниям, вакцинируют в поликлинике БЦЖ-М вакциной. Дети старше двух месяцев, не вакцинированные в период новорожденности, прививаются в поликлинике после постановки туберкулиновой пробы при отрицательном ее результате.

В возрасте 7 лет ревакцинации подлежат дети, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

- 186** ем медицинской группы для занятий физкультурой и составлением плана лечебно-оздоровительных мероприятий;
- на основании анализа медицинских осмотров составление плана мероприятий по укреплению здоровья школьников, который рассматривают на педагогическом совете, утверждают главный врач поликлиники и директор школы;
 - осуществление медицинского контроля за физическим воспитанием в школе, режимом работы, трудовым обучением, организацией питания, санитарно-гигиеническими и противозидемическими мероприятиями;
 - проведение работы по профессиональной ориентации школьников с учетом состояния их здоровья, подготовки материалов для комиссии по освобождению учащихся от переводных и выпускных экзаменов;
 - амбулаторный прием в школе, оказание медицинской помощи нуждающимся;
 - проведение санитарно-просветительной работы, профилактика травм и их учет;
 - наблюдение за диспансерными больными, их оздоровление.

206 Вакцинация против полиомиелита проводится живой полиомиелитной оральной вакциной, содержащей ослабленные штаммы вируса полиомиелита человека трех иммунологических типов (I, II, III). Вакцина выпускается в виде раствора и конфет.

Вакцинацию проводят с трех месяцев трехкратно с интервалом между прививками месяц, ревакцинацию — в 18 месяцев, 24 месяца и 7 лет однократно.

Прививки против дифтерии, коклюша, столбняка проводятся вакциной АКДС (адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакциной), которая состоит из смеси коклюшных микробов I фазы, убитых формалином или мертиолином, очищенных и концентрированных дифтерийного и столбнячного анатоксинов, адсорбированных на алюминия гидроксиде.

Прививки АКДС-вакциной проводят одновременно с иммунизацией против полиомиелита. Ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. Прививки против коклюша делают с 3 месяцев до 4 лет. Дети, имеющие противопоказания к АКДС, вакцинируются АДС-анатоксином по схеме: вакцинация — в 3 и 4 месяца, ревакцинация через 9—12 месяцев.

Вторую ревакцинацию (6 лет) проводят АДС-анатоксином однократно, третью (11 лет) — АДС-М-анатоксином однократно. Дети старше 6 лет, ранее не привитые, вакцинируются АДС-М-анатоксином: 2 прививки с интервалом месяц, ревакцинацию проводят через 9—12 месяцев однократно.

176 оценке нервно-психического развития учитывают успеваемость, особенности поведения в школе и дома, развитие речи, памяти, самостоятельности в мышлении.

Посистемный осмотр в периоде полового созревания необходимо проводить особенно тщательно, так как в этом возрасте на фоне гормональных перестроек чаще наступает срыв адаптации, что может вызвать изменения со стороны различных органов и систем. В обязательном порядке у всех детей надо оценить состояние щитовидной железы, лимфоузлов, органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочеиспускания. На основании данных обследования дают рекомендации.

Рекомендации по уходу за ребенком включают организацию рабочего места для учебного процесса с хорошим освещением и удобным положением для правильной осанки. Для занятий физкультурой следует приобрести физкультурный костюм и удобную спортивную обувь.

В школьном периоде детский коллектив распадается на группы. Важное событие в жизни ребенка — появление друга. Возрастающее влияние сверстников может явиться вызовом семейным ценностям.

Необходима правильная установка родителей на половое воспитание школьника. Такое воспитание осуществляется в форме ненавязчивых бесед, возникающих случайно по мере проявления интереса у ребенка.

196 быть инструкции по применению прививочных препаратов и памятка по оказанию неотложной помощи.

Во избежание контаминации запрещается совмещение прививок против туберкулеза с прививками против других инфекций. Запрещается проведение прививок против туберкулеза и постановки пробы Манту на дому.

Профилактические прививки осуществляют медицинскими работниками, обученными правилам техники проведения прививок и приемам оказания неотложной помощи.

О дне проведения профилактических прививок медицинские работники обязаны известить родителей заранее. Все лица, подлежащие прививкам, должны быть обследованы врачом или фельдшером, при этом следует учитывать анамнез (предшествующие заболевания, аллергические реакции на прививки, лекарства, пищевые продукты).

Непосредственно перед прививкой ребенка осматривают и измеряют температуру тела для исключения острого заболевания. Запись о выполненной прививке делается в рабочем журнале прививочного кабинета, истории развития ребенка, карте профилактических прививок, медицинской карте ребенка, посещающего детское учреждение, журнале учета профилактических прививок. После вакцинации и ревакцинации против туберкулеза через 1, 3, 6, 12 месяцев регистрируются характер папулы, рубца, состояние регионарных лимфатических узлов.

21а 21. Противопоказания к проведению профилактических прививок. Поствакцинальные реакции и осложнения

Противопоказанием ко всем прививкам является осложнение на введение предыдущей дозы препарата — аллергический отек, развившийся в течение 24 ч после прививки, немедленные анафилактические реакции, энцефалит, судороги.

Прививки противопоказаны детям с иммунодефицитным состоянием, иммуносупрессией, злокачественными новообразованиями.

Вакцинам: БЦЖ противопоказана недоношенным детям с массой тела менее 2 кг, при региональном лимфадените, региональном абсцессе, келлоидном рубце после предыдущей прививки, туберкулезном сепсисе в анамнезе, генерализованной БЦЖ-инфекции.

Для ОПВ абсолютные противопоказания отсутствуют. Для АКДС противопоказаниями являются прогрессирующие заболевания нервной системы, неконтролируемая эпилепсия, инфантильные спазмы, прогрессирующая энцефалопатия.

Для АДС, АДС-М, АД и АС абсолютные противопоказания отсутствуют, для ЖКВ, ЖПВ, «Тримовакс» — анафилактическая реакция на аминоклизиды и белок яйца, для моновакцины против краснухи — анафилактическая реакция на аминоклизиды, для вакцины против гепатита В — повышенная чувствительность к дрожжам и другим компонентам вакцины.

Поствакцинальные реакции — это изменения функционального состояния организма, не выходящие за пределы физиологической нормы.

22а 22. Инвалидность

По определению экспертов ВОЗ, **критериями жизнедеятельности** являются:

1. ориентация;
2. общение;
3. самообслуживание;
4. передвижение;
5. занятия трудовой деятельностью;
6. контроль за своим поведением;
7. обучение.

Ограничение жизнедеятельности характеризуется отсутствием одного или сочетанием нескольких указанных критериев.

Ограничение жизнедеятельности ребенка определяется нарушением функций и подразделяется на три степени: резкое, значительное, выраженное.

Инвалидность у ребенка — состояние стойкой социальной дезадаптации, вызванное ограничением его жизнедеятельности вследствие нарушения функций органов или их систем.

Экспертами ВОЗ разработаны критерии выживания, которые характеризуют инвалидность:

- 1) ориентация в окружающем мире;
- 2) физическая независимость;
- 3) мобильность;
- 4) общение;
- 5) занятия;
- 6) экономическая независимость.

Выделяются четыре степени ограничения критериев выживания: незначительная, умеренная, значительная, резкая.

Незначительная степень характеризуется возможностью полной компенсации соответствующего критерия

23а 23. Реабилитационный процесс. Физеотерапевтические методы лечения

Реабилитация — полная ликвидация в организме ребенка патологических изменений, вызвавших болезнь, и обеспечение его дальнейшего гармоничного развития. Реабилитация отличается от лечения тем, что помогает больному восстановить нормальную жизнедеятельность в соответствии с его возрастом.

Цели реабилитации:

- 1) восстановление функций;
- 2) социально-бытовое восстановление;
- 3) профессиональная деятельность, а у детей — способность к обучению.

Различают медицинскую, социальную и трудовую реабилитацию.

Медицинская реабилитация предусматривает этапное лечение от возникновения заболевания до полного восстановления здоровья. Ее задачами являются восстановление и компенсация функциональных возможностей организма.

Для этого при помощи психотерапии необходимо сформировать адекватное отношение ребенка к болезни, дать ему подготовку в необходимом объеме, сориентировать с помощью психологических методов инвалида или больного на восстановление здоровья собственными тренировочными усилиями, восстановление утраченных функций и способности к обучению.

Социальная реабилитация обеспечивает организацию соответствующего возраста и образу жизни ребенка режима дня, правил ухода близкими членами семьи или соответствующим персоналом детских дошкольных или школьных учреждений.

24а 24. Этапы реабилитации. Применение минеральной воды

Ранняя реабилитация предусматривает улучшение результатов лечения, восстановление функциональных возможностей больного органа и организма. Она проводится в периоде острых проявлений болезни в условиях стационара или поликлиники, и является подготовкой всего организма к следующему этапу.

Поздняя реабилитация, или санаторный этап, заключается в полной ликвидации патологических изменений, восстановлении возможности физической и психической деятельности ребенка с учетом его индивидуальных способностей.

Факторы реабилитации санаторного этапа:

- 1) щадяще-тренирующий режим двигательной активности;
- 2) ЛФК;
- 3) массаж;
- 4) лечебная педагогика;
- 5) питание;
- 6) прием минеральной воды;
- 7) физиотерапевтические воздействия;
- 8) санация очагов инфекции;
- 9) продолжение лечения, назначенного в стационаре.

Щадяще-тренирующий режим подбирается индивидуально в зависимости от возможностей ребенка с постепенным расширением нагрузки.

Лечебная физкультура имеет большое значение при всех заболеваниях.

Под ее влиянием повышаются окислительные процессы в организме, улучшается общий обмен.

Физические упражнения оказывают регулирующее влияние на сосудистый тонус.

226 при использовании вспомогательных устройств или при постоянном приеме лекарств, а также при периодическом расстройстве данного критерия.

Умеренная степень определяется в случаях достижения частичной компенсации при использовании вспомогательных устройств или медикаментов. Значительная степень наблюдается в случаях, когда необходима помощь других лиц. Резкая степень ограничения требует постоянной помощи в специальном учреждении. Это лицо, нуждающееся в социальной помощи и защите в связи с ограничением своей жизнедеятельности по причине наличия каких-либо физических или умственных недостатков.

Индивидуальная программа реабилитации является документом, обязательным для исполнения соответствующими государственными органами, предприятиями, учреждениями и организациями независимо от форм собственности.

Поводом для установления инвалидности является не сама болезнь или травма, а их последствия. Последствия могут проявляться в виде нарушений какой-либо психической, физиологической или анатомической структуры либо функции, что в свою очередь приводит к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности ребенка.

246 При этом ускоряются кровоток и отток лимфы, в связи с чем уменьшаются застойные явления в печени, селезенке и коже. Одновременно в крови повышаются содержание гемоглобина и число эритроцитов, усиливается фагоцитарная функция крови.

Физические упражнения оказывают положительное влияние на эмоциональный тонус ребенка, улучшают его настроение, делают его более активным, общительным. ЛФК должна проводиться одновременно с массажем, являющимся одним из видов пассивной гимнастики.

Питание больного ребенка должно быть полноценным, должно обеспечивать потребность в пищевых ингредиентах, а также калориях в соответствии с возрастом. Из рациона исключаются острые, жареные, консервированные блюда и экстрактивные вещества.

Минеральная вода. Для питья может быть использована бутылочная минеральная вода. Принимают ее за 30—40 мин до еды по 4—5 мл/кг 3 раза в день в течение 3—4 недель. При лечении заболеваний кишечника минеральную воду принимают в холодном виде.

Химические составляющие минеральных вод, всасывающиеся через слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, непосредственно влияют на обменные процессы, pH пищеварительных соков, а также ферментативную активность.

Гидрокарбонатные воды нормализуют двигательную и секреторную функции пищеварительного тракта, уменьшают явления диспепсии. Хлоридные натриевые воды стимулируют обменные процессы, оказывают желчегонный эффект.

Кремний обладает противовоспалительным, антиоксидантным и болеутоляющим свойствами. Фтор укрепляет ткани зубов.

216 Сильная общая реакция заключается в повышении температуры тела выше 40 °С, сильная местная — в появлении инфильтрата в месте введения вакцины диаметром более 8 см или инфильтрата при наличии лимфангита с лимфаденитом.

Поствакцинальное осложнение — патологическое состояние организма, развивающееся после вакцинации и по своим проявлениям выходящее за пределы физиологической нормы.

К осложнениям относят:

- 1) анафилактический шок на АКДС, АДС, ЖКВ, который возникает в течение 24 ч после введения вакцины;
- 2) коллаптоидное состояние на АКДС через 5—7 дней от введения вакцины;
- 3) энцефалопатию на введение АКДС, АДС в сроки от 3 до 7 дней;
- 4) резидуальное судорожное состояние (эпизод судорог при температуре ниже 39 °С, если они отсутствовали до и повторялись после вакцинации) на АКДС, АДС, АД-М в сроке 3 дней;
- 5) паралитический полиомиелит на ОПВ до 30 дней у привитого, до 6 месяцев и позже — у иммунодефицитного, до 75 дней — у контактного лица;
- 6) после прививок туберкулеза — лимфаденит, региональный абсцесс, келоидный рубец и другие осложнения, возникшие в течение года;
- 7) хронический артрит на «Тривовакс», вакцину против краснухи в сроке 42 дня;
- 8) неврит плечевого нерва на АКДС, АДС, АС, АДС-М и другие вакцины в сроках от 2 до 28 дней.

236 Данный вид реабилитации формирует у ребенка осознанное отношение к себе при болезни, положительное восприятие семьи и общества. Социальная реабилитация направлена на предоставление социальной помощи и услуг для адаптации к социальной сфере, обеспечивает вспомогательными техническими средствами, обслуживанием на дому, материальной помощью, при необходимости — воспитанием и обучением в специализированных учреждениях.

Трудовая реабилитация заключается в подготовке ребенка к процессу обучения, усвоению школьной программы или программы дошкольного учреждения, в предоставлении средств для обучения, профориентации, профобучения.

Физиотерапевтические методы лечения подбираются с учетом клинических проявлений болезни, переносимости и эффективности у данного больного. При этом могут быть использованы электропроцедуры.

Под влиянием электрических токов возникает сложный комплекс как местных, так и общих реакций организма в виде изменений кровообращения, обмена веществ, трофики тканей в больном органе и других, что способствует исчезновению воспалительного процесса.

С лечебной целью из методов электровоздействия используются гальванизация, импульсная электротерапия, высокочастотная электротерапия.

Санация очагов хронической инфекции проводится на всех этапах реабилитации консервативными методами, но на санаторном этапе могут применяться и хирургические методы на фоне соответствующего медикаментозного лечения.

25а

25. Этапы реабилитации. Вторичная профилактика

Вторичная профилактика, или восстановительное лечение, на поликлиническом этапе реабилитации представляет собой комплекс лечебно-оздоровительных и педагогических мероприятий, направленных на восстановление или компенсацию морфологических и функциональных изменений организма ребенка, возникших в результате заболевания или травмы, а также психического статуса больного, и обеспечивает полное восстановление здоровья, возврат ребенка к обычным для него условиям жизни.

Курортная реабилитация проводится на соответствующих курортах или в летних специализированных лагерях отдыха детей, где используются сильнодействующие курортные факторы и закаливание, которые ребенок может перенести при наличии достаточного запаса сил и предусматривает профилактику рецидивов болезни.

Целями амбулаторно-поликлинической реабилитации являются полное выздоровление, предупреждение хронической патологии и инвалидности детей или компенсация функциональных изменений организма ребенка, возникших в результате болезни, а также восстановление психического статуса больного с целью возвращения его в наиболее короткие сроки к свойственному ему образу жизни.

Бальнеотерапия — использование естественных (природных) водных источников или искусственно приготовленных минеральных вод для наружного применения.

Бальнеотерапия включает купание и плавание в бассейне, общие и местные ванны.

26а

26. Эзофагит

Эзофагит — это воспаление слизистой оболочки пищевода.

Степени тяжести воспаления.

I степень — одна или несколько эритематозных полос на слизистой с экссудатом или иногда эрозиями на поверхности.

II степень — слившиеся отчетные эритематозные полосы, но не замыкающиеся по окружности (с наличием эрозий).

III степень — вся слизистая пищевода в нижней трети выглядит отечной, эритематозной с эрозиями.

IV степень — ulcerация слизистой с (или без) формированием стриктуры, метаплазия эпителия, рубцовые изменения, укорочение пищевода.

Ранняя реабилитация направлена на предотвращение развития осложнений, таких как кровотечение, рубцевание, стриктуры, изменения рельефа слизистой оболочки пищевода. Она предусматривает устранение предрасполагающих факторов, активное этиологическое и патогенетическое лечение, диету в пределах первого стола с дополнительным введением витаминов, лизоцима, улучшающих регенерацию поврежденной слизистой пищевода.

Назначаются этиологические средства H_2 -гистаминоблокаторы.

Показана психотерапия и при необходимости применяются психотропные средства.

Поздняя реабилитация проводится в местном санатории или в поликлинике с использованием всех методов санаторного лечения. Назначаются рациональное питание, минеральная вода малой и средней минерализации, нагретая до 38—39 °C из расчета 3—4 мл/кг за

27а

27 Дуоденит. Гастродуоденит

Дуоденит — это воспаление двенадцатиперстной кишки. Гастрит — это воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ранняя реабилитация должна быть направлена на нормализацию психических расстройств методом психотерапии, которая проводится и на других этапах реабилитации, так как сама болезнь также может вызвать невротическое состояние.

Психологическая реабилитация заключается в преодолении психических реакций, обретении психологического комфорта, исключении условий невротизации.

Одновременно, кроме этиологического лечения (антибиотиков, препаратов метронидазола), необходимо усилить механизмы саногенеза (биотрансформацию — биохимическую защиту организма) повысить резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки путем регуляции про- и антиоксидантных свойств желудочного сока, использовать диетические факторы.

Показано рациональное питание — рекомендуются продукты с высоким содержанием ферментов биотрансформации, витамины С, группы В. Рекомендуются электрофорез новокаина, папаверина, седативные средства.

При повышенной кислотности желудочного сока назначаются антацидные препараты, противовоспалительные блокаторы H_2 -рецепторов гистамина.

Поздняя реабилитация осуществляется в условиях поликлиники или санатория с использованием всех факторов санаторного лечения.

Вторичная профилактика проводится в условиях поликлиники с использованием курортных факторов реабилитации, способствующих полной ликвидации болезни и ее обострений, а также закаливанию организма ребенка.

28а

28 Энтерит. Колит (энтероколит)

Энтерит — это воспаление слизистой оболочки тонкой кишки.

Ранняя реабилитация заключается в организации питания, соответствующего возможностям усвоения пищи, психотерапии, использовании электрофореза с новокаином при болях, применении вяжущих, обволакивающих, адсорбирующих средств. При неспецифическом язвенном колите показаны психотерапия, седативные препараты, салазопиридазин, преднизолон при тяжелых формах болезни. Антибактериальные препараты применяются одновременно с лактобактерином, бифидумбактерином. Используются микроклизмы с облепиховым маслом, солкосерилом.

На этапе поздней реабилитации, кроме психотерапии и лечебной педагогики, используются минеральные воды, физиотерапевтические факторы, лечебная физкультура, необходима нормализация моторной функции кишечника.

При явлениях кишечного стаза и запорах вода должна быть комнатной температуры. Используются минеральные воды малой или средней минерализации с преобладанием гидрокарбонатного, сульфатного, кальциевого ионов, слабоуглекислые или не содержащие углекислоты.

Двигательную активность толстой кишки усиливают более минерализованные и холодные воды, содержащие ионы магния, сульфаты. Кишечный стаз устраняется кишечным промыванием минеральной водой. Назначаются 5—6 процедур через день. Промывания кишечника противопоказаны при острых процессах в кишечнике, язвенном колите, кишечных кровотечениях, полипах, выпадении прямой кишки.

266 30 мин до еды 3 раза в день, проводятся психотерапия, ЛФК, назначаются импульсные токи низкой частоты по методике электросна.

Восстановительное лечение в поликлинике включает закаливание детей и профилактику рецидивов. При этом используются седативные средства, лечебная педагогика, хвойные ванны, ЛФК, прогулки и сон на воздухе, СМТ (синусоидальные модулированные токи на эпигастральную область).

Через 6 месяцев после законченного санаторного этапа реабилитации ребенок может продолжать реабилитацию на курорте или использовать курортные факторы реабилитации в условиях поликлиники.

Дальнейшее восстановительное лечение в условиях поликлиники продолжается при необходимости после проведенного курортного. Назначаются общеукрепляющие и закаливающие мероприятия.

Мониторинг реабилитации или динамическое наблюдение осуществляются до снятия с учета. При этом определяются сроки для противорецидивного лечения в условиях стационара.

Кратность наблюдения: после стационарного лечения, при проведении санаторного лечения в условиях поликлиники необходимо наблюдение у врача каждые 10 дней, при проведении восстановительного лечения — 1 раз в год; при использовании курортного лечения — 1 раз в неделю, в последующем — 1 раз в 6 месяцев. С учета ребенок снимается через 2 года после курортного лечения.

Наблюдения других специалистов (стоматолога, отоларинголога) проводятся 1 раз в год, остальных — по показаниям.

286 **Физиотерапевтические факторы.** Наиболее эффективным считается индуктотермия при дозировке до ощущения легкого тепла на животе, длительность воздействия 10—15 мин, количество — 8—10 процедур. Рекомендуется также слаботепловая дозировка по 10—12 мин, проводятся 8—10 процедур через день. Эффективно УВЧ, продолжительность процедуры 15 мин, 10—12 процедур через день.

Хорошее действие оказывает светолечение (УФ-облучение, лазерное излучение).

Противопоказано назначение физиотерапевтических процедур больным при обострениях энтероколита или колита и обширных эрозивно-язвенных процессах.

На этапе **вторичной профилактики** широко используются факторы курортного лечения, среди которых одним из мощных является грязелечение, которое оказывает противовоспалительное действие, улучшает функции кишечника.

Грязи усиливают реактивность организма, запускают механизмы, обеспечивающие очищение организма от ослабленной антибиотиками патогенной флоры. Такое лечение можно назначать через 6 месяцев после обострения.

Курортное лечение можно проводить на курорте или в летнем лагере отдыха, так как благоприятная обстановка, положительные эмоции, влияние ландшафта и климата благотворно сказываются на состоянии больных.

Применение медикаментозных средств повышает эффективность действия курортных факторов и, по данным ряда авторов, является целесообразным.

256 **Грязелечение** — применение природных органико-минеральных коллоидных образований содержащих активные вещества обладающие свойствами теплоносителей.

Грязи оказывают температурное, механическое и химическое воздействие, обеспечивают постепенную отдачу тепла, вызывая активную гиперемии не только кожи, но и глубоко расположенных тканей и органов, улучшая их кровообращение.

Светолечение (фототерапия) — применение с лечебной целью электромагнитных колебаний оптического диапазона (света). Биологическое действие оказывает поглощенная энергия.

Ультрафиолетовое излучение — электромагнитные колебания с длиной волны от 180 до 400 нм. Они отличаются малой проникающей способностью, поглощаются поверхностными слоями кожи, вызывают фотохимические процессы в ней, в результате которых высвобождаются биологически активные вещества (гистамин, ацетилхолин, простагландины и др.), повышается активность пероксидазы, гистаминазы, тирозиназы и других ферментов.

Происходят улучшение функций органов и систем, эндокринных желез и иммунитета, образование витамина D, стимулируются процессы пигментообразования.

Лазеротерапия — использование с лечебной целью низкоэнергетического лазерного излучения (усиление света с помощью вынужденного излучения).

Глубина лазерного излучения не превышает нескольких миллиметров, оно раздражает рецепторы кожи. Происходит дегрануляция тучных клеток, пролиферация фибробластов, усиление трофорегенераторных процессов.

276 **Динамическое наблюдение** детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом проводится до 4 лет при отсутствии жалоб и признаков болезни.

Больные снимаются с учета при полном восстановлении функций желудка и двенадцатиперстной кишки.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Ранняя реабилитация предусматривает:

- 1) этиологическое лечение;
- 2) антисекреторные средства;
- 3) блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов;
- 4) антациды;
- 5) средства, нормализующие моторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 6) спазмолитики;
- 7) седативные препараты;
- 8) транквилизаторы.

Поздняя реабилитация осуществляется в санатории, где продолжают психотерапия, лечебная педагогика, дети получают полноценное питание, употребляют минеральную воду. Применяются другие методы санаторной реабилитации (физиотерапия, ЛФК), но более осторожно, чем при гастрите.

Восстановительное лечение — вторичная профилактика осуществляется в поликлинике, назначаются полноценное питание, щадящий режим, по показаниям — седативные препараты, адаптогены: настойка женьшеня по 1 капле на 1 год жизни, настойка элеутерококка.

Динамическое наблюдение. После проведенной реабилитации дети, страдающие язвенной болезнью, должны наблюдаться врачом 1 раз в квартал, а при стойкой ремиссии — 2 раза в год с госпитализацией для обследования и противорецидивной терапией 1—2 раза в год.

29a**29. Панкреатит**

Панкреатит — воспалительное заболевание поджелудочной железы. Чаще всего панкреатит возникает при инфекционных заболеваниях, таких как паротит, герпетическая инфекция. Предрасполагающим фактором является нарушение оттока сока поджелудочной железы при наличии камней в версунгиовом протоке или препятствий в области фатерова сосочка.

В развитии хронического панкреатита могут играть роль длительная персистенция возбудителей или действие предрасполагающего фактора, способствующего застою сока с последующим растяжением протоков, развитием несоответствия активности панкреатических ферментов и их ингибиторов.

Ранняя реабилитация направлена на устранение факторов нарушения оттока сока поджелудочной железы, а также на уменьшение воспаления, что приводит к улучшению функции и кровоснабжения железы.

При наличии болевого синдрома назначают спазмолитики, периферические М-холинолитики, миотропные средства, наркотические анальгетики, эуфиллин. Целесообразно проводить электрофорез раствора новокаина по шадящему методу, когда сила и продолжительность воздействия сокращаются.

Индуктотермия и УВЧ могут быть использованы, но в атермической дозе, при продолжительности воздействия 5—8 мин, через день, с учетом клинических проявлений панкреатита.

Назначается рациональное питание с частичным парентеральным питанием. Показаны щелочное питье, витамины С, А, Е, группы В, инфузионная терапия; энтеросорбенты; внутривенное введение антиферментов.

30a**30. Болезни желчевыводящей системы**

Заболевания желчевыводящей системы у детей, имеют микробное происхождение. Предрасполагающим фактором является нарушение оттока желчи, которое развивается при дискинезиях желчевыводящей системы.

Дискинезии могут быть связаны с дисфункцией сфинктерного аппарата, закупоркой протоков или их сдавливанием. В последующем наличие воспалительного процесса в протоках может сопровождаться нарушением оттока желчи.

Имеет значение также сократительная способность желчного пузыря.

Клинические исследования показали, что хронические холецистохолангиты протекают в виде двух форм: простой и иммунокомплексной.

Болевой синдром обычно сопровождается диспепсическими расстройствами (тошнотой, отрыжкой, устойчивым стулом, запорами). Важным симптомом является увеличение печени, связанное с застоем желчи.

Отмечаются положительные симптомы Ортнера, Мэрфи, Кера, френитус-симптом Мюсси—Боаса резистентность мышц в правом подреберье и др.

Симптомы хронической интоксикации и изменения со стороны других органов отсутствуют. Физическое развитие соответствует возрасту. У некоторых детей основным симптомом заболевания является увеличение печени без болевого симптома. Только комплексное обследование позволяет диагностировать холецистохолангит.

У всех больных этой группы имеются изменения сердечно-сосудистой системы, проявляющиеся расширением границ сердца, приглушением тонов, систолическим шумом, нарушениями ритма сердца, изменением артериального давления. При электрокардиографиче-

31a**31. Хронический гепатит**

Хронический гепатит у детей в большинстве случаев является следствием перенесенного вирусного гепатита или представляет собой первично-хронический безжелтушный вирусный гепатит. Форма ХГ:

- 1) хронический вирусный гепатит с указанием вызвавшего его вируса (В, δ-, С, G, F) или отмечается, что вирус не идентифицирован;
- 2) аутоиммунный гепатит;
- 3) хронический токсический или лекарственно-индуцированный гепатит.

Активность ХГ.

I — минимальная (повышение нормального уровня активности АлТ до 3 раз).

II — умеренная (активность АлТ в сыворотке крови повышена до 10 раз).

III — выраженная (уровень АлТ более чем в 10 раз превышает нормальный).

Стадии ХГ.

I — слабовыраженный перипортальный фиброз.

II — умеренный фиброз с портопортальными септами.

III — выраженный фиброз с портоцентральными септами.

IV — нарушение дольковой структуры.

V — формирование цирроза печени.

Фазы развития вируса:

1. репликации;
2. интеграции.

Ранняя реабилитация предусматривает улучшение функций печени на госпитальном этапе лечения, когда имеются жалобы на слабость, недомогание, плаксивость, отмечаются отклонения функциональных проб печени, изменения биохимических показателей крови

32a**32. Установление инвалидности детям при заболеваниях органов пищеварения. Гастрит**

Существуют следующие сроки инвалидности:

- 1) на срок от 6 месяцев до 2 лет — при осложненном течении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 2) на срок от 2 до 5 лет — при заболеваниях, патологических состояниях, пороках развития желудочно-кишечного тракта, печени, желчевыводящих путей, циррозах печени, хроническом гепатите, непрерывно рецидивирующем язвенном процессе, терминальном илеите. Клиническая характеристика: стойкие резко выраженные нарушения функций пищеварения или функций печени;
- 3) на срок 5 лет — при заболеваниях, повреждениях, пороках развития пищевода, желудочно-кишечного тракта (после тотальной резекции желудка или 2/3 тонкой кишки, хронической кишечной спаечной непроходимости с множественными свищами, непроходимости пищевода с гастростомой и без нее, искусственным пищеводом, целиакией). Клиническая характеристика: стойкие резко выраженные нарушения функций пищеварения, стойкие выраженные недержания кала, каловые свищи, не поддающиеся хирургической коррекции или не подлежащие по срокам хирургическому лечению;
- 4) на срок до достижения 16-летнего возраста — при циррозе печени, хроническом гепатите с выраженной активностью, стойким необратимым нарушением функций печени при врожденных, наследственных, приобретенных заболеваниях.

306 ском исследовании регистрируются мышечные изменения, нарушения ритма.

При реографии печени наблюдается нарушение ее кровообращения, характеризующееся снижением артериального и венозного кровотоков, более выраженное у детей 7—10 лет.

Ранняя реабилитация больных холециститами, холецистохолангитами заключается в улучшении функции желчевыводящей системы.

При стихании болезненных симптомов применяются средства, стимулирующие желчеобразование и гидрохолеретики.

Холекинетическими и холеретическими свойствами обладают полиспирты. Проводится антибактериальная терапия.

Из физиотерапевтических мероприятий в период острых проявлений болезни назначается только электрофорез на область желчного пузыря.

Поздняя реабилитация предусматривает лечение в местной санатории с использованием минеральной воды малой и средней минерализации и других факторов санаторного лечения, продолжение антибактериальной терапии по схеме, разработанной в стационаре.

Вторичная профилактика проводится в поликлинике с использованием факторов курортного лечения или в условиях курорта.

Одним из наиболее эффективных курортных факторов является грязелечение имеет положительное влияние на функциональное состояние желчного пузыря, а также анальгезирующее, противовоспалительное действие.

Срок **динамического наблюдения** при простой форме болезни может быть ограничен двумя годами, при иммунокомплексной — тремя.

326 **Гастрит** — воспалительное заболевание стенки желудка, характеризующееся болями в животе и диспепсическими расстройствами.

Этиологическим фактором чаще является хеликобактериозная инфекция, но могут быть сальмонеллезная, иерсиниозная, ротавирусная инфекции.

Предрасполагают к развитию гастрита эмоциональная лабильность (конфликты в семье, школе, какие-то бедствия, стрессовые ситуации), нарушение питания, аллергические процессы. При устранении возбудителя и предрасполагающих факторов болезни может восстановиться функция органа; тогда говорят об остром процессе.

Длительная персистенция возбудителя или действие предрасполагающего фактора приводят к стойкому нарушению функции, как правило, к хронизации процесса. Функциональный класс определяется по степени активности воспаления.

На основании Сиднейской классификации гастриты разделяются на острые и хронические.

При острых гастритах по выраженности нейтрофильной инфильтрации выделяют три степени активности процесса, при хронических — по уровню лимфоцитарно-плазматической инфильтрации — четыре.

В зависимости от степени активности, распространенности воспалительного процесса выделяют антральный, фундальный гастрит и пангастрит.

296 Для уменьшения внешнесекреторной функции железы назначают, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина.

Поздняя реабилитация проводится в местной санатории или в условиях поликлиники с использованием факторов санаторного лечения. Показаны рациональное питание, минеральные воды малой и средней минерализации.

Наиболее эффективны воды, содержащие ионы магния и кальция. Они стимулируют выделение панкреатического сока и нормализуют активность ферментов в нем. Воду предварительно необходимо подогреть до 38—39 °С и принимать за 1 ч до еды, курс лечения 21 день.

Вторичная профилактика с использованием курортного лечения проводится в фазе ремиссии. Курортное лечение осуществляется в условиях поликлиники или курорта через 6 месяцев после законченного санаторного этапа реабилитации. Можно провести курортную реабилитацию в лагере отдыха с использованием бутылочной минеральной воды, грязи (осторожно) и других факторов курортного лечения.

Курортное лечение противопоказано больным со стенозирующим папиллитом и нарушением проходимости панкреатических протоков.

Динамическое наблюдение. На первом году после курортного этапа педиатр наблюдает больного 1 раз в месяц, затем 2 раза в год. Лабораторные исследования (анализ крови, копрограмма, определение амилазы мочи) на первом году проводятся 1 раз в 3 месяца, затем 2 раза в год, глюкозотолерантный тест на содержание инсулина — 1 раз в год.

316 (диспротеинемия, билирубинемия, повышение активности ферментов).

Показаны этиологическое и патогенетическое лечение, основное внимание уделяется режиму (больничный) и диете (стол № 5), противовоспалительной и антитоксической терапии.

Для улучшения кровообращения в печени рекомендуется использование магнитных полей на область печени. Однако и эта процедура проводится осторожно, в стадии уменьшения воспалительно-некротических процессов. Постепенно увеличивается двигательный режим, используется ЛФК.

Поздняя реабилитация детей, больных гепатитом, проводится методами санаторной реабилитации в поликлинике или санатории. Этому этапу соответствует стадия затухания активности процесса, которая характеризуется отсутствием жалоб, но имеются увеличение размеров печени без увеличения селезенки, небольшие отклонения функциональных проб печени.

Восстановительное лечение в поликлинике осуществляется участковым врачом, проводится иммуномодулирующая терапия (закаливание). Назначаются витамины, желчегонные средства в течение 1 недели каждый месяц после выздоровления.

33а

33. Гипотрофия. Ожирение

Гипотрофия — белково-калорийная недостаточность, характеризующаяся потерей массы тела, расстройством роста и развития ребенка.

По клиническим проявлениям гипотрофия делится на кахектическую и отечную, по тяжести — на I, II, III степени, отдельно выделяется гипостатура. Гипостатура может рассматриваться как проявление гипотрофии II—III степеней, но с сохраняющейся подкожно-жировой клетчаткой в небольшом количестве, при равномерном отставании ребенка в длине и массе тела.

Ранняя реабилитация проводится параллельно с лечением и обеспечивает восстановление критериев жизнедеятельности ребенка в соответствии с возрастом. Функциональный класс соответствует степени гипотрофии. Реабилитационная программа оценивается по общему состоянию ребенка. Реабилитация предусматривает организацию рационального режима дня, правильного ухода.

Поздняя реабилитация осуществляется в поликлинике и домашней обстановке при условии достаточного тепла, правильном гигиеническом режиме, пребывании на свежем воздухе. Большое значение имеет общий массаж. Ослабленным детям проводится поглаживающий массаж, очень нежно и легко в течение 2—3 мин 2—3 раза в день.

Восстановительное лечение включает сочетание массажа и гимнастики, начиная с простых упражнений, затем гимнастика занимает доминирующее место, дополняясь массажем. Эти процедуры назначаются через 1,5—2 ч после еды. Продолжается ультрафиолетовое облучение. Постепенно вводятся закаливающие процедуры: обтирание, обливание водой, не утомляющие ребенка подвижные игры.

34а

34. Диатезы

Экссудативно-катаральный диатез — возрастнo-специфическая дисметаболическая реакция, характеризующаяся инфильтративно-дескваматозными процессами в коже и слизистых оболочках тела.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с симптоматическим лечением путем нормализации водно-минерального обмена и КОС под контролем биохимических исследований, а также ликвидации гиповитаминозов и функциональной недостаточности надпочечников.

Поздняя реабилитация и восстановительное лечение заключаются в организации рационального вскармливания с добавлением БАД и витаминов, а также пищеварительных ферментов (при расстройстве стула).

Динамическое наблюдение проводится так же, как и у здоровых детей.

Лимфатико-гипопластический диатез — генерализованное увеличение лимфатических образований на фоне снижения функций надпочечников, преимущественно их хромозного аппарата.

Дети пастозные, бледные, вялые, тургор тканей понижен, мышцы развиты слабо. Лимфоузлы, вилочковая железа, селезенка увеличены. При сильных экзогенных и эндогенных раздражителях развиваются обморок, коллапс, смерть.

Ранняя реабилитация направлена на нормализацию функций надпочечников, что достигается назначением аскорбиновой кислоты, улучшением кровообращения в них в результате физиотерапевтических воздействий (ультразвук, тепловых процедур). При резком увеличении лимфоузлов (бронхопульмональных, мезентериальных), тимуса показаны глюкокортикоиды коротким курсом и АКТГ.

35а

35. Рахит. Спазмофилия

Рахит (гиповитаминоз D) характеризуется нарушением минерального (преимущественно фосфатно-кальциевого) обмена, проявляется недостаточной минерализацией костей, нарушением функций мышечной, нервной систем и внутренних органов.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с лечением витамином D и направлена на устранение функциональных нарушений органов и систем и улучшение синтеза и обмена витамина D в организме ребенка. С этой целью используется УФО длинноволнового спектра.

Поздняя реабилитация проводится на фоне продолжающегося лечения рахита витамином D и цитратами. Применяются массаж и лечебная гимнастика. Они оказывают благотворное влияние на обмен веществ, улучшают кровообращение, дыхание, газообмен. Особенно показаны при гипофосфатемическом и смешанном вариантах рахита. Используется водолечение при постепенном переходе от теплых, индифферентных температур обливаний к прохладным. Применяются солевые ванны с морской или обычной поваренной солью из расчета 100 г соли на 10 л воды. Температура первой ванны — 38 °С, продолжительность — 3—8 мин, после каждых 2—3 ванн длительность процедуры увеличивается на 1 мин. Всего на курс лечения необходимы 12—15 ванн через день. Беспокойным детям рекомендуют хвойные ванны.

Продолжительность процедуры составляет 10 мин, на курс проводятся 12—15 процедур. В период реконвалесценции рахита применяется электрофорез кальция хлорида.

36а

36. Врожденные пороки сердца. Врожденные кардиты

Врожденные пороки сердца (ВПС) — наличие тех или иных дефектов развития сердца и магистральных сосудов, возникших в результате воздействия на эмбрион и плод различных вредных факторов в период беременности.

При **ранней реабилитации** радикальным методом является хирургическая помощь, но и после нее длительно сохраняются изменения функций сердечно-сосудистой системы. Главными задачами являются улучшение и тренировка функций сердечно-сосудистой системы, санация очагов хронической инфекции, повышение сопротивляемости организма. Имеет значение лечебная физкультура.

Поздняя реабилитация проводится в местной санатории с использованием ЛФК, постепенным расширением двигательного режима, водолечением и другими факторами санаторной реабилитации. Климатореабилитация включает длительное пребывание детей на воздухе, что улучшает неспецифическую резистентность организма.

Восстановительное лечение в поликлинике предусматривает закаливание организма ребенка с использованием факторов курортной реабилитации. При этом имеют значение ЛФК в виде индивидуальных или малогрупповых занятий, прогулки. Широко используется водолечение: хвойные, кислородные, хлоридные, натриевые, йодобромные, углекислые ванны по щадящей методике. Применяются и другие факторы курортной реабилитации.

Дальнейшее **динамическое наблюдение** при консервативном ведении детей с врожденными пороками серд-

346 Поздняя реабилитация и восстановительное лечение проводятся в условиях поликлиники с помощью сбалансированного питания с БАД, назначения курсов адаптогенов, витаминов, дибазола, пентоксила в возрастных дозировках.

Нервно-артритический диатез — нарушение обмена пуринов, проявляющееся выпадением кристаллов мочевой кислоты в ткани суставов и других органов, характеризующееся болевым синдромом и повышенной нервной возбудимостью.

Основным симптомом является неукротимая рвота, сопровождающаяся болями в животе, запахом ацетона изо рта в результате кетоацидоза. Чаще она возникает при употреблении жирной пищи и продуктов с низким содержанием углеводов. При этом развивается ацетонемический криз. Он может продолжаться 1—2 дня. Из-за частой рвоты развивается эксикоз. Старшие дети жалуются на головную боль, боли в суставах. У них часто обнаруживаются камни в желчном пузыре или почечных лоханках.

Ранняя реабилитация осуществляется на фоне лечения и обеспечивает нормализацию обменных нарушений. При рвоте проводится борьба с ацидозом и дегидратацией. Применяются аллопуринол, уменьшающий синтез мочевой кислоты, витамины.

Поздняя реабилитация заключается в закаливании ребенка — необходимы постоянные занятия гимнастикой, спортом, пребывание на свежем воздухе.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники предусматривает рациональное вскармливание.

366 ца направлено на поддержание компенсации и профилактику декомпенсации сердечной деятельности.

Динамическое наблюдение проводят педиатр, кардиолог, лор-врач и стоматолог, они осматривают детей 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.

Неоперированные дети на учете остаются постоянно, после операции — 1—2 года.

Врожденные кардиты

Ранний врожденный кардит возникает до 7-го месяца внутриутробного развития. Обязательным морфологическим субстратом его является фиброэластоз или эластофиброз эндо- и миокарда.

Поздний врожденный кардит развивается у плода позже 7-го месяца гестации без фиброэластоза и эластофиброза.

Ранняя реабилитация предусматривает предупреждение развития сердечной недостаточности. Назначаются нестероидные противовоспалительные средства, препараты, улучшающие трофику миокарда, а также УФО с индивидуально подобранной биодозой.

Поздняя реабилитация на этапе санаторного лечения осуществляется с индивидуальным подходом к выбору реабилитационных факторов. Проводится санация очагов инфекции.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники предусматривает закаливание детей. С этой целью используются факторы курортного лечения.

Дальнейшее динамическое наблюдение проводят при раннем кардите постоянно, при позднем кардите — в течение 5 лет после исчезновения признаков болезни. Осмотры педиатром на первом году проводятся 2 раза в месяц, кардиологом — 1 раз в 2—3 месяца; лор-врачом, стоматологом — 2 раза в год.

336 Динамическое наблюдение необходимо в течение года при устранении предрасполагающих факторов. Осмотр детей первого года проводится ежемесячно, в последующих возрастах — 1 раз в квартал.

Ожирение — хроническое расстройство питания, характеризующееся избыточным накоплением жира, сопровождающееся расстройством роста и развития ребенка.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с устранением причины и организацией рационального вскармливания, методом увеличения активности ребенка и использованием водных процедур и лечебной физкультуры.

Комплекс упражнений лечебной физкультуры зависит от возможности ребенка и поэтапно переходит от легких физических упражнений к более тяжелым.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники предусматривает организацию рационального питания, психотерапию, дозированные физические нагрузки.

Динамическое наблюдение. Дети, больные ожирением, первого года жизни осматриваются педиатром 1 раз в месяц, на втором году жизни — 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Эндокринолог и невропатолог осматривают больных ожирением детей 1 раз в год, другие специалисты — по показаниям.

При динамическом наблюдении проводится контроль массы и длины тела, оцениваются общее состояние ребенка, динамика полового развития, уровень сахара в крови и моче, общих липидов, холестерина (3-липидопротеидов крови — раз в год, при ожирении III—IV степеней — 2 раза в год).

356 Восстановительное лечение. Через 1 месяц после законченного первого курса УФО можно провести повторный курс лечения. Дальнейшее **восстановительное лечение и динамическое наблюдение** проводятся как профилактика рахита с частотой наблюдения, соответствующей здоровым детям.

Спазмофилия — заболевание детей, характеризующееся повышенной нервно-мышечной возбудимостью, судорожным синдромом вследствие понижения содержания ионизированного кальция в крови на фоне алкалоза.

Ранняя реабилитация проводится на фоне лечения спазмофилии препаратами кальция, противосудорожными средствами (при явной форме) и нормализации вскармливания. Применяется УФО для улучшения синтеза витамина D в коже, начиная с 1/8 дозы до 1,5 биодозы, которые увеличивают постепенно, как при рахите.

Поздняя реабилитация начинается при исчезновении основных симптомов явной спазмофилии. Назначают дибазол, пентоксил, глютаминовую кислоту в возрастных дозировках, витамины группы В. Показаны общий массаж, гимнастика, пребывание на свежем воздухе.

Восстановительное лечение в условиях поликлиники предусматривает рациональное вскармливание, назначение профилактических доз витамина D.

Динамическое наблюдение проводится с такой же частотой осмотров, как и у здоровых детей.

37а

37. Приобретенные кардиты

Неревматический кардит — воспалительное поражение преимущественно миокарда, развивающееся на фоне иммунологической недостаточности организма.

Острый неревматический кардит проявляется на фоне или через 1—2 недели после перенесенного любого инфекционного заболевания, характеризуется кардитом с поражением (или без поражения) проводящей системы сердца. На основании классификации течение кардита может быть острым, подострым или хроническим, по клиническим проявлениям различаются легкие, средней тяжести и тяжелые формы болезни.

Подострые кардиты чаще встречаются у детей старшего возраста. Они могут быть первично подострые, когда постепенно нарастают признаки сердечной недостаточности. Для подострого кардита типичны все проявления острого, но они отличаются стойкостью.

Хронический кардит также встречается чаще у детей старшего возраста. Он может быть первично-хроническим, обнаруживается при плановом осмотре детей или при появлении признаков сердечной недостаточности. Хронический кардит может формироваться на фоне острого и подострого кардитов. Чаще он протекает без жалоб больного.

Ранняя реабилитация предусматривает профилактику сердечной недостаточности, что достигается этиологическим и патогенетическим лечением, устранением предрасполагающих факторов и очагов хронической инфекции. Назначаются кортикостероидные препараты и производные хинолоновых кислот.

На этом этапе реабилитации имеют значение своевременное расширение режима до тренирующего, ЛФК под контролем состояния, изменений в сердце, поло-

38а

38. Ревматизм

Ревматизм — иммунопатологический процесс, развивающийся преимущественно в соединительной ткани сосудов и сердца в связи с инфекцией β гемолитическим стрептококком группы А. У большинства детей при ревматизме наступает выздоровление, но при длительной и массивной стрептококковой инфекции развивается хроническая ревматическая болезнь со склонностью к рецидивированию ревмокардита.

Ранняя реабилитация направлена на восстановление функций пораженных органов с учетом активности процесса. Назначают противоревматическое лечение (пенициллин, нестероидные противовоспалительные препараты, стероидные гормоны при тяжелых формах болезни, витамины С, А, Е), охранительный режим, психотерапию.

Применяют УФО в эритемной дозировке с индивидуально подобранной биодозой. При полиартритах эритему локализуют в области суставов; если явления полиартрита отсутствуют, то воздействия УФ-лучами проводят на рефлекторно-сегментарные зоны.

Противопоказаниями для УФО являются геморрагический синдром, пороки сердца с недостаточностью кровообращения. Применяется электрофорез кальция по методике общего воздействия Вермея, что способствует выравниванию соотношения электролитов крови, улучшению тонуса сердечной мышцы, уменьшению проницаемости сосудов.

Рекомендуется электросон при небольшой частоте импульсов, что улучшает психоэмоциональное состояние. При хворе применяют теплые пресные или хвойные ванны в чередовании с электросном. При стабилизации активности ревматизма назначают лечебную физкультуру.

39а

39. Артериальная гипертония. Артериальная гипотония

Первичная **артериальная гипертония** (гипертоническая болезнь) — заболевание, характеризующееся стойким повышением артериального давления.

IА стадия — транзиторное повышение систолического давления до 130—150 мм рт. ст. при нормальном уровне диастолического давления.

IБ стадия — лабильная систолическая гипертония в пределах 130—150 мм рт. ст., в отдельных случаях повышается диастолическое давление до 80 мм рт. ст. Появляются жалобы на головную боль, тахикардию.

IIА стадия — систолическое давление достигает 160—180 мм рт. ст., диастолическое — 90 мм рт. ст., появляются признаки гипертрофии левого желудочка, частые жалобы на головную боль, звон в ушах.

IIБ стадия характеризуется стойким повышением АД. Могут быть гипертонические кризы, которые протекают по симпатоадреналовому типу, характеризуются резкой головной болью, снижением зрения, рвотой.

III стадия у детей не встречается.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с лечением. Назначаются ЛФК, прогулки на воздухе, лечебные ванны — хвойные, кислородные.

Используются лекарственный электрофорез с магния сульфатом, бромом, эуфиллином на воротниковую зону, гальванизация по рефлекторно-сегментарной методике.

Рекомендуются ингаляции аэрозолей дибазола, обзидана и др. Применяются электросон, синусоидальные модулированные токи (СМТ).

Поздняя реабилитация проводится в местном санатории, где используются все факторы санаторной реабилитации.

40а

40. Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна — Геноха). Узелковый периокерит

Геморрагический васкулит — системное заболевание стенок микрососудов в результате повреждения их иммунными комплексами.

Критерием диагностики служит геморрагический синдром, который определяет клинический вариант болезни: кожный, суставный, абдоминальный, почечный, смешанный.

Ранняя реабилитация, способствующая улучшению функции сосудов, включает назначение дезагрегантов (курантила), витаминизированного рационального питания, психотерапию.

Поздняя реабилитация осуществляется путем постепенного использования факторов санаторной реабилитации (лечебной педагогики, прогулок на свежем воздухе, спокойных игр, ЛФК). Назначается электросон, санируются очаги инфекции.

Восстановительная реабилитация — вторичная профилактика проводится путем закаливания, использования индивидуально подобранных факторов курортной реабилитации.

Динамическое наблюдение осуществляет участковый врач в течение 5 лет при обследовании 2 раза в год в условиях стационара. При наличии почечного синдрома проводится такое же наблюдение, как и при гломерулонефрите.

Узелковый периартериит — системное воспалительное заболевание артерий преимущественно мелкого и среднего калибра, характеризующееся ишемией соответствующих зон органов.

386 Поздняя реабилитация проводится в местных кардиологических санаториях в активной фазе ревматизма с пороком и без порока сердца.

В санатории на фоне лечения используется весь комплекс санаторных факторов реабилитации, saniруют очаги инфекции. Санаторная реабилитация предусматривает полное выздоровление ребенка.

Восстановительное лечение осуществляется в поликлинике с целью профилактики рецидивов болезни с постоянной круглогодичной бициллинопрофилактикой. Через 8—12 месяцев после окончания острого периода при отсутствии признаков активности и недостаточности кровообращения показано курортное лечение. Оно может проводиться на курортах, в лагерях отдыха курортного типа, в поликлинике. При этом используются природные факторы, минеральные воды, лечебные грязи, ЛФК, закалывающие процедуры.

Дальнейшее **динамическое наблюдение** за детьми, больными ревматизмом, осуществляют участковый педиатр и кардиоревматолог в течение 2 лет ежеквартально, в дальнейшем — 2 раза в год. Осмотр лор-врачом и стоматологом необходим 2 раза в год, остальными специалистами — по показаниям. Два раза в год дети, находящиеся на динамическом наблюдении, могут госпитализироваться для обследования, уточнения диагноза и клинической реабилитации. Бициллинопрофилактика проводится в течение 3—5 лет.

406 Критериями диагностики являются очаговый (в различных органах) болевой синдром, артериальная гипертония, лихорадка, похудание, потливость, наличие узелков на коже, полиморфизм жалоб.

Ранняя реабилитация проводится одновременно с лечением (назначаются преднизолон 2 мг/кг в сутки, нестероидные противовоспалительные средства, гипотензивные препараты), предусматривает улучшение функций пораженных сосудов.

Может использоваться электрофорез с лекарственными препаратами на место ишемии. Необходимо лечение интеркуррентных заболеваний и очагов хронической инфекции.

Поздняя реабилитация начинается после стихания проявлений болезни и уменьшения признаков активности процесса. Используются все факторы санаторной реабилитации.

Имеют значение психотерапия и лечебная педагогика, пища должна содержать витамины, микроэлементы, биологически активные добавки. Назначают ЛФК, массаж, водные процедуры.

Восстановительная реабилитация проводится длительно. Используются закалывающие процедуры, ЛФК, массаж. При исчезновении признаков активности воспалительного процесса используются факторы курортного лечения с целью полной ликвидации остаточных явлений после ишемии, инфарктов, тромбозов, гангрены.

Динамическое наблюдение осуществляется постоянно участковым врачом и кардиологом с частотой и полным обследованием не менее 2 раз в год.

376 жительной динамики болезни и лабораторно-инструментальных показателей.

Поздняя реабилитация проводится с использованием санаторных методов реабилитации в условиях поликлиники или в местном санатории кардиологического профиля, где восстановление функциональных возможностей сердца достигается применением всех методов санаторной реабилитации в комплексе (лечебной педагогики, режима, ЛФК, диеты).

Целью этого этапа реабилитации является профилактика осложнений кардита (кардиосклероза, гипертрофии миокарда, нарушений проводимости; пораженных клапанного аппарата, констриктивного миоперикардита, тромбоэмболического синдрома).

Восстановительное лечение в поликлинике предусматривает профилактику рецидивов. Проводится методом закалывания с использованием факторов курортного лечения в условиях поликлиники или на курорте.

Эти методы реабилитации применяются при отсутствии признаков недостаточности кровообращения. После курортного лечения восстановительное лечение продолжается по индивидуально составленной программе.

Динамическое наблюдение и обследование проводятся в процессе реабилитации. Наблюдение осуществляют педиатр и кардиолог 1 раз в 2 месяца — на первом году, затем 2 раза в год. Лор-врач и стоматолог также осматривают ребенка 2 раза в год, остальные специалисты — по показаниям.

396 **Восстановительная реабилитация** имеет целью устранение предрасполагающих факторов.

Назначаются диета, психотерапия, занятия физкультурой, корректируется режим дня. Показано курортное лечение в условиях лагеря отдыха.

Динамическое наблюдение проводится в течение 2—3 лет участковым врачом и кардиологом раз в квартал с правом госпитализации для обследования и реабилитации 2 раза в год.

Артериальная гипотония диагностируется при снижении АД у детей школьного возраста ниже 90/48 мм рт. ст.

Ранняя реабилитация осуществляется на фоне лечения. Используются физические факторы для улучшения функционального состояния нервной и сердечно-сосудистой систем: электросон, лекарственный электрофорез, массаж, ЛФК. Реабилитацию детей после обморока начинают с гальванического воротника по Щербаку. Применяют электрофорез кальция, мезатона на воротниковую зону.

Поздняя реабилитация проводится в местном санатории, где имеют значение все факторы санаторной реабилитации. Применяются кислородные, жемчужные, хлоридные, натриевые и другие ванны с температурой воды 35—36 °С, стимулирующие функцию симпатической нервной системы, усиливающие сократительную деятельность миокарда, оказывающие тонизирующее влияние на ЦНС. Большое значение имеют ЛФК, массаж.

41а

41. Инвалидность детей при заболеваниях органов кровообращения. Реабилитация больных с сердечной недостаточностью

Инвалидность детям сроком от 6 месяцев до 2 лет не устанавливается.

1. Инвалидность сроком на 2 года устанавливается при геморрагических васкулитах.

Клиническая характеристика: сочетание двух или более синдромов с течением заболевания более 2 месяцев, ежегодные обострения. Учитываются и такие заболевания: патологические состояния сердечно-сосудистой системы, врожденные и приобретенные пороки сердца и крупных сосудов (неоперабельные и не подлежащие оперативному вмешательству до определенного возраста), состояния после оперативного вмешательства на сердце и крупные сосуды, нарушения ритма сердца, в том числе после имплантации кардиостимуляторов.

2. Инвалидность сроком до 5 лет устанавливается при сердечной недостаточности.

Клиническая характеристика: застойная сердечная недостаточность II—III степеней и более или хроническая выраженная гипоксемия.

3. Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста устанавливается при заболеваниях, патологических состояниях, врожденных и приобретенных пороках сердца, неоперабельным больным с нарушением кровообращения II степени, при злокачественной гипертензии.

Сердечная недостаточность — потеря способности сердца обеспечивать гемодинамику, необходимую для нормальной жизнедеятельности организма.

42а

42. Ювенильный ревматоидный артрит. Системная красная волчанка

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА) — иммунопатологический процесс с системным поражением суставов.

Ранняя реабилитация проводится в стационаре. Назначаются биогенные стимуляторы — апилак, анаболические гормоны. На фоне лечения применяют физические факторы: УФ-лучи на области поражения суставов (по очереди ежедневно облучают пораженные суставы, но не более двух крупных или группы мелких суставов) через 2—3 дня. При трофических расстройствах облучается кожа воротниковой или пояснично-крестцовой зоны. Эффективно электрополе УВЧ на суставы. Применяются массаж, ЛФК, электрофорез новокаина на суставы.

Поздняя реабилитация осуществляется в местном санатории или в поликлинике. Используются микроволновая терапия, ультразвук на суставы, диадинамические токи на суставы и рефлексогенные зоны. Применяются также и другие факторы санаторного лечения. Особое внимание уделяется ЛФК, массажу.

При **восстановительном лечении** используются курортные факторы лечения, среди которых преобладают тепловые процедуры. При ограничении движений в суставах показаны механотерапия, ЛФК, массаж, бальнеотерапия в виде хлоридных, радоновых ванн.

Ортопедическая помощь, начатая на стадии ранней реабилитации, лечение движением продолжают на этапе восстановительного лечения.

На всех этапах реабилитации необходимо проводить санацию очагов инфекции, своевременное лечение интеркуррентных заболеваний.

43а

43. Системный склероз. Дерматомиозит

Системный склероз (склеродермия) — заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением коллагена, характеризующееся фиброзно-склеротическими процессами в пораженных органах и тканях.

Ранняя реабилитация начинается после установления диагноза и соответствует лечению. Назначаются средства, улучшающие микроциркуляцию, противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды.

Поздняя реабилитация — после выписки из стационара продолжается лечение, назначенное в стационаре, в поддерживающих дозах. Лучше проводить его в местном санатории, используя все факторы санаторного лечения с их индивидуальным подбором.

Большое значение имеют массаж, ЛФК, питание с обязательным назначением БАД. В режиме предусматривается увеличение часов сна. Важно проводить своевременно санацию очагов инфекции и профилактику других заболеваний.

При **восстановительном лечении** (вторичной профилактики) устраняют предрасполагающие факторы, закаляют детей. При стабилизации процесса широко используются факторы курортного лечения (бальнеогрязетерапия).

Динамическое наблюдение осуществляется постоянно. Осмотры участковым врачом и при необходимости другими специалистами проводятся раз в квартал. Два раза в год ребенок может госпитализироваться для полного клинического обследования, уточнения диагноза и реабилитации.

44а

44. Острый гломерулонефрит

Острый гломерулонефрит — воспалительное заболевание почек иммунопатологического характера с преимущественным поражением почечных клубочков и вовлечением в процесс почечных канальцев, интерстициальной ткани, сосудов.

Ранняя реабилитация — это успешное лечение острого процесса в стационаре. С целью улучшения функции почек назначаются постельный режим, диета, препараты, улучшающие почечный кровоток (курантил, эуфиллин), электрофорез с 1%-ным раствором никотиновой кислоты или гепарином.

Поздняя реабилитация включает санаторный этап, который проводится в поликлинике или в местном санатории. Продолжаются назначенная ранее терапия, диета в пределах стола № 7, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, санация очагов хронической инфекции и лечение сопутствующих заболеваний.

Показан лечебно-двигательный режим с ограничением физических нагрузок и включением утренней гимнастики по индивидуальному плану, ЛФК, игр, музыкальных занятий. Рекомендуется дневной отдых.

Большое значение имеет диета. Она должна быть полноценной с учетом возраста больного. Назначаются физиологические нормы белка, жиров и углеводов с включением полноценных белков, ненасыщенных жирных кислот, витамины. Из рациона исключаются экстрактивные вещества, эфирные масла, копчености, острые приправы, специи.

Большое место в санаторном лечении занимает физиотерапия. Применяют парафиновые аппликации на поясничную область. Для устранения почечной ишемии используют электрофорез новокаина на поясничную область.

426 **Динамическое наблюдение** проводится в течение 5 лет после обострения заболевания участковым врачом и ортопедом (при необходимости). Кратность наблюдения — раз в квартал. Полное обследование и уточнение диагноза проводятся в стационарных условиях 2 раза в год.

Системная красная волчанка (СКВ) — иммунопатологическое заболевание соединительной ткани, характеризующееся преимущественным поражением ядер клеточных структур универсальным капилляритом.

Ранняя реабилитация начинается с момента установления диагноза; ее целью является снижение активности патологического процесса, что достигается назначением глюкокортикоидов и цитостатиков, полноценным питанием с добавлением БАД.

Поздняя реабилитация — санаторный этап. Проводится поддерживающая терапия глюкокортикоидами, назначенная в стационаре, а также используются все индивидуально подобранные факторы санаторной реабилитации. Санируют очаги хронической инфекции. Устанавливают режим дня, соответствующий возрасту ребенка, с увеличением количества часов сна. Необходимо полноценное питание.

При **восстановительном лечении** осуществляется постоянное закаливание, осторожно используются факторы курортного лечения, но только в той же климатической зоне (необходимо избегать солнечных лучей, переохлаждений, перегреваний).

446 Расширяя кровеносные сосуды, усиливая диурез, магний положительно влияет на течение заболевания и самочувствие больного. Показаны также облучения поясничной области лампами соллюкс или инфракрасными лучами. С целью десенсибилизации организма, уменьшения воспалительных явлений в почках применяют электрофорез кальция. На этапе санаторного лечения важная роль отводится лечебной педагогике и психотерапии.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, производится в условиях поликлиники с использованием факторов курортного лечения или на курорте. Однако лечение на курорте показано детям с отсутствием признаков обострения процесса в почках в течение года.

На этапе курортного лечения проводятся закаливание детей с использованием всех методов курортного лечения: бальнеотерапия, грязевые аппликации, а также климатотерапия; санация хронических очагов инфекции.

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 5 лет после перенесенного острого процесса. Ребенок наблюдается педиатром и нефрологом. Осмотр проводится раз в квартал на 1-м году, в последующем — 2 раза в год.

Полное обследование осуществляется 2 раза в год в момент госпитализации для реабилитации и включает исследование мочи, крови, выполнение биохимического анализа крови.

416 **Ранняя реабилитация** проводится одновременно с лечением на больничном этапе путем устранения причины возникновения заболевания, организации режима и питания в пределах стола № 10, назначения сердечных гликозидов, допамина, кардиотрофических средств, диуретиков, вазодилататоров.

Поздняя реабилитация (санаторный этап) — осуществляется в местном санатории или в условиях поликлиники. Регулируется двигательный режим, назначается ЛФК в соответствии с общим состоянием больного.

Продолжается прием препаратов, улучшающих метаболические процессы в миокарде. Проводятся санация очагов инфекции, лечебная педагогика. Рекомендуется пребывание больного на свежем воздухе.

Восстановительная реабилитация осуществляется в условиях поликлиники с использованием в последующем курортного лечения, где расширяется двигательный режим, проводятся закаливание, прогулки на свежем воздухе.

Динамическое наблюдение на первом году осуществляется ежемесячно. Кардиолог осматривает ребенка раз в 2—3 месяца, на втором году — раз в квартал, затем раз в 5 месяцев.

Два раза в год ребенок может госпитализироваться для обследования и реабилитации. Лабораторно-инструментальные исследования необходимы 2 раза в год (общий анализ и биохимический анализ крови, ЭКГ, ФКГ, УЗИ сердца), функциональные пробы — по показаниям. Дети, перенесшие сердечную недостаточность, с учета не снимаются.

436 **Дерматомиозит** — системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мышц и кожи.

Ранняя реабилитация проводится после установления диагноза болезни и соответствует лечению. Назначаются кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, АТФ, витамины. В результате лечения улучшается функция пораженных органов. Физиопроцедуры в остром периоде противопоказаны. ЛФК и массаж надо назначать сразу после уменьшения болевого синдрома.

Поздняя реабилитация осуществляется после выписки из стационара с использованием всех факторов санаторной реабилитации и одновременным лечением (профилактикой) кальцинозов, контрактур. Проводится поддерживающая медикаментозная терапия, назначенная в стационаре. Большое значение имеет питание.

Восстановительное лечение проводится активно. Продолжаются реабилитация кальцинозов, контрактур, поддерживающее противорецидивное лечение, закаливание. Используются факторы курортного лечения или пребывание детей на курортах с использованием бальнеогрязелечения, ЛФК, массажа, механотерапии. Важны лечебная педагогика, психотерапия.

Диспансерное наблюдение проводится постоянно. Необходимо исключить инсоляцию, переохлаждение, физическое и психическое переутомление. Дети должны постоянно заниматься ЛФК.

Больные осматриваются в зависимости от наличия остаточных явлений раз в месяц или квартал.

45а 45. Хронический гломерулонефрит

Хронический гломерулонефрит — длительно текущее диффузное воспалительное заболевание гломерулярного аппарата почек, ведущее к склерозированию паренхимы органа и почечной недостаточности, протекающее в гематурической, отечно-протеинурической (нефротической) или смешанной форме.

Ранняя реабилитация — это стационарное лечение обострения заболевания с использованием постельного режима, рационального питания, противовоспалительной терапии, гормонов, цитостатиков, антисклеротических препаратов, антикоагулянтов и антиагрегантов.

Поздняя реабилитация — лечение в местном санатории или санаторное лечение в поликлинике. Цели санаторной реабилитации — продолжение поддерживающей терапии, начатой в стационаре, коррекция режима и диеты с учетом формы, стадии заболевания, степени нарушения функции почек, санация очагов инфекции, профилактика интеркуррентных заболеваний, закаливание.

Рекомендуются щадящий режим с исключением физических и психических нагрузок, дополнительный дневной отдых, у школьников вводится дополнительный выходной день в неделю. Необходимо избегать охлаждения, контактов с инфекционными больными.

Диета зависит от клинической формы заболевания. При гематурической форме хронического гломерулонефрита диета гиперхлоридная, полноценная с максимальным содержанием витаминов. При нефротической форме необходимо несколько увеличить количество белка и включить в рацион продукты, богатые солями калия.

46а 46. Пиелонефрит

Пиелонефрит — микробно-воспалительный процесс в чашечно-лоханочной системе и тубулоинтерстициальной ткани почек.

Критерии диагностики: интоксикация, повышение температуры, дизурия, боли в поясничной области, лейкоцитурия, бактериурия, микрогематурия, изменения в крови (ускоренное СОЭ, лейкоцитоз, нейтрофилез).

Ранняя реабилитация — это успешное лечение ребенка в период острых проявлений болезни с использованием охранительного режима, рационального питания, рациональной антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, свойств препарата и реактивности макроорганизма, кислотности мочи, аллергической настроенности организма.

Поздняя реабилитация проходит в местном санатории или поликлинике. Санаторное лечение оказывает общеукрепляющее воздействие, повышает иммунологическую реактивность, благоприятно влияет на психику ребенка.

Продолжается прерывистая (по 10 дней каждого месяца) антибактериальная терапия на фоне приема био-препаратов и желчегонных средств.

Важным условием является обеспечение регулярного оттока мочи (мочеиспускание не реже раза в 3 ч), функционирования кишечника.

При проведении фитотерапии следует учитывать свойства трав оказывать противовоспалительное действие, усиливать регенерацию эпителия (шиповник, бессмертник) или давать мочегонный эффект (петрушка, толокнянка, березовые почки).

47а 47. Инфекция мочевыводящих путей

Инфекция мочевыводящих путей — инфицирование органов мочевой системы без специального указания на уровень поражения мочевых путей, ведущее к появлению нейтрофильной лейкоцитурии и бактериурии.

Критерии диагностики: могут быть повышение температуры, дизурические явления, болевой синдром, мочевой синдром.

Ранняя реабилитация на этапе стационарного лечения включает постельный режим, диету, обильное питье, прием спазмолитиков, сидячие ванны, фитотерапию.

Поздняя реабилитация проходит в условиях поликлиники или в местном санатории.

Показаны щадящий режим с ограничением физической нагрузки, диета с исключением продуктов, раздражающих мочевыводящие пути (экстрактивных и острых веществ). Для увеличения диуреза и лучшего промывания мочевых путей назначают обильное питье (чай с сахаром и витаминными соками). Целесообразно применение минеральных вод.

Из физиотерапии показаны тепловые процедуры, УВЧ, СВЧ, электрофорез с противовоспалительными препаратами на область мочевого пузыря, лоханки. При хроническом цистите рекомендуются инсталляции с томицином, колларголом, протарголом. Проводятся мероприятия по предупреждению дисфункции кишечника, гельминтозов, осуществляется контроль за состоянием половых органов.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, включает использование курортных методов лечения. Большое значение имеют закаливание с назначением лечебных грязей, бальнеотерапии, воздушных и солнечных ванн; прием минеральных вод.

48а 48. Мочекаменная болезнь. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит. Инвалидность детей с заболеваниями органов мочевой системы

Мочекаменная болезнь — заболевание почек и мочевыводящей системы, обусловленное наличием камней.

Критерии диагностики: боли в животе или в боку, гематурия, дизурия, повторные инфекции мочевых путей.

Ранняя реабилитация предусматривает рациональное питание с учетом вида камня, прием спазмолитиков, анальгетиков.

Поздняя реабилитация проводится в условиях поликлиники или в местном санатории. Показаны щадящий режим, ограничение физических нагрузок, диетотерапия, направленная на максимальное снижение в моче солей, из которых состоит камень, увеличение диуреза за счет дополнительного назначения жидкости, высоковитаминизированная пища; фитотерапия.

При **восстановительном лечении**, или вторичной профилактике, используются курортные методы лечения, диета, различные методы закаливания, бальнеотерапия, витаминотерапия (показаны витамины А, группы В, Е).

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 5 лет. Объем обследований: анализ крови, мочи, проба Зимницкого, Аддиса—Каковского, определение мочевины, остаточного азота, УЗИ почек, экскреторная урография, бактериологическое исследование мочи по показаниям.

Инвалидность детей с заболеваниями органов мочевой системы.

1. Инвалидность детям с патологией почек сроком от 6 месяцев до 2 лет определяется при стойком выра-

466 При гипертонии и атонии мочевыводящих путей, а также для улучшения почечного кровотока можно использовать отвар овса.

Ребенок находится на щадящем режиме с исключением больших физических нагрузок, спортивных соревнований. Показаны занятия физкультурой в специальной группе, обязательно проведение гигиенической гимнастики по утрам. Санитируют хронические очаги инфекции.

Диета включает полноценное рациональное питание с приемом белковой пищи в первую половину дня и достаточным введением жидкости в виде морсов, соков, минеральных вод.

Ограничение соли рекомендуется только при наличии гипертензии. Из рациона на все время диспансерного наблюдения исключают продукты, богатые экстрактивными веществами, пряности, маринады, копченые колбасы, консервы, специи.

Рекомендуются лекарственный электрофорез 1%-ного раствора фурадонина, уросульфана, УВЧ, СВЧ на область почек, диатермия, парафиновые, озокеритовые или грязевые аппликации на поясничную область.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, осуществляется в условиях поликлиники и на курорте. Курортное лечение показано детям, не имеющим признаков почечной недостаточности, или больным только с ПН I степени.

На этапе курортного лечения широко используются закаливающие процедуры, минеральные, хвойные, воздушные, солнечные ванны, лечебные грязи, ЛФК, тепловые процедуры.

Динамическое наблюдение проводится в течение 5 лет после острого пиелонефрита и постоянно — при хроническом пиелонефрите.

486 женном нарушении функций почек, высокой степени активности патологического процесса в почечной ткани.

2. Инвалидность сроком от 2 до 5 лет определяется при склерозирующих, вялотекущих, резистентных к терапии вариантах гломерулонефрита, подтвержденных результатами биопсии почек или обследованием в специализированном стационаре.

3. Инвалидность сроком на 5 лет определяется при заболеваниях, повреждениях и пороках развития мочевыводящих путей; частичной или полной аплазии органов.

4. Инвалидность до достижения 16-летнего возраста определяется при заболеваниях почек, в том числе наследственных патологических состояниях, пороках развития почек и органов мочевого выведения с хронической почечной недостаточностью и злокачественной гипертензией, синдромом несахарного мочеизнурения, почечным несахарным диабетом.

Быстропрогрессирующий (злокачественный) гломерулонефрит — заболевание, характеризующееся быстрым развитием почечной недостаточности.

Критерии диагностики: нарастающая выраженность клинических проявлений гломерулонефрита, развитие почечной недостаточности, симптомы которой быстро прогрессируют.

Ранняя реабилитация заключается в немедленной госпитализации детей с подозрением на острый гломерулонефрит, строгим соблюдении всех предписаний врача, которые во многих случаях предупреждают быстрое прогрессирование болезни.

456 Назначение физических факторов ограничено. Рекомендуется индуктотермия области почек.

В преемическом и уремиическом периоде (при отсутствии сердечной недостаточности и нарушенном мозговом кровообращении) применяют хвойные ванны, при наличии зуда кожи — крахмальные ванны с температурой воды 37—38 °С.

Восстановительное лечение, или вторичная профилактика, — проведение закаливающих процедур в поликлинике или на курорте с использованием бальнеогрязетерапии, ЛФК, климатотерапии. Курортной реабилитации подлежат дети в неактивной фазе заболевания, с нарушением функции почек не более I степени, через год после обострения заболевания.

Детям с нефротической формой гломерулонефрита показано лечение в сухом и жарком климате в летнее время. В условиях такого климата усиленная отдача воды через кожу приводит к снижению диуреза, вследствие этого создаются условия для выделения более концентрированной мочи.

Динамическое наблюдение. Участковый врач наблюдает ребенка не реже раза в 1,5—2 месяца. Консультации нефролога проводятся по необходимости. Дети с диспансерного учета не снимаются. Объем проводимых исследований: анализ мочи общий и по Аддису—Каковскому, проба Зимницкого, анализ крови общий и биохимический, общий белок, фракции, мочевины, креатинин, холестерин, электролиты, СРБ, сиаловая кислота, определение клиренса эндогенного креатинина, УЗИ почек, рентгенография по показаниям.

476 **Динамическое наблюдение** осуществляется в течение 1 года после перенесенного процесса. Обследования проводятся те же, что и при пиелонефрите.

Интерстициальный нефрит — воспаление соединительной ткани почек с вовлечением в процесс канальцев, кровеносных и лимфатических сосудов, почечной стромы.

Клиническая картина: боли в животе, повышение артериального давления, лейкоцитурия, микрогематурия, олигурия, гипероксалурия.

Ранняя реабилитация включает рациональное питание, прием стабилизаторов мембран (витаминов А, Е), средств, улучшающих трофику тканей, антисклеротических препаратов.

Поздняя реабилитация — санаторный этап с использованием всех факторов санаторного лечения. Рекомендуются рациональный режим, диета, физиотерапевтические процедуры (СВЧ, электрофорез с новокаином, никотиновой кислотой на поясничную область). Целесообразно назначение лекарственных трав (сбор по Ковалевой). Проводится санация хронических очагов инфекции.

Восстановительное лечение включает закаливание, курортную реабилитацию, ЛФК, гимнастику, курсы фитотерапии (брусничник, земляничник, фитолизин).

Динамическое наблюдение после перенесенного острого процесса проводится 3 года, при хроническом — постоянно.

49a 49. Железодефицитная анемия

Железодефицитная анемия — это гипохромная анемия, развивающаяся в результате дефицита железа в организме.

Критерии диагностики: бледность кожи и слизистых оболочек, трофические расстройства, извращение вкуса, снижение концентрации гемоглобина в крови, цветового показателя.

Ранняя реабилитация сводится к успешному лечению заболевания, соответствующему режиму, диете с введением продуктов, богатых железом и витаминами, медикаментозной терапии, лечению гельминтозов.

Поздняя реабилитация предусматривает режим с достаточной двигательной активностью, максимальное пребывание на свежем воздухе, сбалансированное питание, массаж, гимнастику, санацию очагов хронической инфекции, лечение болезней, сопровождающихся нарушением кишечного всасывания, кровоточивости, терапию гельминтозов.

Назначается диета с использованием продуктов, богатых железом (таких как мясо, язык, печень, яйца, мандарины, абрикосы, яблоки, сухофрукты, орехи, горох, гречневая, овсяные крупы).

Вторичная профилактика включает рациональное вскармливание, предупреждение простудных и желудочно-кишечных заболеваний, выявление и лечение гельминтозов, дисбактериоза, гиповитаминозов, аллергических болезней, различные методы закаливания.

Динамическое наблюдение необходимо в течение 6 месяцев. Объем обследований: анализ крови общий, биохимическое исследование.

50a 50. Гемолитические анемии. Гемофилия

Гемолитические анемии — анемии, возникающие в результате усиленного разрушения эритроцитов.

Критерии диагностики: бледность, желтушность кожи и слизистых, спленомегалия, снижение эритроцитов и гемоглобина при нормальном цветовом показателе, дефектные эритроциты, ретикулоцитоз.

Ранняя реабилитация — успешное лечение обострения заболевания.

Поздняя реабилитация осуществляется в поликлинике или местном санатории и сводится к профилактике гемолитических кризов, которые чаще всего провоцируются интеркуррентной инфекцией.

Необходимы рациональный режим, гимнастика, но с исключением больших физических нагрузок, резких движений, тряски, ношения тяжести, занятий спортом. Показаны ЛФК, занятия физкультурой в специальной группе, утренняя зарядка, достаточное пребывание на свежем воздухе.

Вторичная профилактика предусматривает щадящий режим, диету, активное лечение и профилактику острых инфекционных заболеваний, хронических болезней желудочно-кишечного тракта и санацию очаговой инфекции, использование всех видов закаливания, генетическое консультирование при наследственных гемолитических анемиях.

Динамическое наблюдение осуществляется постоянно. Объем обследований: анализ крови общий, определение формы и осмотической стойкости эритроцитов, ретикулоцитов, биохимический анализ крови (определяются билирубин и фракции белка, протениограмма), анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости.

51a 51. Тромбоцитопеническая пурпура

Тромбоцитопеническая пурпура — заболевание, характеризующееся склонностью к кровоточивости, обильной тромбоцитопенией.

Классификация**По течению:**

- 1) острые (продолжающиеся менее 6 месяцев);
- 2) хронические:
 - а) с редкими рецидивами;
 - б) с частыми рецидивами;
 - в) непрерывно рецидивирующие.

По периоду:

- 1) обострение (криз);
- 2) клиническая ремиссия (отсутствие кровоточивости при сохраняющейся тромбоцитопении);
- 3) клинико-гематологическая ремиссия.

По клинической картине:

- 1) «сухая» пурпура (имеется только кожный геморрагический синдром);
- 2) «влажная» пурпура (пурпура в сочетании с кровотечениями).

Критерии диагностики: геморрагический синдром; характерны полиморфность, полихромность геморрагии, кровотечения, снижение уровня тромбоцитов в крови.

Ранняя реабилитация — лечение заболевания в стационаре с использованием препаратов, улучшающих адгезивно-агрегационные свойства тромбоцитов.

Поздняя реабилитация проводится в поликлинике или местном санатории. Детям показаны щадящий режим, ЛФК, диета с исключением аллергенных продуктов, консервов, рекомендовано ведение пищевого дневника. Включают в рацион арахис, шпинат, укроп, кра-

52a 52. Лейкоз. Инвалидность детей с заболеваниями крови

Лейкоз — группа злокачественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток.

Критерии диагностики: геморрагический, гепатолиенальный синдром, генерализованное увеличение лимфоузлов; изменения в периферической крови: наличие лейкемических клеток, изменения в миелограмме.

Ранняя реабилитация — своевременное выявление болезни и активное лечение в стационаре.

Поздняя реабилитация осуществляется на этапе санаторного лечения. Режим определяется состоянием больного и его гематологическими данными.

Диета должна быть высококалорийной с содержанием белков, в 1,5 раза превышающим норму, обогащенная витаминами, минеральными веществами.

Ограничиваются животные жиры. Рекомендуются продукты, обладающие свойствами неспецифических сорбентов (морковь, слива, облепиха, черная смородина, вишня, бобовые, тыква, кабачок, дыни).

Назначаются курсы комплексов витаминов А, Е, С, В₁, В₂ в терапевтических дозах в течение месяца 4—6 раз в год.

Рекомендуются медикаменты, способствующие увеличению количества лейкоцитов (экстракт элеутерококка, нуклеинат натрия, дибазол, пентоксил, метацил). Необходимо контролировать процессы переваривания и усвоения пищи, деятельности печени и поджелудочной железы.

Проводятся санация очагов инфекции, профилактика инфекционных заболеваний. Важную роль играют психологическая и социальная адаптация и реабилитация.

506 Гемофилия — наследственное заболевание, характеризующееся резко замедленной свертываемостью крови и повышенной кровоточивостью, обусловленными недостатком некоторых факторов свертывания крови.

Критерии диагностики: повторяющиеся эпизоды кровоточивости по гематомному типу, кровоизлияния в суставы, носовые кровотечения, удлинение времени свертывания крови, низкий уровень VIII, IX, XI факторов свертывания.

Ранняя реабилитация — успешное лечение обострения заболевания в стационаре с использованием заместительной терапии, витаминов.

Поздняя реабилитация проводится в местном санатории или поликлинике.

Рекомендуется щадящий режим, запрещаются все виды спорта, связанные с прыжками, падениями, ударами, в том числе езда на велосипеде.

Очень важно, чтобы ребенок регулярно (не менее 4 раз в год) проходил санацию зубов, так как это значительно уменьшает число эпизодов кровоточивости в связи с экстракциями зубов и кариесом. Проводится санация хронических очагов инфекции, показано физиотерапевтическое лечение суставов (фонофорез с гидрокортизоном, лидазой).

Вторичная профилактика заключается в соблюдении режима, предупреждении травм конечностей, полноценной диете, закаливании, психологической, социальной адаптации и профориентации (исключении труда, требующего большой физической нагрузки).

526 Вторичная профилактика сводится к исключению у детей физических и психических нагрузок, полноценной диете, закаливанию. Дети освобождаются от занятий физкультурой, в весенне-зимний период обучение по школьной программе лучше проводить на дому. Необходимо оберегать ребенка от контакта с инфекционными больными.

Не рекомендуется изменение климатических условий. **Динамическое наблюдение** осуществляется постоянно. Объем исследований: анализ крови общий не реже 1 раза в 2 недели с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, биохимический анализ крови (определяются билирубин, протеинограмма, аланиновая и аспарагиновая трансаминазы, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза), анализ мочи, УЗИ органов брюшной полости.

Инвалидность детей с заболеваниями крови.

1. Инвалидность детей с заболеваниями крови сроком от 6 месяцев до 2 лет устанавливается при гематологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 месяцев и ежегодными обострениями.

2. Инвалидность сроком от 2 до 5 лет устанавливается при наследственных и приобретенных заболеваниях крови.

Клиническая характеристика: не менее 1 криза в течение года со снижением гемоглобина менее 100 г/л.

3. Инвалидность на 5 лет устанавливается при остром лейкозе, лимфогранулематозе.

Клиническая характеристика: с момента установления диагноза на срок до достижения 16-летнего возраста.

496 Дефицитные анемии
Белково-дефицитная анемия — анемия, развивающаяся в результате дефицита в пище белков животного происхождения.

Ранняя реабилитация включает правильный режим, занятия физической культурой, массаж, диету в соответствии с возрастом, достаточное пребывание на свежем воздухе, санацию очагов инфекции, лечение гельминтозов, нормализацию функций желудочно-кишечного тракта.

Вторичная профилактика предусматривает рациональное вскармливание, закаливание, профилактику инфекционных (в том числе желудочно-кишечных) заболеваний, дисбактериоза.

Динамическое наблюдение осуществляется в течение 6 месяцев. Объем обследований: анализ крови общий, биохимический.

Витаминно-дефицитные анемии развиваются в результате недостатка витамина В12 и фолиевой кислоты, витамина Е.

Критерии диагностики: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, глоссит, обнаружение мегалобластов, снижение гемоглобина в крови; цветовой показатель больше 1,0; эритроциты с тельцами Жолли.

Ранняя реабилитация заключается в коррекции диеты (витамин В12 содержится в мясе, яйцах, сыре, молоке, фолиевая кислота — в свежих овощах (томатах, шпинате), много ее в дрожжах, а также в мясе, печени), устранении причин, вызвавших анемию, назначении витаминов.

При **поздней реабилитации** показаны активный двигательный режим, массаж, полноценное питание, лечение гельминтозов, санация очагов хронической инфекции.

516 пиву. Проводятся санация очагов инфекции, дегельминтизация, профилактика инфекционных заболеваний, борьба с дисбактериозом, так как все эти факторы могут провоцировать обострение процесса.

В течение 3—6 месяцев после выписки из стационара целесообразно применение кровоостанавливающих сборов трав в сочетании с чередующимися двухнедельными курсами препаратов, стимулирующих адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов, желчегонными средствами.

В кровоостанавливающий сбор входят тысячелистник, пастушья сумка, крапива, зайцегуб опьяняющий, зверобой, земляника лесная (растения и ягоды), водяной перец, кукурузные рыльца, шиповник.

Вторичная профилактика сводится к соблюдению гипоаллергической диеты, проведению различных закаливающих процедур, активному лечению и профилактике инфекционных заболеваний.

В течение 3—5 лет нецелесообразна смена климата. При выздоровлении **динамическое наблюдение** за ребенком осуществляется в течение 2 лет, при хроническом течении заболевания — постоянно. Объем обследований: общий анализ крови, определение длительности кровотечения, коагулограмма, общий анализ мочи.

53а

53. Бронхит

Острый бронхит — протекает без признаков бронхиальной обструкции.

Ранняя реабилитация включает медикаментозное лечение, начатое при первых проявлениях бронхита, приводящее к улучшению функции бронхов. Для улучшения общего состояния используются адаптогенные препараты, витамины, микроэлементы. На этом этапе назначаются ЛФК, дыхательная гимнастика, ионофорез с противовоспалительным действием.

Поздняя реабилитация осуществляется в местном санатории или в условиях поликлиники с использованием всех факторов санаторного лечения, назначаются дыхательная гимнастика, ЛФК.

Восстановительное лечение включает ЛФК, назначение мембраностабилизирующих препаратов, репаративов.

Динамическое наблюдение осуществляется участием врача в течение года.

Острый обструктивный бронхит, бронхиолит — протекает с синдромом бронхиальной обструкции. Для бронхиолита характерны дыхательная недостаточность и обилие мелкопузырчатых хрипов; для обструктивного бронхита — свистящие хрипы.

Ранняя реабилитация — на фоне этиологического лечения назначаются секретолитические, бронхолитические, отхаркивающие средства, разгружающие малый круг кровообращения, восстанавливающие микроциркуляцию слизи и подслизистой оболочки бронхов, репаративы, витаминотерапия. Используются дыхательная гимнастика, ЛФК, ионофорез лекарственных веществ.

54а

54. Хроническая пневмония

Хроническая пневмония — хронический воспалительный неспецифический процесс, содержащий в своей основе необратимые морфологические изменения в виде деформации бронхов и пневмо-склероза в одном или некоторых сегментах, сопровождающийся рецидивами воспаления в бронхах, а также легочной ткани.

Критерии диагностики: наличие характерных клинических симптомов различной выраженности, кашель с мокротой, стабильные локализованные хрипы в легких, периодически возникающие обострения. Рентгенологически выявляются признаки ограниченного пневмосклероза, бронхографически — деформация и расширение бронхов в очаге поражения.

Ранняя реабилитация — при обострении назначаются антибактериальные препараты, секретолитические и отхаркивающие средства, бронхолитики, постуральный дренаж, ЛФК, дыхательная гимнастика, витаминотерапия, репаративы, массаж общий и грудной клетки, рекомендуется физическая активность. Физиотерапия включает высокочастотную электротерапию, ингаляции муколитических средств.

Поздняя реабилитация осуществляется на санаторном этапе. Используются все факторы санаторной реабилитации, терапия микроэлементами, фитотерапия, общий массаж, высокочастотные методы, не применяемые на первом этапе реабилитации, гальванизация легких и лекарственный электрофорез.

Восстановительное лечение — применяются иммунотропная терапия; биопрепараты для устранения дисбиоза кишечника, препараты, восстанавливающие трофику тканей, иммуномодуляторы физическими факторами воздействия, курортная реабилитация.

55а

55. Альвеолиты. Инвалидность детей при болезнях органов системы дыхания

Экзогенный аллергический альвеолит представляет собой заболевание иммунопатологического характера, вызванное вдыханием органической пыли, содержащей различные антигены, и проявляющееся диффузным поражением альвеолярной и интерстициальной ткани легкого с последующим развитием пневмофиброза.

Критерии диагностики: острое, подострое или хроническое заболевание легких, сопровождающееся кашлем, диффузными крепитирующими и мелкопузырчатыми хрипами, одышкой, рестриктивными и обструктивными нарушениями вентиляции при наличии указаний на контакт с причинно-значимым аллергеном. Рентгенологически характеризуется диффузными инфильтративными и интерстициальными изменениями.

Токсический фиброзирующий альвеолит — заболевание, обусловленное токсическим влиянием химических веществ, а также некоторых лекарственных препаратов на легочную ткань.

Идиопатический фиброзирующий альвеолит является первично-хроническим заболеванием неизвестной этиологии с локализацией основного патологического процесса в интерстиции легкого, который, прогрессируя, приводит к диффузному легочному фиброзу.

Ранняя реабилитация — при всех альвеолитах назначаются антигистаминные препараты, глюкокортикоиды, ферменты тканевого дыхания, ингибиторы медиаторов аллергии, витамины, микроэлементы, охранительный режим по контактам с аллергенами и химическими агентами.

Поздняя реабилитация, или санаторный этап, проводится в поликлинике или санатории с использова-

56а

56. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма — заболевание, характеризующееся обратимой обструкцией бронхов, патогенетическую основу которого составляет аллергическое воспаление дыхательных путей. Отмечаются гиперреактивность бронхов, в типичных случаях — периодическое возникновение приступов с нарушением проходимости бронхов в результате их спазма, отека слизистой оболочки и гиперсекреции слизи.

Бронхиальная астма также протекает в виде астматического бронхита без типичных приступов, спастического кашля, астмы физического напряжения.

Критерии диагностики: приступы удушья, астматический статус, астматический бронхит, приступы спастического кашля, сопровождающиеся острым вздутием легких и затруднением выдоха. Рентгенологически во время приступа наблюдается вздутие легких, на фоне которого нередко выявляется усиление бронхосудистого рисунка.

По тяжести бронхиальная астма делится на легкую, среднетяжелую и тяжелую. При оценке тяжести наряду с критериями международного консенсуса следует также учитывать состояние больного во внеприступном периоде, наличие функциональных изменений со стороны аппарата внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.

Осложнения: ателектаз легкого, пневмоторакс, медиастинальная эмфизема, легочное сердце, эмфизема легких (при наличии двух последних необходимо исключить другие хронические обструктивные заболевания легких, являющиеся более частой причиной этих осложнений).

В рамках этой классификации, как и любой другой, по мере накопления новых данных возможна дальнейшая

546 **Динамическое наблюдение** детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями проводится постоянно участковым врачом и пульмонологом, осмотр — раз в квартал. Полное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование показано 2 раза в год при госпитализации детей. Ребенку необходимы постоянные занятия ЛФК, закаливающие процедуры.

Острые пневмонии — острое воспалительное заболевание легких, вызвана бактериальными, вирусными возбудителями, некоторыми химическими воздействиями, а также аллергическими факторами.

Критерии диагностики: нарушение общего состояния, повышение температуры тела, кашель, одышка различной степени выраженности и характерные физикальные изменения. Рентгенологическое подтверждение базируется на выявлении очаговых инфильтративных изменений в легких.

Ранняя реабилитация — на фоне этиологического лечения применяются секретолитические средства, заместительная иммунотерапия, ЛФК, дыхательная гимнастика, иммуномодулирующее лечение адаптогенами.

При **поздней реабилитации** используются санаторные факторы, витаминотерапия, по возможности устраняют инфекционную аллергию.

На этапе восстановительного лечения проводятся устранение дисбактериоза, санация очагов хронической инфекции, используются курортные факторы реабилитации, закаливание.

Длительность наблюдения — год.

556 углубленная характеристика клинических проявлений болезни легких у детей.

Ранняя реабилитация предусматривает купирование приступа, назначение антимедиаторов (кетотифен, кетотифен, задитен, кетасма — ранний возраст 1/4 таблетки 2 раза 1—2 месяца, остальным по 1/2 таблетки 2 раза 1—2 месяца; терфенадин — до 3 лет по 15 мг 2 раза в день, старшим детям — по 30 мг 2 раза в день, 14—16 лет — по 60 мг 2 раза в день в течение месяца; зиртек — по 2 мг 1 раз в день 10—14 дней детям до 3 лет, старшим детям — по 3—5 мг, курс до 10—14 дней); ингибиторы медиаторов воспаления комбинируют с пролонгированными теофилинами (до 3 лет — 1/4 таблетки 2 раза в день, старшим детям — по 1/4—1/2 таблетки 2 раза в день, при необходимости — до месяца).

Поздняя реабилитация — использование интала в капсулах и аэрозоле; аэрозоль недокромила натрия (по 1—2 вдоха 2 раза в день в течение 6 недель и более), аутосеротерапия на фоне других факторов санаторного лечения с применением дыхательной гимнастики (по Бутейко и т. п.), специфическая гипосенсибилизация.

На этапе **восстановительного лечения** проводятся коррекция иммунологических нарушений, мембраностабилизация, реабилитация гистоглобулином, лизатами лейкоцитов, аутолимфоцитов. Используются курортные факторы реабилитации, переход к физической активности, ЛФК.

Диспансерное наблюдение проводится до 15-летнего возраста. Осмотры участкового врача и аллерголога после приступного периода осуществляются раз в квартал, при стойкой ремиссии — 2 раза в год. Проводится профориентация.

536 **Поздняя реабилитация** — применяются факторы санаторного лечения, методы восстановления трофики бронхов, проводят коррекцию иммунитета, стимулирующую иммунотерапию.

Восстановительное лечение — для профилактики рецидивов назначаются иммуномодуляторы, адаптогены. Показаны тренирующая дыхательная гимнастика и другие факторы курортного лечения и закаливания.

Динамическое наблюдение проводится участковым врачом совместно с пульмонологом. Осмотр проводят раз в квартал с исследованием функции внешнего дыхания. Лор-врач осматривает 2 раза в год. Проводится санация очагов хронической инфекции. Длительность наблюдения — год.

Рецидивирующий бронхит — бронхит без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2—3 раза в течение 1—2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Эпизоды бронхита характеризуются длительностью клинических проявлений (2 недели и более).

Рецидивирующий обструктивный бронхит — обструктивный бронхит, эпизоды которого повторяются у детей раннего возраста на фоне острых респираторных вирусных инфекций.

Ранняя реабилитация — на фоне этиологического лечения назначаются интерферонгенные противовирусные препараты, бронхолитики, секретолитические средства, отхаркивающие препараты, охранительный и тренирующий режим.

Поздняя реабилитация — назначаются все факторы санаторного лечения. Проводится иммунотерапия адаптогенами растительного и животного происхождения.

556 нием всех факторов санаторного лечения. Назначаются антимедиаторы, мембраностабилизирующие средства, гистамин, гистоглобулан, антиаллергический глобулин, ЛФК, массаж, аэрозольтерапия кислородом.

Восстановительное лечение направлено на общее укрепление организма, закаливание.

Динамическое наблюдение проводится участковым врачом и аллергологом при осмотре раз в квартал. Обследование проводится 2 раза в год.

Инвалидность детей при болезнях органов системы дыхания. Инвалидность сроком от 6 месяцев до 2 лет не устанавливается.

1. Инвалидность сроком на 2 года устанавливается при врожденных и приобретенных болезнях дыхательных органов (включая состояние после резекции легких).

Клиническая характеристика: стойкая дыхательная недостаточность II степени и более или тяжелые и частые приступы бронхиальной астмы (4 и более в году).

2. Инвалидность сроком на 5 лет не устанавливается.

3. Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста устанавливается однократно при заболеваниях, патологических состояниях и пороках развития органов дыхания, не подлежащих оперативному лечению, с явлениями дыхательной недостаточности II степени и сердечной недостаточности; гормонозависимой бронхиальной астме; легочно-сердечной недостаточности III степени.

Задачами медицинской реабилитации инвалидов с детства являются улучшение или стабилизация критериев выживания и жизнедеятельности.

Дроздов А. А., Дроздова М. В.

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПЕДИАТРИЯ

Шпаргалки

Зав. редакцией: **Рослякова, О. С.**
Редактор: **Анохина Я. С.**

ООО «Издательство «ЭКСМО»
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21
Home page: www.eksmo.ru E-mail: info@eksmo.ru

Формат 60×90 1/16.