

“СОСТАВЛЕНИЕ СХЕМЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ”



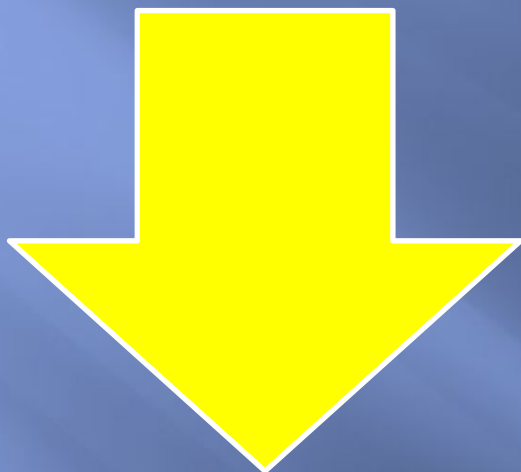
доцент, д.м.н.
Сарбасова Ж.

О.

АКТУАЛЬНОСТЬ



- Диспансеризация детей заключается в периодических профилактических осмотрах, активном динамическом наблюдении за выявленными больными, своевременном систематическом квалифицированном лечении и оздоровлении их.



Диспансерному
наблюдению
подлежат дети, с
выявленными
хроническими
заболеваниями.



Дети, имеющие
хронические
заболевания
подлежат
наблюдению в III
(А,Б,В) группе
здоровья.

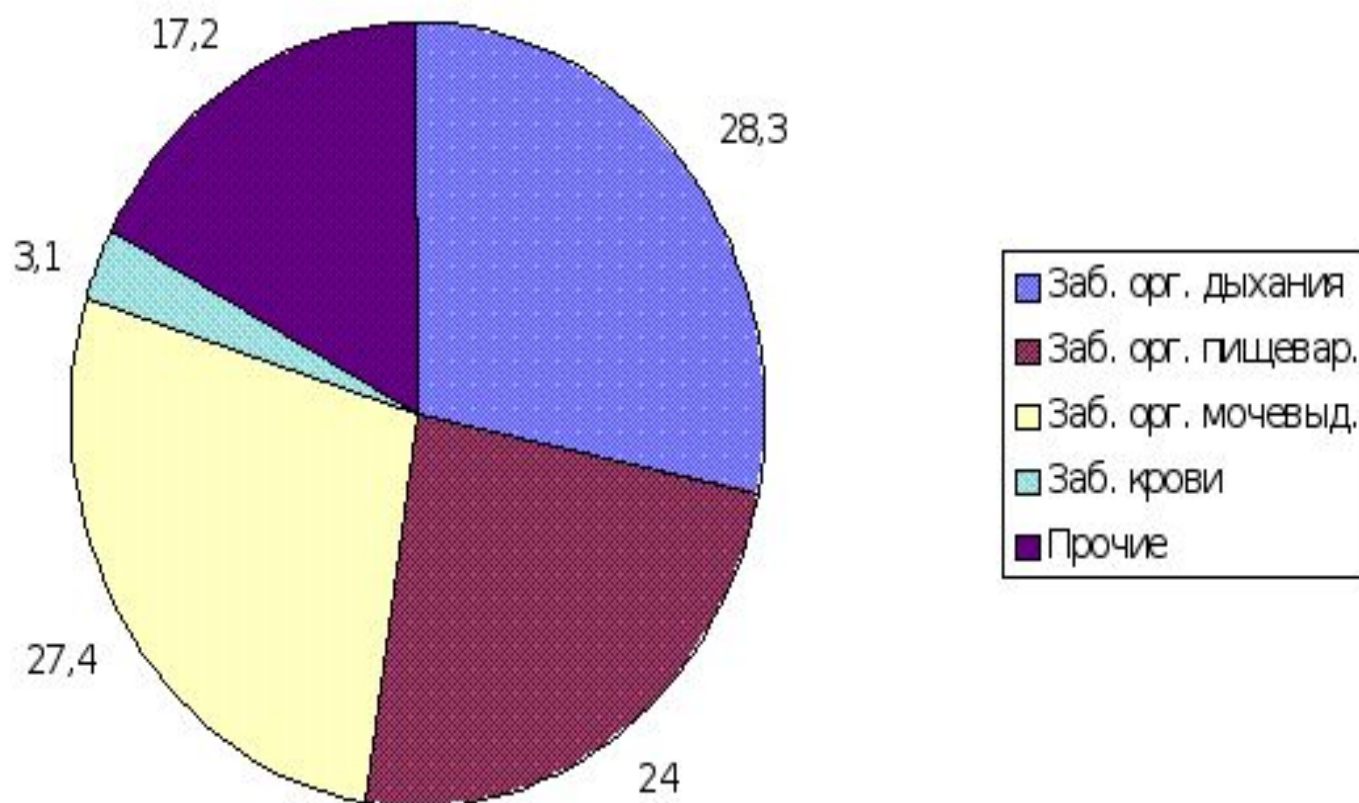


Основные принципы диспансерного наблюдения

- раннее выявление заболеваний и их строгий учёт
- систематическое наблюдение педиатром и врачами специалистами
- создание благоприятных для оздоровления ребёнка условий в семье и в детском коллективе
- своевременное противорецидивное лечение и лечение обострений
- санация очагов хронической инфекции

Статистика

1999г.



история развития
ребенка (учетная
форма № 112)




контрольная карта
диспансерного
наблюдения
(учетная форма №
30)

Основными
медицинскими
документами для
детей, взятых на
диспансерное
наблюдение

Сроки наблюдения, объем обследования и критерии эффективности диспансеризации:

Участковый врач совместно со специалистами вырабатывает индивидуальный план диспансерного наблюдения ребенка.



План диспансерного наблюдения предусматривает комплекс лечебных и оздоровительных мероприятий на текущий год, периодичность осмотра ребенка участковым врачом, частоту консультации специалистами в зависимости от стадии и характера заболевания.


Сроки наблюдения, объем обследования и критерии эффективности диспансеризации:

Родители должны ознакомиться

с планом диспансеризации и выполнять рекомендации врача.

Участковая медицинская сестра приглашает больных на «Д» осмотр и дополнительное лабораторное и

инструментальное обследование



В поликлинике по графику выделяются определенные дни для проведения диспансеризации детей с хроническими заболеваниями.

Диспансерное наблюдение за детьми

с хроническим
заболеванием
органов

дыхания





Хронический бронхит



Кратность осмотра педиатра-
пульмонолога:
1год- 1 раз в 3 мес.
Последующие-2 раза в год



ОАК, ОАМ.
Бронхоскопия и бронхография



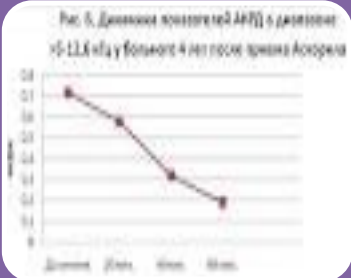
Консультация ЛОР-врача по
показаниям

Бронхиальная астма



Кратность осмотра педиатра-пульмонолога:

- 1 год- 1 раз в 3 мес
- Последующие-2 раза в год



Лабораторные и инструментальные обследования

- ОАК, ОАМ, анализ мокроты
- Определение IgE
- Спирография, рентгенография грудной клетки



Дополнительные методы обследования

- Консультация аллерголога
- Пикфлоуметрия

Хроническая пневмония



Кратность осмотра педиатра-пульмонолога:

- 1 год- 1 раз в 3 мес
- Последующие-1 раз в 6 мес



Лабораторные и инструментальные обследования

- ОАК,ОАМ, анализ мокроты
- Рентгенография, бронхография
бронхоскопия

**Диспансерное
наблюдение за детьми с
хроническими
заболеваниями
желудочно-
кишечного тракта
желчевыводящих
путей**



С учета не снимаются!



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЯБ)



Кратность осмотра педиатра-гастроэнтеролога

- в первый год после острого периода - 1 раз в 3 мес.
- в последующем постоянно - 1 раз в 6 мес.



Лабораторные и инструментальные исследования

- Клинический анализ крови и мочи , кал на скрытую кровь
- ФЭГДС, Тесты на НР ,УЗИ печени, желчных путей и поджелудочной железы



Дополнительные исследования по показаниям:

- Группа крови, резус-фактор, железо сыворотки крови
- желудочное зондирование или рН-метрия в период ремиссии 1 раз в год

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ (ЖКБ)



Кратность осмотров гастроэнтеролога (педиатра):

- в первый год после острого периода - 1 раз в 3 мес.
- в последующем постоянно - 1 раз 6 мес.



Лабораторные и инструментальные исследования

- Клинический анализ крови и мочи, копрограмма ,
- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки
- Общий белок и фракции, СРБ, билирубин и фракции, АЛТ и АСТ, ГГТП, щелочная фосфатаза, холестерин, амилаза, сахар крови



Дополнительные исследования по показаниям:

- Рентгенография брюшной полости
- ФЭГДС
- Дуоденальное зондирование в I стадию ЖКБ (сверхнасыщенная желчь) в период ремиссии

Хронический панкреатит

Кратность осмотров гастроэнтеролога (педиатра):
в первый год после острого периода - 1 раз в 3 мес.
в последующем - 1 раз в 6 мес.

Клинический анализ крови и мочи , копрограмма	Кровь на белок и фракции, амилаза, липаза, сахар, билирубин и фракции, АЛТ и АСТ, щелочная фосфатаза, кальций	Амилаза (диастаза) мочи	УЗИ органов брюшной полости (комплексно)
---	---	-------------------------	--

ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ



- Кратность осмотров гастроэнтеролога (педиатра):
- в первый год после острого периода - 1 раз в мес.
 - в последующем постоянно - 1 раз 3 мес.



Лабораторные и инструментальные исследования:

- Клинический анализ крови , мочи, копрограмма
- Общий белок и фракции, общий билирубин и фракции, СРБ, АЛТ и АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин, электролиты крови, мочевины, ЦИК
- Посев кала на бактериальную флору, дисбактериоз
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза
- Колоноскопия (ректороманоскопия)



Дополнительные исследования по показаниям:

- ФЭГДС
- Ирригография

ЦЕЛИАКИЯ (глютеновая болезнь)

Кратность осмотров гастроэнтеролога (педиатра):

Лабораторные и инструментальные исследования :

Дополнительные исследования по показаниям:

**Диспансерное
наблюдение
за детьми с
хроническими
заболеваниями
сердечно-сосудистой
системы**





Введение

- Ежегодно на 1000 родившихся живыми приходится 7-17 детей с врожденными пороками сердца (ВПС). Около 50% этих детей без оказания высококвалифицированной помощи погибают в период новорожденности, еще 25% - в первый год жизни.
- При этом в последние годы отмечено снижение заболеваемости ревматизмом среди детей и, следовательно, частоты формирования приобретенных пороков сердца.
- Современная тенденция в лечении – это ранняя хирургическая коррекция врожденных пороков сердца.
- Задача педиатров:
 1. раннее выявление врожденных пороков сердца
 2. своевременное направление к детскому кардиологу
 3. диспансерное наблюдение (до и после операции)
 4. профилактика и лечение осложнений.

Этиология ВПС у детей

Среди причин врожденных пороков сердца можно выделить следующие:

- ▣ 1) хромосомные нарушения - 5%;
- ▣ 2) мутация одного гена 2-3%;
- ▣ 3) факторы среды (алкоголизм родителей, краснуха, лекарственные препараты и др.) 1-2%;
- ▣ 4) полигенно-мультифакториальное наследование - 90%.

Этиология ВПС у детей

Повреждающим факторы внешней среды:

- воздействие рентгеновского излучения (первый триместр беременности),
- ионизирующая радиация
- лекарственные препараты
- инфекционные и вирусные агенты
- алкоголь

Классификация Marder

Особенности гемодинамики	Наличие цианоза	
	нет	есть
Обогащение малого круга кровообращения	ДМЖП, ДМПП, ОАП, АДЛВ, неполная АВК.	ТМС, ГЛС, ОАС, ЕЖС,
Обеднение малого круга кровообращения	СЛА	ТМС+СЛА, ТФ, трикуспидальная трезия, болезнь Эбштейна, ОАС ложный.
Препятствие кровотоку в большом круге кровообращения	СА, КА.	
Без существенных нарушений гемодинамики	Декстрокардия, аномалия расположения сосудов, сосудистое кольцо – ДДА, болезнь Толочинова – Роже.	

- - жирным шрифтом наиболее часто встречаемые ВПС;

Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС

Принципы организации помощи новорожденным с ВПС:

- ▣ своевременное выявление в роддоме детей с подозрением на ВПС;
- ▣ топическая диагностика порока;
- ▣ адекватная консервативная терапия;
- ▣ своевременное хирургическое лечение.

Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС

Обследование в стационаре:

- ▣ общеклиническое обследование,
- ▣ ЭКГ,
- ▣ ФКГ,
- ▣ рентгенография в трех проекциях,
- ▣ ЭхоКГ с доплерографией,
- ▣ измерение АД на верхних и нижних конечностях,
- ▣ пробы с физической нагрузкой
- ▣ фармакологические пробы

Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС

На основании диспансерного обследования должен быть поставлен развернутый диагноз с указанием:

- ▣ топики ВПС,
- ▣ степени легочной гипертензии,
- ▣ фазы течения порока,
- ▣ функционального класса,
- ▣ степени сердечной недостаточности,
- ▣ характера осложнений и сопутствующих заболеваний.

Во всех случаях ВПС необходима консультация кардиохирурга для решения вопроса о показаниях и сроках хирургической коррекции порока.

Диспансеризация и реабилитация детей с ВПС

При наличии признаков нарушения кровообращения проводится медикаментозная кардиотоническая, кардиотрофическая и общеукрепляющая терапия. Больным с СН 1-2ст достаточно проведения только кардиотрофической и общеукрепляющей терапии (лечение дистрофии, анемии, гиповитаминоза, иммунокоррекция). Больные с СН 3-4 ст после проведения активной кардиотонической и мочегонной терапии (кроме больных с ТФ, гипертрофическим субаортальным стенозом) и лечения вазодилататорами (ингибиторами АПФ) выписываются под амбулаторное наблюдение кардиолога и педиатра. Им рекомендуется пролонгированное лечение поддерживающими дозами сердечных гликозидов, ингибиторов АПФ, препаратов калия и магния, кардиотрофиков.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВПС

Ограничения двигательной активности больных ВПС в последние годы считается некорректными. Гиподинамия лишь ухудшает функциональное состояние миокарда, особенно на фоне естественной, возрастной физической активности детского организма.

С учетом особенностей каждого ВПС необходимо проводить:

- ▣ постоянные занятия ЛФК по облегченной программе,
- ▣ курсы лечебного массажа,
- ▣ закаливающие процедуры.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ВПС

Больные с цианотическими пороками сердца, протекающими со сгущением крови, нарушением ее реологии, полицетемией, для профилактики возможных тромбозов, особенно в жаркие сезоны года, должны потреблять достаточное количество жидкости, а также принимать антикоагулянты и дезагреганты (курантил, фенилин и др.) в малых дозах.

Санаторно-курортное лечение рекомендуется проводить в условиях местных кардиоревматологических санаториев. Оно показано ежегодно больным с ВПС в течение 60-120 дней в году, до и после операции.

Противопоказания к пребыванию детей в санатории: выраженные нарушения кровообращения, сердечная недостаточность 3-4 функциональных классов, признаки текущего подострого бактериального эндокардита, срок менее трех недель после перенесенного интеркуррентного заболевания и через год после операции.

Врожденные пороки сердца



Осмотр педиатра и кардиолога детей первого месяца жизни - еженедельно
в первом полугодии - 2 раза в месяц
во втором полугодии - 1 раз в месяц
2 год- 1 раз в квартал
3 год и последующие - 1 раз в полгода

ОАК,ОАМ.
ЭКГ - 1 раз в квартал
ЭхоКГ - 2 раза в год
Фонография- 1 раз в год
Ангио-
вентрикулография сердца- 1 раз в год
Рентгенография органов грудной клетки - 1 раз в год

консультация Кардиоревматолога, Кардиохирурга -1 раз в год и чаще
Госпитализация в стационар для планового обследования - 1 раз в год
Санация очагов инфекции в течении года

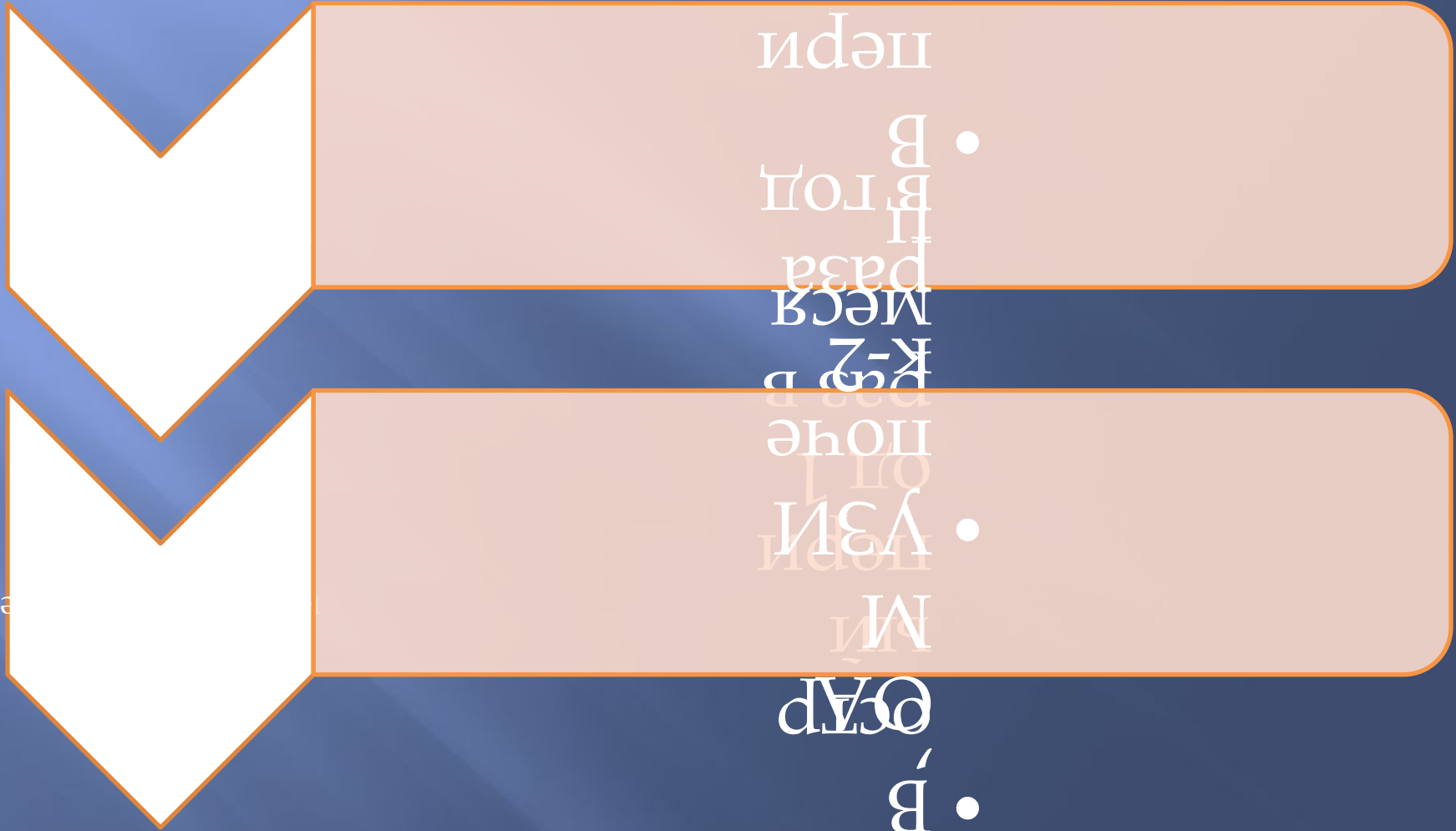
**Диспансерное наблюдение
за детьми
с хроническими
заболеваниями
мочевыделительной
системы**



С учета не снимаются!



Хронический гломерулонефрит



Хронический пиелонефрит

Осмотр
педиатра-
нефролога

1 раз в 2 недели

1 раз в 3 месяца

1 раз в 6 месяцев

Лабораторные и
инструментальные
обследования

ОАК, ОАМ, бак.
посев мочи

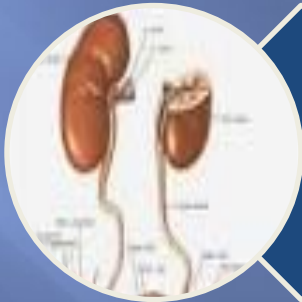
УЗИ почек,
экскреторная
урография

Нефросцинтиграф
ия,

Наследственные нефропатии



Осмотр педиатра-
нефролога
1 раз в 1,3,6,12 мес.



Б/Х мочи
Нефробиопсия



Рентгенография мочевых
путей и мочевого пузыря

Таким образом,

- ▣ в первый год после установления диагноза хронического заболевания, диспансерное наблюдение проводится ежеквартально (по показаниям чаще), а в последующие годы, в основном, 2 раза в год (весна – осень) с углубленным обследованием ребенка, назначением противорецидивного лечения. Эффективность диспансерного метода обслуживания во многом зависит от того, насколько своевременно и полно проводятся диагностические и лечебно – профилактические мероприятия, позволяющие не только выявить ранние признаки болезни, но и своевременно контролировать ее течение.

Таким образом,

- ▣ в первый год после установления диагноза хронического заболевания, диспансерное наблюдение проводится ежеквартально (по показаниям чаще), а в последующие годы, в основном, 2 раза в год (весна – осень) с углубленным обследованием ребенка, назначением противорецидивного лечения. Эффективность диспансерного метода обслуживания во многом зависит от того, насколько своевременно и полно проводятся диагностические и лечебно – профилактические мероприятия, позволяющие не только выявить ранние признаки болезни, но и своевременно контролировать ее течение.

Список литературы:

1. Мизерницкий Ю.Л. Иммунологические аспекты бронхолегочной патологии у детей (взгляд клинициста) // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. Вып. 3. – М., 2003. – С.100-104.
 2. Детская гастроэнтерология (избранные главы) \ Под редакцией А.А.Баранова, Е.В.Климанской, Г.В.Римарчук – М., 2002, 593 с.
 3. Щиголева Н.Е., Румянцев В.Г., Бельмер С.В., Карпина Л.М. Современные представления о диагностике и лечении неспецифического язвенного колита у детей. // Педиатрия № 4, 2001, С. 100-104.
 4. Шабалов Н.П. Детские болезни С-Пб., 2008. - 1т.- 832с., 2 том.- 736 с.
 5. под ред. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. М., 2008.- 624 с.
 6. под ред.Баранова А.А. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии. М., 2006.- 592 с.
- ▣ http://www.medmoon.ru/rebenok/d_bol10.html
 - ▣ http://www.detka-child.ru/perviedni_adaptasia.html
 - ▣ http://www.zdorovieinfo.ru/medicinskij-slovar/patronazh_antenatalnyy/
 - ▣ <http://www.astromeridian.ru/medicina/3/963.html>
 - ▣ <http://larece.ru/?p=11933>
 - ▣ <http://lekmed.ru/spravka/razvitie-rebenka/ocenochnaya-tablica-fizicheskogo-razvitiya-novorozhdennyh.html>

**Спасибо за
внимание**

