



ГОУ ВПО
«Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения и социального
развития Российской Федерации»



Кафедра поликлинической педиатрии
и пропедевтики детских болезней с курсом ПО

Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке

(под общей редакцией д.м.н. Галактионовой М.Ю.)

Учебное пособие для студентов 6 курса,
обучающихся по специальности 060103-педиатрия

Красноярск
2010

УДК 616-053.2:362.147 (075.8)
ББК 57.3
О-64

Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке: учебное пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103-педиатрия / под ред. М.Ю. Галактионовой: сост.: В.Т. Манчук, Е.И. Прахин, И.Н. Чистякова – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2010. – 117 с.

Составители:

член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Манчук В.Т., д.м.н., проф. Прахин Е.И., к.м.н., доц. Чистякова И.Н., к.м.н., доц. Фурцев В.И., к.м.н., доц. Позднякова Л.И., к.м.н., доц. Бекетова Е.В., к.м.н., доц. Гордиец А.В., к.м.н. Матыскина Н.В., к.м.н. Желонина Л.Г., асс. Машина Н.С., асс. Мешкова А.Б.

Учебное пособие составлено в соответствии с учебной программой по дисциплине «Поликлиническая педиатрия» для студентов медицинских вузов, обучающихся по специальности 060103-педиатрия.

Учебное пособие содержит краткую информацию по вопросам подготовки студентов к практическим занятиям, тематика которых предусматривает изучение вопросов диспансерного наблюдения здоровых детей и при некоторых заболеваниях в амбулаторно-поликлинических учреждениях педиатрического профиля. Изложены основные нормативно-правовые и методические документы, регламентирующие сроки диспансерного наблюдения детей и подростков при различных заболеваниях, объем медицинской помощи, а также критерии снятия с диспансерного учета.

Приложения содержат образцы оформления карты диспансерного наблюдения, схемы написания эпикризов на детей, подлежащих диспансерному наблюдению.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной работы студентов 6 курса при подготовке к практическим занятиям.

Рецензенты: заведующая кафедрой детских болезней с курсом ПО ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ», д.м.н., проф. Ильенкова Н.А.

заведующая кафедрой детских инфекционных болезней с курсом ПО ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно - Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ», д.м.н., проф. Мартынова Г.П.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 08.04. 2010 г.)

КрасГМУ
2010

СОДЕРЖАНИЕ

Значение темы: «Лечение, профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение за здоровыми и детьми с острыми и хроническими заболеваниями».....	4
РАЗДЕЛ I	
Функциональные обязанности и критерии оценки деятельности участкового врача педиатра	8
РАЗДЕЛ II	
Организация диспансерного наблюдения детей и подростков	11
РАЗДЕЛ III	
Принципы организации профилактических осмотров детей в условиях детской городской поликлиники	27
РАЗДЕЛ IV	
Диспансерное наблюдение детей с отклонениями в состоянии здоровья на педиатрическом участке	37
4.1. Диспансерное наблюдение детей раннего возраста	37
4.2. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и соединительной ткани	48
4.3. Диспансерное наблюдение за детьми с бронхолегочными заболеваниями	56
4.4. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями почек и мочевыделительных путей	57
4.5. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и билиарной системы	61
4.6. Диспансеризация детей с эндокринными заболеваниями	62
4.7. Диспансеризация детей с заболеваниями крови	64
Приложения	67
Тестовые задания	113
Ситуационные задачи	115
Литература	117

ЗНАЧЕНИЕ ТЕМЫ: «ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗДОРОВЫМИ И ДЕТЬМИ С ОСТРЫМИ И ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ»

За последнее десятилетие в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции - распространенность факторов риска формирования здоровья и развития, увеличение заболеваемости и инвалидности.

Решение проблемы сохранения и укрепления здоровья детей от 0 до 18 лет возможно только при организации постоянного контроля за состоянием их здоровья и развития, регулярном проведении комплексных лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

В 2002 г. в Российской Федерации прошла диспансеризация детей от 0 до 18 лет. Из подлежащих диспансеризации 32 миллионов 135 тысяч детей на момент ее завершения осмотрено 30 миллионов 400 тысяч детей (94,6%). В ходе проведения диспансеризации профилактическими осмотрами охвачены дети в образовательных учреждениях всех типов и видов, в домах ребенка, в интернатных учреждениях системы образования и социальной защиты населения, в учреждениях для несовершеннолетних системы Минюста России (колонии для несовершеннолетних). По данным Всероссийской диспансеризации 32,1% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,1%- хронические заболевания (III-IV-V группы здоровья).

Распространенность и заболеваемость детей и подростков в Российской Федерации по итогам диспансеризации составила соответственно 87963,1 и 19845,9 на 100000 детей в возрасте 0-17 лет. В структуре распространенности и заболеваемости у детей и подростков, по итогам диспансеризации, первое место занимают болезни костно-мышечной системы, второе - болезни органов пищеварения, третье - болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ. При этом у детей в возрасте 0-14 лет преобладают болезни органов пищеварения, а у подростков с 15 до 18 лет - болезни костно-мышечной системы. В Сибирском федеральном округе соотношение групп здоровья соответствует среднестатистическим российским данным.

Программа дисциплины «Поликлиническая педиатрия» включает в себя раздел, посвященный изучению наиболее распространенных острых и хронических заболеваний и фоновых состояний у детей раннего и старшего возраста, организации диспансерного наблюдения и реабилитации этих детей в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения.

Изложение данного материала должно сформировать у студентов достаточно полное представление об организации мониторинга за состоянием здоровья детей и подростков, создать теоретическую базу, обеспечить овладение практическими навыками и умениями, необходимыми специалистам в их будущей профессиональной деятельности.

Цели занятия:

Основной **целью** является углубление знаний по педиатрии, развитие у студентов клинического мышления и умения самостоятельно работать с учебной и научной литературой, освоение методов организации работы детских лечебно-профилактических учреждений амбулаторного типа.

4.1. Общая цель: подготовить будущих специалистов к практической деятельности в современных условиях, умеющих использовать полученные знания по организации диспансерного наблюдения за здоровыми детьми и детьми с отклонениями в состоянии здоровья в практике врача педиатра и определение роли врача первичного звена практического здравоохранения в формировании здоровья детей и подростков.

4.2. Учебная цель:

- Научить студентов проводить расспрос и сбор анамнестических данных у детей, с учетом влияния каждого из возрастных периодов на состояние здоровья ребенка в последующем;
- Научить студентов традиционным методам исследования ребенка, акцентируя на последовательность клинического осмотра пациента с учетом возраста и пола.
- Научить организации мероприятий диспансерного наблюдения за здоровыми и больными детьми.

4.3. Психолого-педагогическая цель: развитие ответственности будущего врача за адекватную диагностику, лечение заболеваний детского возраста.

Обратить внимание на воспитание чувства долга и врачебной ответственности, деонтологические аспекты взаимоотношений студент – родители – больной, врач – больной – родители в условиях страховой медицины.

Вопросы для подготовки к занятиям по модулю «Лечение, профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение за здоровыми и детьми с острыми и хроническими заболеваниями»:

1. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным в условиях поликлиники. Дородовый патронаж. Организация патронажного наблюдения в период новорожденности на участке.
2. Комплексная оценка состояния здоровья детей, определение групп здоровья, риска. Особенности их наблюдения на педиатрическом участке.
3. Диспансеризация в условиях детской поликлиники здоровых и больных детей первого года жизни: план наблюдения, осмотр узкими специалистами, лабораторное обследование, реабилитация и оздоровление.
4. Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам при патологии органов дыхания, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, патологии ЖКТ и билиарного тракта, эндокринной системы,

заболеваниях крови, заболеваниях иммунной системы, аллергических заболеваниях, с болезнями почек и мочевыводящей системы. Ранняя диагностика, лечение, профилактика, диспансерное наблюдение и реабилитация детей в условиях детской поликлиники. Показания к госпитализации.

5. Федеральные законы, Постановления и другие нормативные документы по работе с детьми с хронической патологией. Знать о морально-этической и юридической стороне при ведении медицинской документации.

Перечень практических умений:

1. Оценить состояние здоровья детей и подростков, определить группу здоровья с учетом основополагающих критериев Громбаха С.М.
2. Организовать диспансерное наблюдение и восстановительное лечение детей с хроническими заболеваниями. Знать порядок взятия на учет, оформление, сроки осмотров, длительность наблюдения, критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета.
3. Принципы и правила работы педиатра в семье. Пропаганда здорового образа жизни семьи.
4. Определить физкультурную группу для детей школьного возраста. Рекомендовать вид спорта и сроков начала занятий спортом с учетом состояния здоровья.
5. Дать рекомендации по профессиональной ориентации ребенка с учетом его состояния здоровья.
6. Оформить медицинскую документацию: ф-112, ф-063, ф-030, санитарно-курортную карту для детей и подростков, этапный эпикриз, оформить передачу подростков, больничные листы и справки.

Карта самостоятельной (индивидуальной) работы, обучающегося по модулю

«Лечение, профилактика, реабилитация и диспансерное наблюдение за детьми с острыми и хроническими заболеваниями»

№№	Содержание работы, формы работы	Общая трудоёмкость
1	Сбор анамнеза у матери больных и здоровых детей. Оценка факторов риска. Определение групп риска, групп здоровья	4 часа
2	Курация детей и подростков различных возрастных групп в условиях детской поликлиники и на дому (патронажи, активные посещения на дому, прием в поликлинике)	6 часов
3	Оценка нервно-психического и психомоторного развития	3 часа
4	Оценка физического развития детей. Антропометрия.	3 часа
5	Клинический осмотр здоровых и больных детей с оценкой полученных данных и фиксацией в истории развития ребенка	4 часа

6	Составление плана диагностики, лечения и профилактики на примере курируемого больного.	2 часа
7	Составление плана лечения (режим, диета, лекарственные средства).	2 часа
8	Оформление в истории развития ребенка этапных эпикризов на курируемых детей	4 часа
9	Дородовый патронаж. Патронаж к новорожденному ребенку	2 часа
10	Составление плана диспансерного наблюдения при различных заболеваниях детей и подростков	3 часа
11	Составление календаря прививок для детей различного возраста	2 часа
12	Оформление рекомендаций по уходу, режиму, питанию, закаливанию ребенка различных возрастных групп	3 часа
13	Проведение функциональных нагрузочных проб	3 часа
14	Проведение профилактических осмотров	6 часов
15	Оформление медицинской документации	3 часа
	ИТОГО:	50 часов

Основная литература:

1. Доскин, В.А. Поликлиническая педиатрия /Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г., Шестакова В.Н., Никонорова Н.М., Федеров Г.Н., Григорьева В.Н.-М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.- 504 стр.

Дополнительная литература:

1. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2006.- 608стр.
2. Руководство участкового педиатра / под ред. Проф. Т.Г. Авдеевой.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 351 с.
3. Лекции по поликлинической педиатрии /Т.И.Стуколовой. – М: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. – 448с.
4. Участковый педиатр: Справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзянкиной, В.Г. Молочного. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 313 с.
5. Педиатрия. Учебник для мед. вузов / Под. ред. Н.П. Шабалова. - СПб.: СпецЛит, 2005. – 895с.
6. Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под. ред. проф. Л.И. Левиной. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 731с.

РАЗДЕЛ I

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА ПЕДИАТРА

Лечебно-профилактическое педиатрическое отделение является основным структурным подразделением детской поликлиники. Оно объединяет участковых врачей-педиатров, персонал кабинета здорового ребенка, прививочного и процедурного кабинетов.

В функции лечебно-профилактического отделения входят:

- амбулаторный прием и оказание помощи детям на дому по поводу острых и обострения хронических заболеваний;
- диспансерное наблюдение;
- лечение, оздоровление и реабилитация детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов;
- оказание помощи детям из групп высокого риска формирования хронической патологии;
- осуществляет координацию и взаимодействие с различными учреждениями системы здравоохранения, социальной защиты и образования.

Ключевой фигурой в системе оказания первичной медико-санитарной помощи детям является участковый врач-педиатр. Он осуществляет свою деятельность в детских поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях, других медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению.

Формирование обслуживаемого контингента осуществляется, преимущественно, по территориальному принципу, а также на основе свободного выбора врача пациентами.

Организация деятельности участкового врача-педиатра регламентируется **Приказом Минздравсоцразвития России № 28 от 28.01.2006 г.**

В перечень обязанностей участкового врача-педиатра входит:

- формирование врачебного участка из прикрепившегося контингента;
- проведение динамического медицинского наблюдения за физическим и нервно-психическим развитием детей;
- диагностическая и лечебная работа на дому и в амбулаторных условиях;
- работа по охране репродуктивного здоровья подростков;
- первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста в установленные сроки;
- организация и участие в проведении профилактических осмотров детей в декретированные возрастные сроки;
- разработка комплексов лечебно-оздоровительных мероприятий, обеспечение контроля за выполнением режима, рационального питания, свое-

временного проведения профилактики алиментарных расстройств, рахита, анемии и других заболеваний;

- своевременное направление детей на консультации к врачам-специалистам, а при соответствующих показаниях — на госпитализацию;
- проведение иммунопрофилактики;
- динамическое наблюдение за детьми с хронической патологией, состоящими на диспансерном наблюдении, их своевременное оздоровление и анализ эффективности диспансерного наблюдения;
- подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения;
- формирование информации о детях и семьях социального риска для отделения медико-социальной помощи детской поликлиники, органов опеки и попечительства;
- обеспечение работы стационара на дому;
- организация и выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;
- проведение дополнительного лекарственного обеспечения детей, имеющих право на получение набора социальных услуг;
- подготовка и выдача заключения о необходимости направления детей в санаторно-курортные учреждения;
- проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;
- диспансерное наблюдение детей с наследственными заболеваниями, выявленными в результате неонатального скрининга, и патронаж семей, имеющих детей указанной категории;
- своевременное направление извещения в территориальные органы Роспотребнадзора о случаях инфекционных заболеваний и поствакцинальных осложнениях;
- медицинская помощь юношам в период подготовки к военной службе;
- проведение работы по врачебному консультированию и профессиональной ориентации с учетом состояния здоровья детей;
- подготовка медицинской документации по переводу детей в городскую (районную) поликлинику по достижении ими соответствующего возраста;
- руководство деятельностью среднего медицинского персонала, осуществляющего оказание первичной медико-санитарной помощи;
- ведение медицинской документации в установленном порядке, анализ состояния здоровья детей, прикрепленных к педиатрическому участку.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации *от 17 января 2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»* в труднодоступных и отдаленных районах, в сельской местности с недостаточным числом врачей-педиатров возможно проведение диспансерного наблюдения детей из прикрепившегося контингента, в том числе детей раннего

возраста, врачом общей практики (семейным врачом) с последующим направлением пациентов с отклонениями в состоянии здоровья к врачам-специалистам.

Критериями эффективности профилактической работы врача-педиатра являются: выполнение дородового патронажа беременных и врачебных патронажей детям первого года жизни; охват детей профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем; охват профилактическими осмотрами в декретированные сроки; динамика состояния здоровья детей, а также удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании.

Эффективность лечебного процесса оценивается по охвату детей диспансерным наблюдением, проценту диспансерных больных, получивших необходимую лечебно-профилактическую помощь; положительным результатам лечения; выполнению индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов и проценту снятия с инвалидности; показателям первичной и общей заболеваемости детского населения. Критерием эффективности является также уровень смертности детей на педиатрическом участке и работа с детьми в рамках новой социальной программы «Родовой сертификат».

РАЗДЕЛ II

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Одной из важнейших сторон деятельности участкового педиатра является диспансеризация детского населения, которая включает *3 этапа мероприятий*:

1. Дородовый патронаж беременных женщин с целью антенатальной профилактики.
2. Периодические профилактические осмотры всех детей с целью укрепления и сохранения их здоровья, наблюдения за развитием и активное выявление начальных форм заболевания.
3. Динамическое наблюдение за больными детьми, взятыми на диспансерный учет и проведение оздоровительных мероприятий с ними.

Диспансеризация представляет собой систему организационных и лечебно-профилактических мероприятий, обеспечивающих динамический контроль за уровнем развития и состоянием здоровья детей с целью раннего выявления начальных отклонений, назначения своевременных оздоровительных, корригирующих, лечебных мероприятий по предупреждению заболеваний, а также обеспечение условий для оптимального развития детей; составляет основу профилактического обслуживания детского населения.

Диспансеризация - это активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённого контингента населения (в данном случае - детей) с целью раннего выявления заболеваний. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «состояние полного телесного, душевного и социального благополучия».

Задачи диспансеризации - воспитание здорового ребенка, обеспечение оптимального физического и нервно-психического его развития, дальнейшее снижение заболеваемости и смертности детей. При проведении диспансеризации детского населения выделяют два этапа: осуществление комплексных медицинских осмотров; организация лечебных и оздоровительных мероприятий детям с выявленной патологией.

Диспансерное (профилактическое) наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома. Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному организуется в 1-2-е сутки. Последующие патронажи к здоровому новорожденному осуществляется в регламентированные сроки, а по отношению к новорожденным с отклонениями в состоянии здоровья график наблюдения определяется индивидуально.

В течение первого месяца жизни медицинская помощь детям оказывается педиатром и специалистами только на дому.

Одной из важнейших задач, решаемых педиатром во время патронажей к новорожденному, является сбор подробных сведений о генеалогическом, био-

логическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления.

Цель диспансеризации **ЗДОРОВЫХ** детей – сохранение и дальнейшее развитие здоровья, его укрепление, улучшение физического и нервно-психического развития, обеспечение своевременной психосоциальной адаптации, гармоничное развитие ведущих органов, систем и всего организма в целом.

Цель диспансеризации детей, имеющих **ГРУППЫ РИСКА**, пограничное состояние здоровья, сниженную сопротивляемость к заболеваниям, травмам, к физическим факторам внешней среды – заключается в максимальном устранении имеющихся экзо - и эндогенных факторов риска, сохранение здоровья ребенка, воспитание гармонично развитой личности.

Цель диспансеризации **БОЛЬНЫХ** детей состоит в снижении заболеваемости, предупреждении рецидивов заболевания, инвалидности, медико-социальной адаптации к трудовой деятельности.

Диспансерное наблюдение за «неорганизованными» детьми и детьми старшего возраста участковый педиатр проводит на профилактических приемах в поликлинике в декретированные (регламентированные) сроки. После подробного клинического осмотра, проведения антропометрии, диагностики уровня нервно-психического развития, изучения особенностей поведения ребенка, анализа имеющихся факторов риска, сведений за прошедший период, данных лабораторных и других методов исследования, консультации специалистов педиатр дает заключение о состоянии здоровья ребенка.

Оно включает:

- диагноз (основное и сопутствующие заболевания, морфофункциональные отклонения);
- оценку физического развития;
- оценку нервно-психического развития;
- оценку поведения;
- установление группы здоровья.

На основании этого заключения назначаются консультации специалистов и разрабатываются рекомендации по:

- дальнейшему наблюдению;
- особенностям питания;
- физическому воспитанию;
- закаливанию;
- воспитательным воздействиям;
- проведению профилактических прививок;
- дальнейшему диспансерному наблюдению;
- лабораторным и инструментальным методам исследования;

- лечебно-профилактическим и оздоровительно-реабилитационным мероприятиям;
- санаторно-курортному лечению.

Приказом Минздравсоцразвития России № 307 от 28 апреля 2007 г. утвержден стандарт диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни.

Регламентируется:

- количество и сроки дородового патронажа беременных;
- перечень врачей-специалистов, участвующих в диспансерном наблюдении детей;
- кратность и возрастные периоды обследования детей врачом-педиатром и врачами-специалистами, а также вид и объем предусмотренных стандартом диагностических исследований (табл. 2).

На первом году жизни кроме педиатра дети осматриваются неврологом, стоматологом, ортопедом, офтальмологом (другие специалисты — по показаниям), проводится исследование крови, мочи и кала - в три года, кроме перечисленных специалистов, детей обследует логопед. В 6 и 7 лет проводится дополнительный осмотр дерматологом, педагогом, психологом и, кроме анализов крови, мочи и кала, осуществляется определение глюкозы в моче, на основании базовой скрининг - программы проводится оценка состояния осанки, стопы, остроты зрения, слуха, динамометрия. Оценивается физическая подготовленность, определяется медицинская группа для занятий физкультурой. В 7 лет детям при плановой диспансеризации измеряется артериальное давление (табл. 1).

Для детей, готовящихся к поступлению в дошкольное учреждение и школу, в заключении дается прогноз адаптации и намечаются мероприятия, направленные на повышение адаптационных и защитных возможностей ребенка в период подготовки к изменению микросоциальных условий, при необходимости назначаются дополнительные обследования.

При выявлении во время плановой диспансеризации у детей хронических заболеваний, врожденных пороков развития, они подлежат диспансерному наблюдению у различных специалистов по учетной форме 030/у, в сроки, которые зависят от вида патологии. Тем не менее, такие дети продолжают наблюдаться педиатром в плановом порядке в декретированные сроки.

Таблица 1

**Примерная схема диспансерного наблюдения здоровых детей (утверждена Министерством здравоохранения СССР
10 апреля 1974г.)**

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Новорожденный ребенок	Педиатр в первые 3 дня после выписки из родильного дома, в 10 и в 20 дней – на дому, в 1 месяц – в поликлинике (см. далее табл. 2)	Состояние различных органов и систем (особенно нервной), состояние кожи, пупочного кольца. Выявление аномалий развития. Динамику веса	По показаниям	Организация внешней среды, режима дня, вскармливания	Показатели нервно-психического и физического развития. Данные клинического обследования
Дети первого года жизни	С 2007 г. согласно Приказа МЗ и СР №307 (см. далее табл. 2)	Динамику веса, роста, оценку нервно-психического и физического развития ребенка. Состояние костно-мышечной системы, внутренних органов, наличие врожденных заболеваний, аномалий развития. Характер вскармливания, организацию режима	Антропометрия 1 раз в месяц, клинический анализ крови 1 раз во 2-м полугодии, при показаниях – в 1-м полугодии жизни	Организация рационального вскармливания и режима ребенка, пребывание на свежем воздухе, проведение массажа, гимнастики, закаливающие процедуры, специфическая профилактика рахита, начиная с 3-недельного возраста, профилактика анемии по показаниям. Лечение выявленной патологии	То же
Недоношенные и дети из двоен	Педиатр на 1-м месяце жизни 1 раз в неделю, от 1 до 6 месяцев – 1 раз в	Режим матери, питание, профессиональные вредности. Особенности	Взвешивание при каждом осмотре. Анализ крови (Hb, эритроциты) – 1 раз в	Соблюдение санитарно-гигиенических условий вскармливания на осно-	Физическое и нервно-психическое развитие

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
	2 недели. Во втором полугодии жизни – 1 раз в месяц. При показаниях чаще. Хирург-ортопед, невропатолог – на первом месяце жизни, повторно не менее 2 раз в год	течения беременности и родов. Перенесенные заболевания. Характера лактации. Степень недоношенности ребенка, заболевания после рождения. Наличие признаков анемии, рахита, контроль за правильным вскармливанием, нарастанием массы тела и роста. Нервно-психическое развитие. Состав крови.	месяц. Расчет питания 1 раз в месяц. Измерение роста, окружности головы и груди – 1 раз в месяц	ве расчета ингредиентов пищи на 1 кг. массы тела ребенка. Массаж и гимнастика с 1,5 месяцев. Профилактика рахита с 2-недельного возраста	
Дети второго года жизни	Педиатр 1 раз в квартал. Стоматолог. Другие специалисты	То же	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи по показаниям. Анализ кала на яйца глистов 1 раз в год	То же, что у детей первого года жизни. Проведение специфической профилактики рахита в осенне-зимний период по показаниям	То же
Дети третьего года жизни	Педиатр 1 раз в полугодие. Офтальмолог, стоматолог. Другие специалисты по показаниям	Организацию режима, нервно-психическое и физическое развитие ребенка, состояние костной, зубочелюстной, мышечной систем, состояние внутренних органов	Антропометрия. Клинический анализ крови 1 раз в год. Анализ мочи 1 раз в год. Анализ кала на яйца глистов 1 раз в год	Организация режима и питания соответственно возрасту, гимнастика и закаливающие процедуры. Санация хронических очагов инфекций, профилактика эндемического зоба	То же

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Дети четвертого и пятого года жизни	Педиатр 1 раз в год. Другие специалисты по показаниям	То же	-	То же	То же
Дети 5 лет	Педиатр, оториноларинголог, логопед, невропатолог, стоматолог, хирург, ортопед, другие специалисты по показаниям	Нервно-психическое и физическое развитие. Выявление дефектов осанки, речи, слуха, наличие кариозных зубов	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи, анализ кала на яйца глистов. Другие обследования по показаниям	Лечение выявленной патологии. Организация рационального режима дня и питания, закалывающие мероприятия, гимнастика	Показатели нервно-психического и физического развития: рабоботоспособность, частота заболеваний
Дети 6-7 лет	То же и окулист	То же	То же	То же	То же
Первый класс	Педиатр в конце учебного года и стоматолог 1 раз в год, другие специалисты по показаниям	Организация школьного и домашнего режима. Внешкольные нагрузки, питание, быт. Состояние внутренних органов. Нервно-психическое и физическое развитие, наличие нарушений осанки, понижения остроты зрения и слуха, кариеса зубов, дефектов речи, прикус	Антропометрия и проверка остроты зрения ежегодно	Соблюдение гигиенического режима в школе. Организация рационального режима дня, питания, физического воспитания, закалывающие мероприятия, подвижные игры, туризм и прочее. Лечение выявленной патологии	То же
Второй и третий класс	Педиатр, стоматолог 1 раз в год, другие специалисты по показаниям	То же	Анализ кала на яйца глистов. Другие обследования по показаниям	То же	То же
Четвертый и пятый класс	Педиатр, окулист, невропатолог, стоматолог,	То же	Анализ крови на Hb, лейкоциты, сахар, СОЭ, кала	То же	То же

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
	оториноларинголог, хирург, ортопед, другие специалисты по показаниям		на яйца глистов. Другие обследования по назначению		
Шестой класс	Педиатр 1 раз в год, другие специалисты по показаниям	То же	Измерение артериального давления	То же	То же
Седьмой-восьмой класс	Педиатр, окулист, отоларинголог, хирург, ортопед, стоматолог, невропатолог. Другие специалисты по показаниям. Осмотр гинекологом девочек при показаниях. Подготовка к передаче в подростковый кабинет	Физическое развитие, состояние органов зрения и слуха, половое развитие и артериальное давление. Осанку. Профессиональная ориентация	Анализ крови на Hb, лейкоциты, СОЭ, определение группы крови, реакции на свертываемость, резус-принадлежность. Анализ кала на яйца глиста. Наблюдения за динамикой артериального давления	Соблюдение санитарно-гигиенических условий среды, рациональная организация учебной и трудовой деятельности, режима дня, физическое воспитание, санация полости рта и носоглотки. Лечение выявленной патологии	То же

Стандарты диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни

Приложение к приказу Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 28 апреля 2007г. №307

№ п/п	Вид деятельности	Дородо- вый па- траж бере- менной	Возрастные периоды											
			Новорожденный		1 месяц		3 месяца		6 месяцев		9 месяцев		12 месяцев	
			Врач - педи- атр	Врачи - специа- листы <*>	Врач - педи- атр	Врачи - специа- листы <*>	Врач - педиатр	Врачи - специа- листы <*>	Врач - педи- атр	Врачи - специа- листы <*>	Врач - педи- атр	Врачи - специа- листы <*>	Врач - педи- атр	Врачи - спе- циалисты <*>
1.	Диагностика откло- нений в раннем он- тогенезе и прогноз состояния здоровья, в том числе:	+	+	+		+				+		+		
1.1	Сбор и оценка ге- неалогического анамнеза	+	+											
1.2	Сбор и оценка дан- ных биологического анамнеза	+	+											
1.3	Сбор и оценка дан- ных социального анамнеза	+	+	+				+		+		+		
1.4	Выявление групп риска	+	+	+				+		+		+		
1.5	Прогноз состояния здоровья и развития ребенка	+	+	+				+		+		+		

6.1	Выявление жалоб		+			+		+			+		+		+		
6.2	Осмотр по органам и системам		+			+		+			+		+		+		
6.3	Оценка ЧСС, ЧД и АД		+			+		+			+		+		+		
6.4	Сбор сведений и оценка поведения ребенка		+			+	невролог +	+	невролог +		+	невролог +/-	+		+	невролог +	
6.5	Выделение групп риска по отклонениям в поведении		+			+	невролог +	+	невролог +		+	невролог +/-	+		+	невролог +	
6.6	Оценка результатов лабораторных исследований и др. методов исследования, в том числе: - анализ крови - анализ мочи - аудиологический скрининг - УЗИ, в том числе тазобедренных суставов - ЭКГ					+	+	+	+	+	+				+		
7.	Заключение о состоянии здоровья, в том числе:		+			+	невролог +, детский хирург +, травматолог-ортопед +, офтальмолог +/-	+	невролог +	+	+	невролог +/-	+	детский стоматолог +, детский хирург +		Невролог +, детский хирург +, травматолог-ортопед +, офтальмолог +, детский стоматолог +, оториноларинголог +	
7.1	Направленность риска, группа риска		+			+		+			+		+		+		

7.2	Оценка физического развития	+				+				+		+		+	
7.3	Оценка НППР	+				+				+		+		+	
7.4	Оценка резистентности	+				+				+		+		+	
7.5	Оценка функционального состояния и поведения	+				+				+		+		+	
7.6	Прогноз адаптации	+				+				+		+		+	
7.7	Диагноз, группа здоровья	+				+				+		+		+	
8.	Рекомендации, в том числе по следующим разделам:	+				+	невролог +, детский хирург +, травматолог-ортопед +, офтальмолог +/-	невролог +	невролог +/-	+		+	детский стоматолог +, детский хирург +	Невролог +, детский хирург +, травматолог-ортопед +, офтальмолог +, детский стоматолог +, отоларинголог +	
8.1	Санитарно-гигиенические условия	+				+				+		+		+	
8.2	Режим	+				+				+		+		+	
8.3	Вскармливание и питание	+				+				+		+		+	
8.4	Физическое воспитание и закаливание					+						+		+	
8.5	Воспитательное воздействие					+				+		+		+	

В таблице 3 представлены основные показания для консультаций врачей-специалистов.

Таблица 3

Основные показатели для консультации врача-специалиста
(Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М., 2004)

№	Врач-специалист	Основные показания
1	Эндокринолог	1. Наличие сведений об эндокринных заболеваниях (сахарный диабет, тиреотоксикоз, ожирение и др.) у ближайших родственников 2. Жалобы на повышенную жажду, диурез, сухость во рту, значительную потерю массы тела при нормальном или даже повышенном аппетите, чрезмерную раздражительность, беспокойств 3. Наличие клинических проявлений различных эндокринных расстройств: гиперпигментация на коже, слизистой оболочке рта, конъюнктиве глаз; гипертрихоз, гирсутизм, наличие полос растяжения, экзофтальм, избыточная масса тела (более чем на 16%), истощение, крипторхизм, высокое артериальное давление, наличие сахара в моче
2	Гинеколог	1. Наличие в анамнезе сведений об отставании в физическом и половом развитии, высоком инфекционном индексе, отсутствии менструаций после 13 лет, появлении вторичных половых признаков до 9 лет 2. Жалобы на боли в животе, соматически не обусловленные, не болезненные, нерегулярные, длительные (более 8 сут), обильные менструации, гнойные выделения из половых путей, зуд в области половых органов 3. Наличие отставания в развитии вторичных половых признаков, патологическое оволосение; опухоли в животе; лейкоцитурия
3	Невропатолог и психиатр	1. Наличие в анамнезе травм черепа, в том числе и родовых, инфекционных заболеваний нервной системы (менингиты, менингоэнцефалиты), судорожных синдромов при заболеваниях, обморочных состояний, ночного недержания мочи 2. Жалобы на стойкие головные боли у соматически здорового школьника, головокружение, тошноты, рвоты, обморочные состояния, нарушения формулы сна, снохождение, сноворечение, бессонница, раздражительность, плаксивость, беспокойство, рассеянность, снижение памяти 3. Наличие клинических проявлений психоневрных расстройств: асимметрия лица, параличи, парезы конечностей, миотонии, мышечные атрофии, признаки болезни Дауна,

№	Врач-специалист	Основные показания
		расстройства вегетативной нервной системы (лабильность пульса, акроцианоз, гипергидроз), нарушения артериального давления, насильственные движения, умственная отсталость, неправильные формы поведения (психопатоподобные, двигательная расторможенность)
4	Отоларинголог	1. Наличие в анамнезе частых острых респираторных заболеваний, ангин, отитов, носовых кровотечений 2. Жалобы на снижение слуха, затруднённое носовое дыхание, упорные головные боли в лобной части, головокружения, повышенную возбудимость вестибулярного анализатора («укачивание» в транспорте) 3. Наличие снижения остроты слуха, гипертрофия нёбных миндалин, увеличения и болезненности подчелюстных и шейных лимфоузлов, аденоидного типа выражение лица; гнойные выделения из носа и уха
5	Ортопед	1. Наличие в анамнезе переломов костей с нарушением функций, повторных переломов, остаточных явлений перенесённого полиомиелита, родовой травмы 2. Жалобы на упорные боли в конечностях, суставах, позвоночнике 3. Наличие при объективном исследовании деформаций конечностей, грудной клетки, позвоночника, нарушений осанки, плоскостопия (площадь опоры более трети поверхности подошвы), нарушения функций крупных и мелких суставов
6	Хирург	1. Наличие в анамнезе локальных болей в позвоночнике, в коленном, тазобедренном суставах (гонит, коксит), выпадение прямой кишки 2. Жалобы на часто повторяющиеся приступы острых болей в животе, постоянные запоры, примеси свежей крови в кале, затруднённое мочеиспускание с резями, быстрая утомляемость нижних конечностей в сочетании с непереносимостью физических нагрузок 3. Наличие диспропорции телосложения (резко развита верхняя половина туловища), венозного рисунка живота, варикозного расширения вен нижних конечностей, расширения пупочного, паховых колец, грыжевых выпячиваний в области белой линии живота, крипторхизма
7	Кардиоревматолог	1. Наличие в анамнезе частых ангин, высокого инфекционного индекса, функциональных изменений в сердце, подозрения о врождённых пороках, ревматизме. Наследственная отягощённость по гипертонии, ишемической болезни сердца, заболеваниям суставов

№	Врач-специалист	Основные показания
		2. Жалобы на боли в области сердца, суставов, изменения конфигурации суставов, одышку, быструю утомляемость при незначительной физической нагрузке, сердцебиение 3. Наличие клинических проявлений кардиопатий, глухость сердечных тонов, аритмия, тахи - и брадикардия, различные шумы, артериальная гипер- и гипотония
8	Гастроэнтеролог	1. Наличие в анамнезе сведений о патологии беременности и родов, смешанном или искусственном вскармливании; наличии отклонений со стороны пищеварительной системы в раннем возрасте. Наследственная отягощённость по гастроэнтерологической патологии 2. Жалобы на повторяющиеся боли в животе и диспепсические явления; нарушения аппетита и стула 3. Наличие болезненности при пальпации основных областей живота (эпигастральной, пилородуоденальной, правого подреберья и др.), симптомов раздражения жёлчного пузыря
9	Нефролог	1. Наличие в анамнезе частых респираторных заболеваний и ангин; бессимптомных повышений температуры. Наличие почечной патологии у родственников, в том числе у матери при беременности 2. Жалобы на частые и болезненные мочеиспускания, задержки и недержания мочи; боли в животе и пояснице 3. Наличие при объективном исследовании вагинитов (у девочек), повышенного АД, отёков, положительных симптомов Пастернацкого, изменений в анализах мочи
10	Офтальмолог	1. Наличие в анамнезе заболеваний поджелудочной железы, почек, ревматизма, болезней крови, менингита, энцефалита, арахноидита, черепно-мозговой травмы. Глубокая недоношенность (масса тела при рождении 900–1500 г). Наследственная отягощённость по заболеваниям органа зрения: миопия, астигматизм, гиперметропия и другие 2. Жалобы на плохое зрение вдаль, прищуривание, зрительную утомляемость при работе вблизи, ухудшение зрения в сумерках, светобоязнь, боль в глазах слезотечение 3. Наличие при внешнем осмотре изменений со стороны век (колобома, опущение верхнего века, выворот нижнего века, неправильный рост ресниц), асимметричное расположение глазных яблок, воспалительные заболевания (слизисто-гнойное отделяемое, покраснение, зуд и т.д.)
11	Аллерголог	1. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза, ложного крупа, ОРЗ с астматическим компонентом, реакции на прививки и лекарства. Наследственная отягощённость по

№	Врач-специалист	Основные показания
		бронхиальной астме, поллинозу, нейродермиту 2. Жалобы на кожные проявления аллергии, приступы затруднённого дыхания, чихания, слезотечения 3. Клинические проявления кожной или респираторной аллергии (сыпь, кашель, насморк, явления конъюнктивита, наличие свистящих и проводных хрипов в лёгких)
12	Дерматолог	1. Наличие в анамнезе экссудативного диатеза, реакции на прививки и лекарства, нарушений пигментного обмена. Наследственная отягощённость по кожным, обменным и эндокринным заболеваниям 2. Жалобы на патологические изменения кожных покровов, волос, ногтей 3. Наличие воспалительных, пигментных и других изменений кожи; нарушение роста и развития ногтей и волос
13	Пульмонолог	1. Наличие в анамнезе частых простудных заболеваний, врождённого стридора, астматического синдрома 2. Жалобы на кашель, одышку, боли в груди 3. Клинические проявления лёгочной патологии (изменения характера дыхания, перкуторного звука, наличие хрипов при аускультации)

Примечание: При осмотре необходимо учитывать информацию, содержащуюся в анкетном скрининг-тесте*, данные лабораторных исследований крови, мочи, кала, показатели АД. При отсутствии в бригаде гинеколога и эндокринолога оценку полового развития даёт педиатр.

РАЗДЕЛ III

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОЙ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Ответственным за проведение диспансеризации детей как неорганизованных, так и организованных является участковая бригада в составе участкового врача и участковой медицинской сестры территориального педиатрического участка, на котором проживает данный ребёнок.

Диспансеризация детей «декретированных» возрастов осуществляется бригадой специалистов, утверждённой приказом главного врача, в составе: отоларинголог, офтальмолог, хирург-ортопед, стоматолог. Другими специалистами дети консультируются по направлению участкового педиатра, по показаниям.

В дни проведения профилактических осмотров детей «декретированных» возрастов участковый педиатр, чьи дети проходят диспансеризацию, освобождается от основной работы и включается в состав бригады.

Диспансеризация детей при оформлении в детские дошкольные учреждения проводится в течение всего года по обращаемости. Диспансеризация неорганизованных детей при оформлении в школу осуществляется также по обращаемости, а организованных — по плану-графику, утверждённому главным врачом.

В соответствии с данным планом-графиком бригада специалистов проводит профилактические осмотры детей в дошкольном учреждении с 17.00 до 19.00. К этому времени ранее предупреждённые родители приходят в дошкольное учреждение за своими детьми и приносят с собой форму 112/у (находится у родителей на руках). Таким образом, осмотр ребёнка проводится в присутствии родителей, что позволяет повысить его эффективность и исключить необходимость повторной явки родителей с детьми в поликлинику. Данные специализированного осмотра записываются как в форму 026/у, так и 112/у (одновременно, параллельно, аналогичным образом специалисты консультируют и детей других возрастных групп детского сада, находящихся на диспансерном учёте). После завершения осмотра в полном объёме (с лабораторными и дополнительными обследованиями), проведениями всего комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с назначениями специалистов в детское дошкольное учреждение приходит участковый педиатр и заканчивает оформление формы 026/у в школу (оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены: оценка физического развития, группа здоровья, рекомендации по физкультурной группе, профилактическим прививкам и обеспечению дальнейшего динамического наблюдения за состоянием здоровья ребёнка). Аналогичная запись делается и в форме 112/у, куда и вносятся все данные о сделанных в дошкольном учреждении профилактических прививках. После завершения диспансеризации формы 026/у и ф. 112/у представляются на экспертную оценку зав. отделением или зам. главного врача по лечебной части поликлиники и, при отсутствии замечаний, ставится вторая подпись, штамп и печать учреждения.

Профилактические осмотры школьников при переходе к предметному обучению (с 5-х классов) проводятся в детской городской поликлинике в утренние

часы по графику, утверждённому главным врачом поликлиники по согласованию с директором школы.

Учащихся школы на диспансеризацию приводит фельдшер (медицинская сестра) школы и классный руководитель. Фельдшер (мед. сестра) школы приносит в поликлинику форму 026/у; предупреждённые заранее учащиеся 5-х классов приходят на диспансеризацию с формой 112/у.

После осмотра детей специалистами, проведения лабораторных, а по показаниям и рентгенологических исследований, дети осматриваются участковым педиатром, который в день диспансеризации детей своего территориального педиатрического участка освобождается от основной работы и включается в состав диспансерной бригады. После завершения осмотра оформляется эпикриз с записью в формы 112/у, 026/у и 131/у. Данные о проведённых в школе профилактических прививках из формы 026/у переносятся в форму 112/у (образцы эпикризов для детей I, II и III групп здоровья прилагаются).

Если же ребёнок нуждается в дополнительных обследованиях, консультации других специалистов, то участковый педиатр оставляет у себя форму 131/у и только после проведения всего комплекса диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий ребёнок с матерью приглашается на приём к участковому врачу, оформляется эпикриз с заключением, в котором представлены оценка физического развития ребёнка, группа здоровья, рекомендации по физической группе, профилактическим прививкам и динамическому наблюдению за состоянием здоровья ребёнка.

Профилактические осмотры у учащихся 9-х классов (14–15 лет) осуществляются совместно со специалистами и подростковым терапевтом поликлиники для взрослых. Для этого совместным приказом (по детской и взрослой поликлиникам) утверждается состав смешанной бригады специалистов, день и порядок диспансеризации подростков. Первичная медицинская документация на подростков (форма 112/у) находится в поликлинике и заранее подготавливается для передачи во взрослую сеть.

За 1–2 года до предстоящей совместной диспансеризации подростков участковыми медицинскими сёстрами проводятся лечебные патронажи на дому (образцы лечебных патронажей прилагаются) с целью уточнения состояния здоровья детей, проверки выполнения диагностических исследований и лечебно-оздоровительных мероприятий по назначению участкового врача.

При необходимости участковая медсестра даёт направления на лабораторные обследования и на консультацию к специалистам, оформляет в форму 112/у запись о проведённом лечебном патронаже, после чего ф. 112/у и передаёт участковому педиатру. Участковый педиатр подготавливает первичную медицинскую документацию (ф. 112/у, ф. 026/у) для передачи во взрослую сеть. После совместной диспансеризации, если у подросткового терапевта нет претензий к участковому врачу, подросток считается переданным во взрослую сеть. Если ребёнку требуются дополнительные обследования, консультации и т.д., то по окончании диспансеризации участковый педиатр выполняет эти совместные назначения и только после этого окончательно оформленная первичная медицинская документация передаётся подростковому терапевту поликлиники для взрослых.

В диспансеризации детей декретированных возрастов принимает участие средний медперсонал образовательных учреждений. Для организации профилактических осмотров детей на основе скрининг-тестов с целью более рационального использования времени специалистов, повышения качества и эффективности диспансеризации в детской поликлинике за счёт перераспределения штатных должностей создан кабинет доврачебного приёма с графиком работы в две смены.

У детей до 3-летнего возраста ф. 131/у хранится в кабинете участкового педиатра и обследование этого контингента по скрининг - программе при профилактических осмотрах осуществляется в кабинете здорового ребёнка (КЗР).

У детей от 3-х до 15-летнего возраста ф. 131/у централизована в кабинете доврачебного приёма и разложена по участкам. На каждом педиатрическом участке две ячейки (одна для ф. 131/у детей, подлежащих диспансеризации, другая — прошедших её).

Диспансеризация детей недекретированных возрастов осуществляется самостоятельно, по направлению среднего медицинского персонала дошкольных учреждений и школ, а также активному вызову участковой медицинской сестры.

Медицинские сёстры дошкольных учреждений за месяц до дня рождения ребёнка начинают требовать от родителей справку от участкового педиатра о данных диспансеризации ребёнка за текущий год, предварительно дав направление на лабораторные анализы и на консультацию к специалистам при наличии у ребёнка отклонений в состоянии здоровья. В случае обращения родителей с ребёнком к участковому врачу после перенесённых острых заболеваний или за справками в бассейн, спортивные секции и т.д. такой ребёнок направляется в кабинет доврачебного приёма, после чего проводится профилактический врачебный осмотр.

Таким образом, практически каждый ребёнок 1 раз в год посещает кабинет доврачебного приёма, где ему проводится обследование скрининг - тестами. Данные обследования регистрируются в ф.ф. 131/у и 112/у. Если ребёнок школьного возраста не прошёл обследование в течение учебного года, то обменную карту в летний оздоровительный лагерь в школе ему не выдают, и он вынужден получать её в поликлинике, предварительно пройдя диспансеризацию. После обследования в кабинете доврачебного приёма родители с ребёнком попадают к участковому педиатру, который и проводит углубленный медицинский осмотр ребёнка (с оценкой его физического развития, определением группы здоровья и т.д.) в соответствии со стандартом (табл. 4, 5, 6). После педиатрического осмотра ф. 131/у возвращается в кабинет доврачебного приёма и хранится в ячейке прошедших диспансеризацию в отчётном году, а в дошкольное учреждение и школу передаётся справка на каждого ребёнка о результатах диспансеризации с рекомендациями.

Таблица 4

Возрастная дифференцировка программы доврачебного тестового обследования для детей дошкольного и школьного возрастов

Возраст в годах	Исследования										
	Анкетный тест	Физического развития	Артериального давления	Опорно-двигательного Аппарата		Органа зрения			Органа слуха: шепотная речь	Определение белка в моче	Определение глюкозы в моче
				Определение осанки	Определение стопы*	Определение остроты зрения**	Определение предмиопии	Определение бинокулярного зрения			
3***	+	+		+	+	+			+	+	+
				или							
4		+		+				+			
5***	+	+		+	+	+				+	+
6		+		+			+	или			
				или			или				
7***	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+
									или		
8		+	+						+		
9		+	+		+			+		+	+
10**	+	+	+	+		+					
11		+	+		+					+	+
12		+	+								
13		+	+		+	+				+	+
14**	+	+	+	+							
15		+	+		+					+	+
16		+	+			+					
17**	+	+	+		+	+				+	+

Таблица 5

Лабораторные и инструментальные исследования, обязательные при профилактических осмотрах дошкольников и школьников

Возраст	Вид обследования****			
	Клинический анализ крови	Общий анализ мочи	Анализ кала на яйца глистов	Флюорография органов грудной клетки
3 г. (перед поступлением в дошкольное учреждение)	+	+	+	

5 или 6 лет (за год до поступления в школу)	+	+	+	
6 или 7 лет (перед поступлением в школу)	+	+	+	
10 лет (5 класс — переход на предметное обучение)	+	+	+	
14–15 лет (пубертатный период)	+	+	+	+
16-17 лет (11 класс — окончание школы)	+	+	+	+

Примечание.

** Детям с изменениями стопы, с ожирением различных степеней, со сколиозом — данное исследование проводится ежегодно.*

*** Детям «группы риска» данное исследование проводится ежегодно, так же, как и детям с миопией.*

**** Декретированные возрастные группы согласно Приложению №1 к Приказу №186/272 от 30.06.92 МЗ и МО.*

*****Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования — по показаниям.*

Таблица 6

Педиатрический этап профилактического осмотра детей от 3-х до 17 лет

№ п/п	Вид деятельности	Затрата времени на обследование 1 ребёнка	Необходимые обследования	Дополнительные обследования по показаниям
1	Сбор анамнеза	1 мин	Клинический анализ крови,	Копрологический анализ кала, анализ кала на дисбактериоз.
2	Осмотр кожных покровов и волосистой части головы	30 сек	общий анализ мочи.	Анализ слизи из зева и носа. Анализ мочи по Нечипоренко, проба Каковского–Аддиса, по Зимницкому и другие.
3	Осмотр видимых слизистых оболочек: конъюнктивы глаз, полости рта, зева	30 сек	Анализ кала на яйца глистов (аскариды, нематоды, простейшие).	
4	Осмотр и пальпация области щитовидной железы	30 сек	Антропометрия, измерение АД, частоты пульса, дыхания	
5	Пальпация периферических лимфоузлов: подчелюстных, паховых, подмышечных	30 сек		
6	Исследование органов кровообращения (осмотр, перкуссия,	2 мин		

7	аускультация сердца)			
8	Исследование органов дыхания (перкуссия и аускультация лёгких)	2 мин		
9	Исследование органов пищеварения (пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезёнки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области)	2 мин		
10	Осмотр половых органов — внешний осмотр	30 сек		
11	Осмотр грудных желёз у девочек	30 сек		
	Оформление первичной медицинской документации по данным осмотра	5 мин		
		15 МИН		

Если же ребёнку по состоянию здоровья необходима консультация специалиста или дополнительное обследование, то ф. 131/у задерживается у участкового врача. И только при уточнении диагноза педиатр оформляет эпикриз, делает соответствующие записи в ф. ф. 112/у и 131/у. После этого последняя возвращается в кабинет доврачебного приёма.

В случае изменения у ребёнка группы здоровья его ф. 112/у после диспансеризации передаётся для экспертной оценки зав. педиатрическими отделениями, которые и определяют обоснованность перевода ребёнка из одной группы здоровья в другую.

От качества диспансеризации каждого конкретного ребёнка, выполнения требуемого стандартом объёма исследований зависит оплата труда медицинских работников по данному разделу работы. В таблице 7 представлена схема диспансерного наблюдения за детьми с наиболее часто встречающейся хронической патологией (III – IV группы здоровья).

Схема диспансерного наблюдения за детьми с наиболее часто встречающейся хронической патологией (III – IV группы здоровья)

Сердечно – сосудистые заболевания, заболевания соединительной ткани			
Ревматизм и ревматические пороки сердца	Педиатром и ревматологом после атаки в течение квартала ежемесячно. При неактивной стадии – 2 раза в год с контролем ЭКГ и клинического анализа крови. После каждой перенесенной респираторной инфекции и ангины ребенок наблюдается ревматологом в течение трех недель. Два раза в год больной осматривается стоматологом и ЛОР – врачом.	Соблюдение этапного лечения: стационар, местный санаторий, поликлиника. ЛФК, закаливающие процедуры, общеукрепляющая терапия. Санация очагов хронической инфекции. Бициллино – аспиринотерапия – профилактика.	При отсутствии порока сердца – 5 лет после активной фазы.
Врожденные пороки сердца	Ревматологом по индивидуальному плану. Педиатром не реже 2 раз в год. Консультация кардиохирурга, УЗИ сердца. Контроль физического и психомоторного развития. ЭКГ. По показаниям госпитализация.	ЛФК, витаминотерапия, санация очагов инфекции. Хирургическая инфекция.	С учета снимаются по заключению кардиохирурга.
Диффузные (иммунопатологические) заболевания соединительной ткани	Педиатром, ревматологом не реже 1 раза в месяц. Контролировать активность воспалительного процесса, состояние внутренних органов.	Длительное санаторное лечение, ЛФК, санация очагов инфекции, проведение базисной терапии, назначенной в стационаре. Противопоказано парентеральное введение.	До передачи во взрослую поликлинику.

		ние антигенов (вакцин, сывороток, глобулинов и пр.).	
Вегетососудистая дистония	Педиатр, ревматолог, невропатолог с ежеквартальным контролем АД и ЭКГ	ЛФК, физиотерапия, санация очагов инфекции, седативная терапия	Через 2 – 3 года наблюдения по исчезновении жалоб
Бронхолегочные заболевания			
Рецидивирующие и хронические неспецифические заболевания	Педиатром и пульмонологом в первый год после установления диагноза ежеквартально, затем – 2 раза в год (весной и осенью). Обращается внимание на признаки дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности, стабильности функциональных изменений в легких. При каждом осмотр клинический анализ крови, общий анализ мочи. Рентгенография по показаниям.	Режим питания и режим дня (пребывание на свежем воздухе). ЛФК, физиотерапия, курс витаминов, адаптогенов. Санация хронических очагов инфекции. Санаторно – курортное лечение.	С учета снимается по заключению пульмонолога через 2,5 – 3 года после последнего обследования.
Респираторный аллергоз и бронхиальная астма	Педиатром, пульмонологом с консультацией аллерголога. В зависимости от тяжести заболевания в межприступном периоде наблюдение педиатром от ежемесячного до ежеквартального с клиническим анализом крови, функциональными пробами. Контроль состояния кровообращения (ЭКГ).	Оздоровление диеты и быта. ЛФК, физиотерапия. Курс витаминов и адаптогенов. Санация хронических очагов инфекции. Санаторно – курортное лечение. По показаниям – базисная терапия.	С учета снимается при 2 - 3 летней продолжительности межприступного периода.

Заболевания мочевыделительной системы			
Гломерулонефрит и интерстициальный нефрит	Педиатром ежеквартально. Общий анализ мочи (по Нечипоренко) ежемесячно, клинический анализ крови ежеквартально. Посевы мочи при наличии лейкоцитурии. Проба Зимницкого, уровень креатинина, мочевины, холестерина дважды в год. При осмотрах обращается внимание на АД, состояние глазного дна (окулист), наличие отечности.	Долечивание по рекомендации стационара. Санация хронических очагов инфекции. Медотвод от прививок. ЛФК, физиотерапия, витаминотерапия. Санаторно – курортное лечение.	С учета снимается не ранее чем через 5 лет после последнего обострения при условии полной клинической и лабораторной ремиссии, установленной в стационаре. При однократном обострении может быть снят с учета через 2 года.
Пиелонефрит	Педиатром ежеквартально. Общий анализ мочи (по Нечипоренко), посевы мочи ежемесячно, клинический анализ крови, проба Зимницкого ежеквартально.	Долечивание по рекомендации стационара. Диета, режим дня, витаминотерапия. Санация хронических очагов инфекции. ЛФК, физиотерапия, фитотерапия 10 дней каждого месяца. При возникновении инфекционного заболевания курс уросептиков 7 дней.	То же.
Заболевания органов пищеварения			
Язвенная болезнь и предъязвенное состояние	Педиатром, гастроэнтерологом не реже 2 – 3 раза в год. Обращать внимание на наличие диспепсического синдрома. Ежегодно делать фиброгастроуо-	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК, физиотерапия. В весенние и осенние периоды – курсы противорецидив-	Через 5 лет после последнего обострения при эндоскопической ремиссии

	деноскопию, анализ кала на скрытую кровь.	ной терапии. Витаминотерапия в течение года. Санаторно – курортное лечение.	
Хронический гастродуоденит	То же	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК, физиотерапия, витаминотерапия. Антациды по показаниям. Санаторно – курортное лечение.	Через 3 года после последнего обострения при условии клинко – эндоскопической ремиссии.

РАЗДЕЛ IV

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

4.1. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

4.1.1. Особенности диспансерного наблюдения недоношенных детей в детской поликлинике

Основные задачи диспансерного наблюдения недоношенных детей в поликлинике:

- максимально длительное сохранение грудного вскармливания;
- контроль за выполнением режима дня и питания;
- повышение иммунитета путем регулярного закаливания (прогулки, водные процедуры, общий массаж);
- профилактика рахита и железодефицитной анемии;
- проведение профилактических прививок по индивидуальному графику.

Все недоношенные дети относятся к **группам риска** (рisku возникновения патологии ЦНС, риску внутриутробного инфицирования и гнойно-воспалительных заболеваний, риску развития трофических нарушений, развития врожденных пороков органов и систем, а также социальному риску, т.е. всем 5-ти группам риска). Они требуют повышенного внимания участкового врача-педиатра.

Первый **патронаж** к недоношенным детям осуществляется на следующий День после выписки из родильного дома или стационара (отделения I и II этапа выхаживания), так как такие дети дают более высокие показатели заболеваемости и младенческой смертности. Далее на первом месяце врач-педиатр осматривает недоношенного ребенка 1 раз в неделю, от 1 до 6 месяцев - 1 раз в 2 недели, 6-12 месяцев - **1 раз в месяц**, по показаниям - чаще. Первые 3-4 месяца педиатр осматривает ребенка на дому, а также на дому и в периоды Эпидемий инфекционных заболеваний. **Антропометрия** проводится при каждом осмотре и оценивается динамика тела. Рекомендуется родителям приобрести детские весы.

Далее осмотр осуществляется педиатром и узкими специалистами.

От 1 года до 4 лет - **осмотр педиатра** 1 раз в квартал.

Ортопед ежемесячно в первые 3 месяца, затем 1 раз в квартал, **офтальмолог**, **ЛОР-врач** - на 1-м месяце жизни, повторно не менее 2-3 раз (1 раз в квартал).

Осмотр невропатолога ежемесячно на первом году жизни.

При выявлении нарушений со стороны ЦНС, опорно-двигательного аппарата, слуха нарушения зрения недоношенные дети находятся под наблюдением специалиста соответствующего профиля.

По показаниям (перед прививками, частые заболевания) - консультация **иммунолога**.

Консультации **врача-ЛФК и физиотерапевта** по показаниям.

Общий анализ крови и общий анализ мочи - ежемесячно на первом году жизни. **С 1 года до 3-х лет** - 1 раз в квартал. **Старше 3 лет** - 1 раз в год.
Расчет питания 1 раз в месяц.

4.1.2. Тактика ведения детей с заболеваниями центральной нервной системы

Детей с перинатальным поражением ЦНС **педиатр** наблюдает ежемесячно в течение двух лет. Консультацию **невролога** на дому организуют на первом месяце жизни, далее каждые 3 месяца на первом году наблюдения, каждые 6 месяцев на втором году наблюдения. Консультация **окулиста** – в 1 месяц и в 12 месяцев, далее по показаниям. Аудиологический скрининг проводят на первом месяце жизни, консультации **оториноларинголога** в 1, 4, 6, 12 месяцев, далее по показаниям.

Нейросонография – 1 раз в год, общий анализ крови- 2 раза в год, общий анализ мочи – 1 раз в год, биохимический анализ крови (содержание билирубина, глюкозы, кальция, активность щелочной фосфатазы) по показаниям.

Рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника показано при подозрении на спинальную травму. Компьютерную томографию и МРТ назначают при подозрении на паренхиматозное кровоизлияние.

Сроки реабилитационных мероприятий зависят от степени тяжести и выраженности клинических проявлений поражения ЦНС: при легкой степени до 2 лет, при среднетяжелой - до 3 лет, при тяжелой - до 18 лет. Реабилитация включает охранительный режим, массаж, физиотерапию (электрофорез, грязелечение, парафинолечение), кинезиотерапию, плавание. Медикаментозное лечение проводят циклами в зависимости от ведущего синдрома (ноотропные и нейрометаболические средства, дегидратационная терапия, препараты, улучшающие мозговое кровообращение, витамины группы В).

Иммунизацию проводят по индивидуальному графику, в соответствии с календарем прививок (приказ №673 МЗРФ от 2007 г.)

4.1.3. Тактика ведения детей с затяжной желтухой

При затяжной желтухе на 14-15 день проводят обязательное обследование, включающее:

- Наблюдение педиатром по 3-й группе здоровья, через каждые 5 дней;
- Общий развернутый анализ крови каждые 10 дней;
- Чрескожное определение билирубина каждые 5-7 дней;
- Определение билирубина в крови микрометодом каждые 7-10 дней
- УЗИ печени в 1 мес.
- Осмотр неврологом и оториноларингологом.

4.1.4. Тактика ведения детей с рахитом. Профилактика рахита.

Самым частым заболеванием, связанным с нарушением фосфорно-кальциевого гомеостаза, у детей 1-го года жизни является рахит. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) это заболевание включено в раздел болезней эндокринной системы и обмена веществ (шифр E55.0).

Эффективное лечение рахита основано на комплексе мероприятий по нормализации режима жизни ребенка и обеспечению его полноценным питанием. Цель терапии рахита — воздействие витамином D на органы-мишени для оптимизации фосфатно-кальциевого обмена.

Аntenатальная профилактика рахита предусматривает следующие мероприятия: Соблюдение режима дня беременной женщиной с достаточным сном в дневное и ночное время. Прогулки на свежем воздухе не менее 2-4 ч ежедневно, в любую погоду. Рациональное питание беременной (ежедневное употребление не менее 180 г мяса, 100 г рыбы (3 раза в неделю), 100 г творога, 30-40 г сыра, 300 г хлеба, 500 г овощей, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов). Молоко можно заменить специальными молочными напитками, предназначенными для питания женщин во время беременности и лактации и предупреждающими нарушения фосфорно-кальциевого обмена у женщины и плода (или ребенка). Необходим прием поливитаминных препаратов на протяжении беременности. Регулярный прием поливитаминных препаратов может восполнить недостаток витаминов в пище, предупредить нарушения фосфорно-кальциевого обмена в организме беременной и тем самым надежно обеспечить развивающийся плод кальцием, фосфором и витамином D.

Начиная с 28-32-й недели беременности, назначается витамин D в дозе 400-500 МЕ в течение 8 недель вне зависимости от времени года.

Беременным женщинам из групп риска (нефропатия, хроническая экстрагенитальная патология, сахарный диабет, гипертоническая болезнь) необходимо с 28-32-й недели гестации назначать витамин D в дозе 1000-1500 МЕ/сут.

Постнатальная профилактика рахита предусматривает комплекс мероприятий. Чрезвычайно важным является правильное питание ребенка. Оптимальным является грудное вскармливание при условии правильного питания кормящей женщины.

При искусственном вскармливании необходимо подобрать адаптированную молочную смесь, максимально приближенную по составу к женскому молоку, содержащую 100% лактозы, усиливающей всасывание кальция, а также холекальциферол и сбалансированное соотношение кальция и фосфора (2:1). В молочных смесях допускается соотношение между кальцием и фосфором, равное 1,2-2:1, однако наилучшее соотношение 2:1. Неспецифическая профилактика рахита предусматривает применение лечебной физкультуры, массажа, которые должны проводиться систематически, длительно, с постепенным и равномерным увеличением нагрузки.

Для постнатальной специфической профилактики рахита используются препараты витамина D (табл. 8.).

Таблица 8

Препараты витамина D

Препарат	Действующее вещество	Форма выпуска и дозировка
Вигантол (масляный)	Холекальциферол	Масляный раствор В 1 капле 500 МЕ

Аквдетрим (водный раствор)	Холекальциферол	Водный раствор 1 капля 500 МЕ
D ₃ (BON)	Холекальциферол	Ампулы для внутримышечного введения 200 000 МЕ в ампуле
D ₂ (масляный раствор)	Эргокальциферол	Масляный раствор 0,0625% (1 капля 700 МЕ) 0,125% (1 капля 1400 МЕ)

* Методические рекомендации МЗ СССР «Профилактика и лечение рахита у детей раннего возраста», 1990.

** доза 5000 МЕ назначается только при выраженных костных изменениях.

Согласно рекомендациям ВОЗ, для здоровых доношенных детей раннего возраста минимальная доза витамина D составляет 500 МЕ/сут. Эта доза в условиях средней полосы России назначается в весенний, осенний и зимний периоды, начиная с 3-4-недельного возраста. При достаточной инсоляции ребенка с июня по сентябрь специфическая профилактика с использованием витамина D не проводится. Однако в случае пасмурного лета, особенно в северных регионах, специфическая профилактика рахита осуществляется и в летние месяцы. Профилактическое назначение витамина D проводится в течение 1-го и 2-го года жизни, а иногда и на 3-м году жизни.

Детям из группы риска по рахиту рекомендуется ежедневное назначение витамина D в дозе 1000 МЕ в течение одного месяца, затем 500 МЕ в течение осенне-зимне-весеннего периода в течение первых двух лет жизни (с учетом состояния ребенка).

Группу риска по рахиту составляют дети:

- недоношенные и маловесные;
- родившиеся с признаками морфофункциональной незрелости;
- с синдромом мальабсорбции (целиакия, гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.);
- с судорожным синдромом, получающие антиконвульсанты;
- со сниженной двигательной активностью (парезы и параличи, длительная иммобилизация);
- с хронической патологией печени, желчевыводящих путей;
- часто болеющие острыми респираторными недугами;
- получающие неадаптированные молочные смеси;
- с отягощенной наследственностью по нарушениям фосфорно-кальциевого обмена;
- из двоен или от повторных родов с малыми промежутками между ними.

Специфическая профилактика рахита у недоношенных детей имеет свои особенности. Это связано с тем, что рахит (остеопения) у недоношенных детей обусловлен не только дефицитом кальция и фосфора, но также незрелостью ребенка, гипоплазией костной ткани и ее недостаточной минерализацией,

более интенсивным ростом и быстрыми темпами роста костей у недоношенных детей в постнатальном периоде по сравнению с доношенными. Поэтому для профилактики рахита у недоношенных детей используют более высокие дозы и раннее назначение витамина D.

При недоношенности I степени витамин D назначается с 10-14-го дня жизни в дозе от 400-500 до 1000 МЕ/сут ежедневно в течение первых 2 лет, исключая летние месяцы; при недоношенности II-III степени - 1000-2000 МЕ ежедневно в течение 1-го года жизни, на 2-м году - в дозе 500-1000 МЕ/сут, исключая летние месяцы.

Однако применение витамина D у недоношенных детей в дозе выше 500 МЕ требует систематического ежемесячного, ежеквартального контроля за экскрецией кальция с мочой. Специфическую профилактику рахита лучше всего проводить водным раствором витамина D₃, особенно у недоношенных детей, с учетом незрелости у них ферментативной активности кишечника.

Необходимо учитывать, что реальная суточная потребность ребенка в витамине D зависит от многих факторов, что влияет на выбор индивидуальной дозы препарата.

К таким факторам относятся:

- возраст;
- генетические особенности;
- характер вскармливания;
- особенности ухода;
- время года;
- степень тяжести нарушений фосфорно-кальциевого обмена;
- состояние здоровья;
- наличие и характер сопутствующей патологии;
- климатические условия местности, где проживает ребенок.

Следует иметь в виду, что при синдроме нарушенного всасывания в тонкой кишке (целиакии, гастроинтестинальной форме пищевой аллергии, экссудативной энтеропатии, панкреатите, кистозном фиброзе поджелудочной железы (муковисцидозе), дизэмбриогенезе энтероцитов, хронических энтероколитах) может нарушаться всасывание масляных растворов витамина D.

Существующие до настоящего времени масляные формы витамина D₃ не всегда хорошо всасываются. Причиной нарушения всасывания масляного раствора витамина D являются:

- синдром нарушенного всасывания в тонкой кишке (целиакия; гастроинтестинальная форма пищевой аллергии, экссудативная энтеропатия и др.);
- панкреатиты;
- кистозный фиброз поджелудочной железы (муковисцидоз);
- дизэмбриогенез энтероцитов;
- хронические энтероколиты;
- болезнь Крона.

В последние годы появилась водная форма витамина D₃. Преимуществами водного раствора витамина D₃ являются:

- лучшее всасывание из ЖКТ (водный раствор всасывается в 5 раз быстрее, а концентрация в печени в 7 раз выше);
- более продолжительный эффект при применении водного раствора (сохраняется до 3 мес., а масляного - до 1-1,5 мес.);
- большая активность;
- быстрое наступление клинического эффекта (через 5-7 дней после назначения D₃ и 10-14 дней при приеме D₂);
- высокий эффект при рахите и рахитоподобных заболеваниях, патологии желудочно-кишечного тракта;
- удобство и безопасность лекарственной формы.

Противопоказанием к назначению профилактической дозы витамина D может быть:

- идиопатическая кальциурия (болезнь Вильямса-Бурне);
- гипофосфатазия;
- органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноза.

Дети с малыми размерами родничка имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина D. Специфическая профилактика рахита им проводится, начиная с 3-4 месяцев жизни.

Лечебные мероприятия при рахите

В настоящее время для лечения D-дефицитного рахита предложены различные дозы, в основном, витамина D₃ (холекальциферола). Препараты активных метаболитов используются для лечения первичного и вторичного остеопороза у детей старшего возраста.

Лечебные мероприятия при рахите предусматривают:

- восстановление фосфорно-кальциевого обмена;
- нормализацию процессов перекисного окисления липидов;
- ликвидацию метаболического ацидоза, гипокалиемии;
- устранение дефицита витамина D. Для достижения необходимого эффекта лечение рахита должно включать:
 - сбалансированное и адаптированное питание;
 - организацию правильного режима дня ребенка (ежедневно дети должны пребывать на свежем воздухе не менее 2-3 ч, а помещение, где находится ребенок, необходимо регулярно проветривать);
 - назначение препаратов витамина D и кальция;
 - гигиенические ванны и обтирания, обливания, массаж, лечебную физкультуру (после снижения активности рахита).

Лечебные дозы витамина D составляют 2000-5000 МЕ/сут в зависимости от степени тяжести рахита, курс лечения - 30-45 дней (табл. 9.).

Профилактические и лечебные дозы витамина D*

Профилактика рахита	витамин D 500 ME - ежедневно в течение 2-х лет (400000-500000 ME)	
Лечение рахита * (суммарная терапевтическая доза)	легкая степень тяжести	150 000–300 000 ME
	средняя степень тяжести	300 000-600 000 ME
	тяжелое течение	600 000-800 000 ME
Противорецидивное лечение (через 3 месяца после лечебного курса)	витамин D по 2000-5000 ME в течение 3-4 недель (летом не проводят)	

*- начальная лечебная доза должна составлять 2 500- 5 000 в сутки, длительность курса 30-45 дней; затем переходят на поддерживающую ежедневную дозу 500 ME в течение 2-х лет

В настоящее время практически все педиатры согласились, что специфическое лечение рахита целесообразно проводить малыми лечебными дозами витамина D. Суточная доза при I-II степени при этом составляет 1500-2000 ME, курс – 100000–150000 ME; при II-III степени – 3000-4000 ME, курс 200000-400000 ME. Это лечение проводится в период разгара, подтвержденного биохимическими данными (снижение в крови кальция и фосфора, повышение щелочной фосфатазы). По окончании курса при необходимости целесообразно перейти на профилактическую (физиологическую) дозу. Рекомендованные в прошлом ударный, полуударный методы, повторные лечебные курсы в настоящее время не используются.

Витамин D назначается вначале в минимальной дозе - 2000 ME/сут в течение 3-5 дней, а затем, при хорошей переносимости препарата, дозу повышают до индивидуальной лечебной дозы. После достижения терапевтического эффекта лечебную дозу заменяют профилактической (400-500 ME/сут), которую ребенок получает в течение первых 2 лет и в зимний период на 3-м году жизни.

Наряду с витамином D при лечении рахита назначаются препараты кальция, особенно недоношенным детям, получающим естественное вскармливание. Они используются в первом и втором полугодиях жизни в течение 3 недель. Доза определяется тяжестью течения рахита и степенью остеопороза или остеопении. Детям второго года жизни из группы риска рекомендуется не только диета, обогащенная кальцием, но и прием препаратов, содержащих его и витамин D, в осенне-зимний период.

Восстановительная терапия включает массаж и ЛФК, которые назначаются через 2 недели после начала медикаментозной терапии, бальнеолечение (хвойные, соленые ванны-10-15 процедур на курс лечения). Лечение проводится 2-3 раза в год. Алгоритм лечебных мероприятий при рахите представлен в таблице 10.

Алгоритм лечебных мероприятий при рахите

Организационные мероприятия	Лечебные мероприятия	Контроль эффективности
1. Уточнение и устранение причины, вызвавшей заболевание 2. Организация рационального, сбалансированного питания, своевременное введение прикорма 3. Организация режима дня, пребывание на воздухе не менее 3 ч, массаж и гимнастика	1. Патогенетическая терапия. При легком рахите с отчетливыми признаками поражения костной системы – витамин Д 2500 МЕ ежедневно, курс 45-60 дней с последующим переходом на профилактический прием препарата. У больных с рахитом средней тяжести – 5000 МЕ ежедневно, курс 45-60 дней. По показаниям вместо эргокальциферола можно использовать: - курс УФ-облучения с $\frac{1}{8}$ до 1,5 биодозы по замедленной схеме или кислородно-витаминный коктейль (сироп из плодов шиповника, аскорбиновая кислота, витамины В₁, В₂, В₆, В₅, В₁₅, железо и витамин Д в лечебной дозе); - цитратную смесь по 1 ч.л. 3 раза в день в течение 2 нед – 2 курса 2. Витаминотерапия (аскорбиновая кислота, токоферол, витамины В₁, В₂, В₆, В₅, В₁₅). Микродозы меди, кобальта, железа, никеля, марганца 3. Неспецифические адаптогены (оротат калия, дибазол, пентоксил, глутаминовая кислота). При выраженной мышечной гипотонии – прозерин. 4. В период реконвалесценции – бальнеотерапия, массаж, гимнастика 5. Диетотерапия: своевременное введение соков и фруктовых пюре детям, находящимся на естественном вскармливании, первый прикорм вводят с 4 мес. в виде овощного пюре, с 4,5 мес. - каши (овсяная, гречневая, рисовая), с 5 мес. назначают печень, с 6-6,5 мес. – мясное пюре. При искусственном вскармливании предпочтение отдают адаптированным смесям. Все докормы вводят на 2-3 нед раньше.	1. Улучшение эмоционального и мышечного тонуса 2. Исчезновение симптомов остеомаляции 3. Нормализация показателей нервно – психического и статико – моторного развития 4. Проба Сулковича 5. Клинический анализ крови

При рахите у детей раннего возраста лечение указанными дозами в течение четырех недель приводит к положительной динамике клинических и рентгенологических данных, нормализации кальция и фосфатов в крови. Активность щелочной фосфатазы сыворотки крови нормализуется лишь через два-три месяца от начала лечения. Следует помнить, что при применении препаратов витамина D начало их действия реализуется только на 10-14-е сутки и продолжается недели и даже месяцы, т.к. возможна кумуляция лекарственных средств.

Если при использовании у ребенка методов специфической профилактики и лечения не наблюдается улучшения, рахитический процесс прогрессирует и сопровождается отставанием детей в росте, необходимо тщательное обследование больного для исключения D-резистентных форм рахита.

Для контроля за динамикой остеопенического синдрома на фоне применения препаратов кальция и витамина D у детей раннего возраста наиболее доступными тестами являются определение кальций-креатининового индекса и оксипролина в утренней порции мочи. При этом положительная динамика указанных тестов может быть выявлена через 3 недели от начала применения препаратов.

В период лечения витамином D обнаружение у ребенка, особенно с отягощенной наследственностью по мочекаменной болезни и кальциурии, снижения антикристаллообразующей способности мочи, положительной пробы Сулковича, оксалатной и (или) фосфатной, кальциевой кристаллурии является основанием для коррекции дозы витамина D.

Схемы диспансерного наблюдения детей с рахитом, спазмофилией и рахитоподобными заболеваниями представлены в таблице 11.

Схема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с рахитом, спазмофилией и рахитоподобными заболеваниями

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	При осмотре обратить внимание на:	Дополнительные исследования	Основные пути наблюдения	Длительность наблюдения	Профилактические прививки
Рахит Е55.0	Педиатр на первом году жизни осматривает ежемесячно, на 2-м году – 1 раз в квартал, на 3-м – 1 раз в полгода; Консультации хирурга, ортопеда – по показаниям	Деформации костной системы; Нервно- психическое развитие ребенка; Состояние статики и моторики; Сон; Аппетит; Разнообразие пищевого рациона; Достаточность пребывания на воздухе	Анализ крови общий, биохимический анализ крови на кальций и фосфор один раз в полгода	Рациональное по возрасту питание, гигиенический режим, гимнастика, закаливание	До 3 лет	Разрешаются по Национальному календарю (Приказ МЗ №630 от 30.10.07 г.)
Спазмофилия	Педиатр – 1 раз в месяц на 1-ом году жизни, затем 1 раз в квартал; Невропатолог, офтальмолог – по показаниям и 1 раз в плановом порядке	Возраст ребенка; Состояние нервной мышечной возбудимости; Клинические признаки рахита; Данные биохимических и рентгенологических исследований, характерные фосфорно-кальциевый обмен	Общие анализы крови и мочи, биохимические исследования: крови на кальций и фосфор, щелочную фосфатазу, уровень ионизированного кальция в крови; По показаниям - электроэнцефалография, рентгенография черепа для исключения внутримозговой гипертензии	Раннее введение прикормов: 1-й прикорм на 2-4 нед раньше – с 2-3 мес. Витамин Д при легком рахите по 2500 МЕ, при 2 ст. по 5000 МЕ ежедневно в течение 45-60 дней; УФ-облучение с 1/8 до 1,5 биодоз (24-25 сеансов) после предварительной отмены витамина Д.	До 2 лет	Противопоказаны на период диспансерного наблюдения

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	При осмотре обратить внимание на:	Дополнительные исследования	Основные пути наблюдения	Длительность наблюдения	Профилактические прививки
Рахитоподобные заболевания	В период лечения препаратами витамина D – педиатр 2 раза в месяц, затем ежемесячно до 3 лет. Хирург – ортопед – по показаниям	Рациональное питание; Физическое и нервно-психическое развитие (снижение темпов развития, нарушение гармоничности, весо-ростовых показателей); Состояние костно - мышечной, нервной, мочевыделительной систем	Содержание в крови кальция, фосфора, уровня щелочной фосфатазы, выделение фосфора и кальция с мочой 1 раз в 10-14 дней. Проба Сулковича до начала лечения, затем 1 раз в 7-10 дней. Рентгенография лучезапястного сустава (оценка зон роста и состояния эпифизов и метафизов костей предплечья)	При мышечной гипотонии – в/м прозерин. С целью повышения защитных сил организма назначают дибазол, пентоксил, витамин В, глютаминовую кислоту, кислородно-витаминный коктейль, массаж, гимнастику, прогулки. Соблюдение специфической диеты. Препараты витамина D в поддерживающей дозе, цитратные смеси, препараты кальция и фосфора, витамины А, Е, С, В. Массаж, соляно-хвойные ванны. Санаторно-курортное лечение	Постоянно до 18 лет	По индивидуальным показаниям

4.2. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

КЛАСС IX: БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (I00-I99)

4.2.1. Диспансеризация детей с артериальной гипертензией (АГ) (I10-I15)

Диспансерному наблюдению подлежат все дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ.

Диспансеризация включает в себя следующие мероприятия:

- постановку на медицинский учет всех лиц детского и подросткового возраста с отягощенной наследственностью по ГБ, высоким нормальным АД и АГ;
- периодическое медицинское обследование этих лиц с целью предупреждения прогрессирования АГ;
- проведение комплекса оздоровительных и лечебных мероприятий, направленных на нормализацию АД;
- проведение врачебно-профессиональной консультации и профориентации детей и подростков с АГ с учетом их пола и возраста.

Дети и подростки с отягощенной наследственностью по ГБ, с высоким нормальным АД должны осматриваться врачом-педиатром 1 раз в 6 месяцев (обследование ограничивается антропометрией и трехкратным измерением АД). Указанный контингент должен быть включен во II группу здоровья, а при наличии вегетативной дисфункции (при отсутствии изменений в сосудах глазного дна и на ЭКГ) — в III группу здоровья.

При подтверждении диагноза АГ (эссенциальной или симптоматической) ребенок или подросток наблюдается врачом-педиатром 1 раз в 3-4 месяца. Для определения объема диагностических мероприятий, выработки тактики немедикаментозного и медикаментозного лечения и по вопросам борьбы с факторами риска ССЗ ребенок должен быть проконсультирован кардиоревматологом. По показаниям ребенок или подросток может быть проконсультирован нефрологом, окулистом и невропатологом.

Дети и подростки с АГ 1 степени и подростки с ГБ I стадии без других факторов риска и поражения органов мишеней включаются в III группу здоровья. Дети и подростки с АГ 1 степени и подростки с ГБ I стадии, имеющие другие факторы риска и/или поражения органов мишеней, а также с АГ 2 степени и ГБ II стадии включаются в IV группу здоровья. При появлении сердечной недостаточности детей и подростков с АГ и ГБ относят к V группе здоровья.

Все данные вносятся в историю болезни ребенка (ф. 112/у) и медицинскую карту ребенка (ф. 026/у-2000).

Показаниями для стационарного обследования детей и подростков с АГ являются: стойкое повышение АД, наличие сосудистых кризов, недостаточная эффективность лечения в амбулаторных условиях, неясность генеза АГ.

4.2.2. Диспансеризация детей с пролапсом митрального клапана (I39.0)

Лечение и тактика ведения больного с ПМК на педиатрическом участке должны быть индивидуализированы. При этом следует учитывать возраст ребенка, пол, наследственность (наличие в семье ПМК, НЦД, сердечной патологии и т.д.), наличие признаков диспластичности, фенотипические особенности ВНС, в периоде пубертатной перестройки - наличие и характер ВСД, НЦД. Надо оценить также динамику ЭКГ показателей, результаты УЗИ сердца (желательно с проведением стресс УЗИ).

Детей с I степенью (4-5 мм) ПМК без появления даже минимальной регургитации при проведении им стресс УЗИ сердца можно считать практически здоровыми. Они могут заниматься физкультурой и спортом. Дети с I степенью ПМК и наличием регургитации при стресс - УЗИ должны находиться под наблюдением ревматолога. Им нежелательно заниматься тяжелыми (статическими и динамическими) видами спорта, но они могут заниматься физкультурой.

Дети со II и III степенью ПМК находятся на диспансерном наблюдении у ревматолога. Дети со II степенью ПМК могут вести обычный образ жизни, заниматься физкультурой в общей группе (запрещены кроссы и соревнования). Пациентам с III степенью ПМК рекомендуется индивидуально подобранные курсы в группах ЛФК.

Детям со II и III степенью ПМК показаны 2-3 раза в год курсы лечения препаратами, улучшающими метаболизм в миокарде (витамины С, группы В, жирорастворимые витамины А, Е, D; эссенциале, рибоксин, фолиевая кислота и т.д.). При наличии у ребенка с ПМК синдрома удлиненного интервала Q-T рекомендуются курсы лечения обзиданом в индивидуально подобранной дозе (0,5-1,5 мг/кг в сутки, в 4 приема) в течение 2-4 месяцев, с постепенной отменой. Пациентам с ПМК и выраженными морфологическими изменениями на клапанах необходимо проводить профилактику бактериального эндокардита (антибактериальные препараты в течение 7-10 дней после любого хирургического вмешательства). Детям с ПМК, осложнившимся нарушением ритма, проводится противоаритмическая терапия.

Тактика ведения детей с «немой» формой ПМК зависит от наличия и характера вегетативных нарушений. Степень ПМК и имеющиеся дистрофические изменения на ЭКГ определяют объем физической нагрузки (либо физкультура в общей группе, либо ЛФК).

4.2.3. Диспансерное наблюдение детей с ревматической болезнью (100-102)

Наблюдение за детьми проводится в течение 5 лет после атаки. Первый год после атаки – педиатр осматривает ребенка 1 раз в квартал, затем 2 раза в год. Следует следить за пульсом, АД, функциональными пробами сердечно-сосудистой системы. Анализ крови, мочи, пробы на активность процесса (АСЛ-О, АСК, СРБ, ДФА, серомукоид, белковые) проводятся 2 раза в год и после каждого ОРВИ, ангины.

В течение первого года после атаки детям проводится ЛФК в поликлинике, затем на один год школьников определяют в подготовительную физкультурную группу, на третий год назначают основную физкультурную группу (без участия в спортивных соревнованиях). Режим общий на первые 2 года после заболевания. Сон не менее 10 часов. Диета возрастная, обогащенная продуктами, содержащими калий (кефир, томаты, картофель, изюм, курага).

Бициллинопрофилактика (вторичная профилактика ревматизма) направлена на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у детей и подростков, перенесших ревматизм. Она заключается в регулярном введении бициллина (пролонгированный пенициллин).

Многолетний опыт использования бициллинопрофилактики в качестве вторично профилактического средства при ревматизме свидетельствует о ее высокой эффективности. Выделяют сезонную и круглогодичную бициллинопрофилактику. Наиболее эффективна круглогодичная профилактика бициллином – 5 в дозе 1500000 ЕД 1 раз в 4 недели детям школьного возраста и подросткам. Детям дошкольного возраста препарат назначается в половинной дозе (750000 ЕД).

Согласно действующей инструкции по профилактике рецидивов ревматизма и рекомендациям ВОЗ (1989), пациентам, особо подверженным высокому риску рецидивирования заболевания, бициллин-5 следует вводить 1 раз в 3 недели в дозе 1500000 ЕД школьникам, подросткам и взрослым и в дозе 750000 ЕД 1 раз в 10 дней детям дошкольного возраста (В.А. Насонова, Н.Н. Кузьмина).

Детям, перенесшим первичный ревмокардит, т.е. острую ревматическую лихорадку (или хорею) без формирования порока сердца, в течение первых трех лет проводится круглогодичная, а в последующие 2 года сезонная (весна, осень) бициллинопрофилактика.

Пациентам, перенесшим первичный или возвратный ревматизм, имеющим ревматический порок (или пороки), перенесшим хорею, при наличии затяжно-вялого или рецидивирующего течения ревматизма круглогодичная профилактика бициллином-5 должна проводиться не менее 5 лет, а при необходимости и дольше.

В настоящее время обсуждается вопрос о проведении у них бициллинопрофилактики на протяжении всей последующей жизни. При присоединении у больного ревматизмом острых ангин, фарингита, другой носоглоточной инфекции на фоне применения бициллина – 5 обязательно проводится курс лечения ангины пенициллином (можно назначить пероральный кислотоустойчивый пенициллин - амоксициллин).

Курс антибактериальной терапии (10-12 дней) назначается пациентам до и после тонзилэктомии, а также после любых других оперативных вмешательств.

Санаторно-курортное лечение ребенку, перенесшему атаку ревматизма, можно назначать не ранее чем через год, причем лучше рекомендовать местные санатории.

Дети “угрожаемые по ревматизму” находятся на диспансерном учете по ф. 30 в течение 3 лет. До санации хронической инфекции наблюдаются до 4 раз в год; после санации 2 раза в год. При осмотрах обращается особое внимание на состояние сердечно-сосудистой системы, (пульс, АД, проводятся функциональные пробы). Лабораторное обследование 1 раз в год.

Консультации стоматолога 2 раза в год, ЛОР врача 1 раз в квартал.

Режим у детей – общий

Диета – возрастная.

4.2.4. Содержание диспансеризации детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости (НРПС) (I44 - I45)

Диспансерная группа наблюдения у детей с нарушениями ритма сердца и проводимости, как правило, определяется основным заболеванием. Диспансеризацию этого контингента детей осуществляют участковые педиатры, кардиолог или кардиоревматолог, врачи узких специальностей (невропатолог, эндокринолог ЛОР и др.) и медицинские работники, обслуживающие дошкольные учреждения и школы (табл. 12).

Дети и подростки с функциональными нарушениями ритма сердца в зависимости от их характера относятся ко II или III группе здоровья. Эти пациенты должны проходить обследование не реже 2 раз в год с использованием основных методов функциональной диагностики (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, ритмографическое исследование, велоэргометрия и др.). Стационарное лечение и консультация кардиохирурга проводится по показаниям.

Реабилитационные мероприятия должны включать в себя соблюдение режима, диету, обогащенную калийсодержащими продуктами, витаминотерапию, курсы фитотерапии (психофармакотерапия), метаболические, кардиотрофные препараты, физиотерапевтические мероприятия и санаторно-курортное лечение.

Таблица 12

Содержание диспансеризации детей с нарушениями сердечного ритма и проводимости

Содержание диспансеризации	Группы здоровья		
	II	III	IV
Лабораторно-инструментальное обследование	ЭКГ один раз в квартал	ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания	ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания
Сроки наблюдения в данной группе	До передачи во взрослую сеть		
Периодичность наблюдения	Индивидуальный, не реже 1 раза в год	1 раз в 3 месяца	Первые 6 мес. ежемесячно, далее 1 раз в квартал

Организация лечебно-профилактических мероприятий	1. Лечение хронических очагов инфекции 2.Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии	1. Лечение хронических очагов инфекции 2.Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии 4. ЛФК в поликлинике 5. Госпитализация при ухудшении состояния	1. Лечение хронических очагов инфекции 2.Сезонная поливитаминотерапия 3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии 4. ЛФК в поликлинике 5.Госпитализация при ухудшении состояния 6. Антиаритмическая фармакотерапия 7. Дополнительный день отдыха в школе 8. При социальной дезадаптации оформление инвалидности с детства
Консультации	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям	Невролога, ЛОР, стоматолога, окулиста - по показаниям Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора	
Физкультурная группа в школе	Основная	Подготовительная	Специальная
Прививки	Проводятся без ограничений	Проводятся без ограничений после 6 мес. наблюдения	Проводятся только по эпидемиологическим показаниям

В приложении 4 представлена примерная схема диспансерного наблюдения за детьми и подростками с заболеваниями сердечно-сосудистой системы согласно рекомендациям МЗ и временным отраслевым стандартам.

КЛАСС XIII: БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

4.2.5. Диспансерное наблюдение детей с ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА) (М 08.0)

Основные задачи ревматолога в поликлинических условиях при диспансеризации детей с ЮРА зависят от возраста ребенка, формы и длительности болезни, характера нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата на диспансерном учете до 18 лет.

После выписки из стационара в течение 1 года контроль осуществляется каждые 3 месяца, в последующие годы, если ремиссия стойкая, 1 раз в 6 месяцев (при необходимости – чаще). Контроль включает: осмотр педиатра,

ревматолога, смежных специалистов (оториноларинголог, окулист, ортопед, стоматолог, невропатолог и др.).

Лабораторный контроль предусматривает ранее выявление динамики процесса: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ (СРБ, сиаловые кислоты, серомукоид, белок и фракции), по возможности иммунологическое исследование.

При диспансеризации в поликлинике следует:

- оценить жалобы ребенка, их характер, динамику;
- оценить анамнез за предшествующий осмотру период (болел ли ребенок чем либо, длительность болезни, чем лечится и т.д.);
- осуществить контроль за санацией очагов хронической инфекции (ЛОР-органы, зубы);
- оценить функциональное состояние суставов (скованность, боли, синовит, признаки улучшения или прогрессирования);
- определить рентгенологически стадию артрита (рентгенограмма суставов- 1 раз в год);
- определить наличие, характер и степень остеопороза (рентгенологически-1 раз в год);
- оценить прибавку в росте (за 6 месяцев, за 1 год) и динамику массы тела;
- проводить коррекцию анемии и скрытого железодефицитного состояния (по общему анализу крови, при необходимости определить уровень сывороточного железа);
- оценить эффективность базисной терапии (положительная динамика, отсутствие ее, ухудшение);
- продолжить или своевременно назначить синдромные препараты:
- для улучшения метаболизма – витамин А, группа витаминов В, С, D (водорастворимый);
- энзимотерапию (вобензим, флогензим, мулсал);
- при нарушении трофических процессов назначить рибоксин, эссенциале, кокарбоксилазу и др.;
- при необходимости, курсами 1-2 месяца назначить ангиопротекторы и дезагреганты (курантил, дипиридамола, трентал и др.) в умеренных дозах;
- при незначительных признаках обострения суставного синдрома (без явных гуморальных проявлений) назначить внутрисуставное введение кеналога или дипроспана (2-3 инъекции с интервалом 1 месяц);
- в целях получения антифиброзного эффекта можно рекомендовать курс лечения задитеном (кетотифеном) в течение 3-4 месяцев.
- назначить местное лечение (DMSO, мази, гели, электрофорез с лидазой);
- назначить массаж, ЛФК, закаливание;
- рекомендовать трудотерапию (лепить, шить, рисовать и т.д.);

- Для реабилитации наряду с физиотерапией, массажем, трудотерапией в последние годы стала применяться ревмоортопедия ЮРА. Выделяют консервативную ортопедию и хирургическую.

4.2.6. Диспансерное наблюдение детей с системной красной волчанкой (СКВ) (М32)

Реабилитация больных СКВ включает ряд аспектов:

- медицинский – ранняя диагностика, своевременное адекватное лечение и грамотно организованная поддерживающая терапия;
- профессиональный – выбор профессии по диагнозу и силе больного. Важна правильная ориентация трудовой деятельности, ибо больной СКВ должен четко представлять себе свои возможности. Следует избегать стрессов, контактов с химическими и электромагнитными факторами воздействия. Противопоказана инсоляция;
- психологический – пациент должен знать, что СКВ – это заболевание на всю жизнь, а значит, надо научиться с этим жить.

Следует помнить, что, среди больных СКВ 90 % девушки и молодые женщины. В связи с этим часто обсуждается проблема возможной беременности и родов. При отсутствии поражения почек беременность и роды обычно протекают нормально. Для предотвращения осложнений в родах и в последующем периоде важно учитывать следующее:

- активность болезни должна быть хорошо подавлена перед зачатием ребенка;
- перед родами (за 2-3 недели) и в послеродовом периоде необходимо увеличить дозу гормонов минимум на 25% от поддерживающей;
- противопоказано кормление ребенка грудью.
- У больных СКВ, сопровождающейся поражением почек, часто наблюдается внутриутробная гибель пода.

Необходимо помнить, что больным СКВ следует избегать аборт, кесарева сечения, из контрацептивов лучше использовать механические. Прогноз СКВ зависит от варианта течения, степени вовлечения в процесс ЦНС, почек и других жизненно важных органов и систем. Диспансеризация пожизненная.

4.2.7. Диспансерное наблюдение детей с системной склеродермией (ССД) (М34)

Больные ССД наблюдаются педиатром до передачи во взрослую сеть, ревматологом - пожизненно. Учитывая перечисленные выше терапевтические подходы, врач-ревматолог должен каждые 6 месяцев, оценив состояние пациента, динамику процесса, проводить своеобразную ревизию лечения. Базисные препараты целесообразно менять 1 раз в 2-3 года; своевременно следует назначать контролировать курсы лечения сосудистыми препаратами в сочетании с дезагрегантами. В плановом порядке 1 раз в год проводится ста-

ционарное (углубленное) обследование в условиях ревматологического отделения.

Для планового проведения физиобальнеолечения, массажа, ЛФК можно рекомендовать дневной стационар. Ребенку следует назначить трудотерапию. Дети с ССД, протекающей с быстро прогрессирующими функциональными нарушениями, прежде всего опорно-двигательного аппарата, должны быть переведены на инвалидность.

4.2.8. Диспансеризация детей с синдромом вегетативной дисфункции (СВД) (G90.8)

После выписки из стационара регуляторные и морфофункциональные нарушения ликвидируются не в полной мере, что требует дальнейшей медицинской реабилитации на участке и в местном санатории. Врачом педиатром в течение диспансерного года наблюдения проводится контроль за соблюдением сбалансированного режима дня, адекватной физической активности, коррекции всех выявленных отклонений от здорового образа жизни.

Детям с СВД показано диспансерное наблюдение на участке в течение одного года после выписки из стационара. На педиатрическом участке заполняется необходимая документация «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф. 030/у), «Карта учета диспансеризации» (ф. 131/у).

Реабилитационные мероприятия включают в себя:

- осмотр педиатра, кардиоревматолога, невропатолога - 2 раз в год;
 - осмотр окулиста, ЛОР-врача, стоматолога, эндокринолога - 1 раз в год;
- гастроэнтеролог по показаниям;
- регистрация ЭКГ, ЭХО-КГ - 1 раз в год;
 - соблюдение сбалансированного режима дня;
 - соблюдение диеты;
 - адекватная двигательная активность с использованием оздоровительной ЛФК под контролем врача;
 - психотерапия с соответствующей коррекцией при явлениях психологической дезадаптации, с учетом фенопсихического синдрома, которую проводит психотерапевт;
 - бальнеологическое лечение, закаливание организма (плавание, контрастные ванны, циркулярный душ);
 - физиотерапия (через 6 месяцев после выписки из стационара);
 - массаж (не ранее, чем через 3 месяца после выписки из стационара);
 - ранняя и тщательная санация очагов хронической инфекции;
 - местные санатории, климатические и бальнеологические курорты (Красноярское Загорье, Березка, Белокуриха, Ангара), повторный курс лечения через 6 месяцев.

4.3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (КЛАСС X БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) (J00-J99)

4.3.1. Диспансеризация детей с острой пневмонией (J12-O18)

После выздоровления от острой пневмонии ребенок, лечившийся на дому или выписанный из стационара, находятся на «Д» наблюдении в поликлинике в течение 1 года. Дети, перенесшие острую пневмонию на первом году жизни, посещаются участковым педиатром в первые 3 дня после выписки из стационара. Дети первых трех месяцев наблюдаются в течение 6 мес. по выздоровлению 2 раза в месяц, затем один раз в месяц.

Дети, перенесшие острую пневмонию в возрасте 3-12 мес. наблюдаются в течение года раз в мес.

Дети, заболевшие в возрасте от года до 3 лет, наблюдаются раз в 2 мес., старше 3 лет раз в квартал.

Школьники освобождаются от физкультуры на 3 мес.

При повторной пневмонии за время «Д» наблюдения проводится консультация пульмонолога, иммунолога. Профилактические прививки разрешаются через 3-4 нед. после выздоровления. Группа здоровья 2.

4.3.2. Содержание диспансеризации детей с хроническим бронхитом(J42)

Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр- 2 раза в год, ЛОР и стоматолог -2 раза в год, пульмонолог-1 раз в год, аллерголог и иммунолог - по показаниям, ОАМ и ОАК при обострении и после интеркуррентных заболеваний. Рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, реакция Манту, спирография и ФГС по показаниям. Школьники освобождаются от физкультуры на 1 мес. после обострения, далее постоянно занятия в подготовительной группе. «Д» наблюдение 2 года. Группа здоровья 2.

4.3.3. Содержание диспансеризации детей с хронической обструктивной легочной болезнью (J44)

Диспансерное наблюдение специалистами: педиатр при легком течении болезни - 2 раза в год, среднетяжелом – 4 раза в год, при тяжелом- 6 раз в год. Осмотры ЛОР и стоматолога - 2 раза в год с санацией хронической инфекцией у всех членов семьи. Осмотр пульмонолога - 1 раз в год, фтизиатр и торакальный хирург – по показаниям.

ОАМ и ОАК перед каждым «Д» осмотром. Спирография 2 раза в год, цитология мокроты, посев на флору и чувствительность к антибиотикам 1 раз в год. Рентгенография грудной клетки по показаниям.

Противорецидивные курсы лечения 2 раза в год при отсутствии деформации бронхов, при их наличии - 4 раза в год. Занятия физкультурой для школьников постоянно в спецгруппе, ЛФК. При хронической пневмонии 3 ст. детям организуется индивидуальное обучение на дому без посещения школы. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых обострениях и наличии сердечно-легочной недостаточности. Инвалидность на-

значают при стойкой дыхательной недостаточности II и более степеней до 18 лет. «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

4.3.4. Содержание диспансеризации детей с бронхиальной астмой (J45)

Участковый педиатр и аллерголог осматривают пациента с тяжелой бронхиальной астмой 1 раз в месяц. С легкой и среднетяжелой степенью - 1 раз в 3 мес., при длительном межприступном периоде 2 раза в год, ЛОР и стоматолог - 2 раза в год, аллерголог – 2 раза в год. ОАМ и ОАК 1 раз в 3 мес., кал на яйца глистов и лямблии 2 раза в год, спирография 2 раза в год, рентгенография грудной клетки по показаниям.

При легкой и тяжелой степени бронхиальной астмы дети посещают школу. При тяжелом течении – обучение на дому. Освобождение от переводных экзаменов постоянное при частых приступах. Освобождение от занятий физкультурой для школьников на 1 мес. после приступа, далее - постоянно в спецгруппе, при тяжелой форме занятия в группе ЛФК. Инвалидность при тяжелой форме БА сроком на 2 года, при гормонозависимой форме – сроком до 18 лет. «Д» наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-V.

4.4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК И МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

КЛАСС IV: БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ (N00-N99)

Условия проведения диспансерного наблюдения и реабилитации больных с заболеваниями почек отражены в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации № 380 от 22 октября 2001 года.

При организации диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями почек чрезвычайно важно и необходимо соблюдение принципов:

1. Этапность наблюдения в поликлинике, стационаре (специализированном или соматическом), местном санатории и на курорте;
2. Согласованность в решении вопросов диагностики и прогноза с медицинским генетиком (при наличии в семье заболеваний почек, обменных нарушений, патологии сердечно сосудистой системы);
3. Преемственность проведения консервативной и заместительной терапии при ХПН.

Задача диспансеризации в поликлинике при болезнях почек заключается в продолжении лечения, рекомендованного стационаром, сезонной профилактике, лечении в период интеркуррентных заболеваний, выявлении и санации очагов хронической инфекции, лечении в случае обострения хронического процесса.

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

- Пиелонефритами,
- Гломерулонефритами,
- Дети с дисметаболическими нефропатиями.

4.4.1. Диспансеризация детей с пиелонефритом:

Острый пиелонефрит (N10) - срок наблюдения 3 года (острый вторичный пиелонефрит - 5 лет)

Частота осмотра специалистов - педиатр 1-й год 1 раз в месяц; 2-й год 1 раз в 2-3 мес.; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог - 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1-2 раза в год. Стоматолог - 1 раз в год, отоларинголог - 1 раз в год, гинеколог - 1 раз в 6 мес., уролог - 1 раз в год.

Симптомы, которые требуют внимания: общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), изменение размеров почек при УЗИ.

Дополнительные методы исследования - анализ мочи: первые 6 месяцев - 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) - 1 раз в 3 мес. Клинический анализ крови 1 раз в год. Проба Зимницкого - 1 раз в 6-12 мес. Посев мочи 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год (при вторичном ПН). Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия - по показаниям). Суточная экскреция оксалатов и уратов по показаниям.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - снятие с учета через год от полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара.

Хронический пиелонефрит (N11) - срок наблюдения - пожизненно:

Частота осмотра специалистов - педиатр 1-й год 1 раз в месяц; 2-й год 1 раз в 2 мес.; затем 1 раз в 3 месяца. Нефролог - при хр. первичном ПН 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1-2 раза в год; при хр. вторичном 1 год 1 раз в 3 мес., 2-ой год 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. При снижении функции почек 1 раз в 3 мес. Окулист – при снижении функции почек - 1 раз в 6 мес. Стоматолог - 1 раз в 6 мес.

Симптомы, которые требуют внимания: общее состояние, величина АД, клинические признаки пиелонефрита, мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия, состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого), биохимические изменения крови (повышение креатинина и мочевины). Клинические признаки почечной недостаточности. Изменение размеров почек при УЗИ.

Дополнительные методы исследования - анализ мочи: хронический первичный - 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) - 1 раз в месяц. Хронический вторичный - 1-й год 1 раз в 10 дней, затем 1 раз в месяц. Проба Нечипоренко 1 раз в 2 мес., посев мочи 1 раз в 3 мес. Проба Зимницкого 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в 6 мес. и при интеркуррентных заболеваниях. Биохимический анализ крови (креатинин, мочевина) при первичном 1 раз в год, при вторичном - 1 раз в 6 мес. Исследование функции почек 1 раз в 6 мес. Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия) - 1 раз в год. Исследование мочи на оксалаты и ураты по показаниям, но не менее 1 раза в год. Посев мочи на ВК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - снятие с учета через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара при первичном хроническом пиелонефрите, при отсутствии признаков ХПН. Дети с хроническим вторичным пиелонефритом с учета не снимаются.

4.4.2. Диспансерное наблюдение за детьми с инфекциями нижних мочевых путей

(N 39.0) - наблюдение в течение 1 года

Частота осмотра специалистов - педиатр первые 3 мес. 1 раз в месяц; далее 1 раз в 3 мес.; Нефролог — 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1-2 раза в год. Гинеколог - 1 раз в 3-6 мес., остальные специалисты по показаниям.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, субфебрилитет, боли в животе или пояснице, дизурические явления. Мочевой синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия. Изменения в анализе крови — лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, СОЭ. Клинические проявления вульвита.

Дополнительные методы исследования — клинический анализ крови - 1 раз в 6-12 мес. Общий анализ мочи: первые 3 месяца - 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц, в течение 1 года, далее по показаниям; Биохимический анализ мочи по показаниям; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) - 1 раз в мес. 3 месяца и при интеркуррентных заболеваниях, далее 1 раз в 3 мес. Посев мочи 1 раз в 3 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год (при вторичном ПН). Инструментальное обследование (УЗИ, урография, нефросцинтиграфия по показаниям). Суточная экскреция оксалатов и уратов по показаниям.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - снятие с учета через 6 месяцев при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания в условиях поликлиники или стационара.

4.4.3. Диспансерное наблюдение за детьми с дисметаболическими нефропатиями - до перевода во взрослую поликлинику

Частота осмотра специалистов - педиатр 1 раз в месяц в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 3 мес.; нефролог - 2 раза в год, уролог 1 раз в 2 года. Другие специалисты по показаниям.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, субфебрилитет, боли в животе или пояснице, дизурические явления. Мочевой синдром (лейкоциты, эритроциты, белок), бактериурия. Изменения в анализе крови - лейкоциты, эритроциты, СОЭ.

Дополнительные методы исследования: Общий анализ мочи ежемесячно, желательно с определением морфологии мочевого осадка, проба Зимницкого, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристаллообразующей способности мочи, УЗИ почек, пробы функционального состояния почек, биохимические исследования (аммиак, титруемые кислоты, суточной мочи, активность фосфолипазы, лак-

татдегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. По показаниям рентгенологическое обследование.

4.4.4. Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом

Острый гломерулонефрит (N 00 -08) - срок наблюдения 5 лет

Частота осмотра специалистов - педиатр первые 3 месяца 2 раза в месяц, с 3 до 12 мес. 1 раз в месяц; затем 1 раз в 2-3 мес. Нефролог - 1-й год 1 раз в 3 мес., затем 1- 2 раза в год. Стоматолог - 1 раз в 6 мес., отоларинголог - 1-2 раза в год.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия).

Дополнительные методы исследования - анализ мочи: первые 6 месяцев - 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; количественные анализы мочи (Амбурже или Нечипоренко) - 1 раз в 3 мес. Суточная моча на белок 1 раз в мес., при ремиссии 1 раз в 6 мес. Клинический анализ крови 1 раз в год. Проба Зимницкого - 1 раз в 6 мес. Посев мочи 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Исследование функции почек - 1 раз в год.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - снятие с учета через 5 лет полной клинико-лабораторной ремиссии после обследования в условиях стационара.

Хронический гломерулонефрит (N 03) - срок наблюдения – пожизненно

Частота осмотра специалистов - педиатр 1-2 год 1 раз в месяц; затем 1 раз в 2-3 мес. При снижении функции почек - ежемесячно. Нефролог - 1 раз в 2-3 мес. Стоматолог, отоларинголог, окулист 1 раз в 6 мес.

Симптомы, которые требуют внимания - общее состояние, величина АД, диурез, отеки; мочевого синдром (лейкоциты, эритроциты, белок); состояние функции почек (клиренс эндогенного креатинина, проба Зимницкого); изменения в анализах крови (лейкоциты, тромбоциты, СОЭ); нарушение минерального обмена (гипогликемия, гипокальциемия, гипокалиемия, глюкозурия, гипонатриемия). Клинические признаки почечной недостаточности. Состояние ЖКТ, костной и эндокринной системы у детей, получающих кортикостероидную и цитостатическую терапию.

Дополнительные методы исследования - анализ мочи при обострении: 1 раз в 15 дней, затем 1 раз в месяц; Суточная моча на белок и по Аддису 1 раз в 15 дней, при ремиссии - 1 раз в 6 мес. Биохимический анализ крови (протеинограмма, креатинин, мочевины, холестерин) 1 раз в 6 мес. Исследование функций почек - 1 раз в 6 мес. Посев мочи на БК и осмотр фтизиатра 1 раз в год.

Критерии эффективности диспансерного наблюдения - достижение длительной ремиссии и отсутствие признаков хронической почечной недостаточности.

4.5. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

КЛАСС XI: БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ (K00-K93)

4.5.1. Диспансеризация детей с болезнями печени (K70-K77)

Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, неактивная фаза.

Врач-педиатр 1 раз в квартал. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза, альдолаза). Дуоденальное зондирование 1 раз в 3-6 мес. Клинический анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 3 мес. Кал на цисты лямблий и глист. Моча на желчные пигменты и уробилин 1 раз в мес. Снятие с учета при отсутствии увеличения печени, селезенки, отсутствии желтухи, геморрагий, нормализации функциональных проб печени, дуоденального содержимого и анализов крови, т.е. отсутствие обострений в течение 2-х лет.

Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, активная фаза. Врач-педиатр не реже 2 раз в мес. То же, что и при неактивной фазе, но функциональные пробы печени 1 раз в 10-14 дней, остальные анализы по показаниям. Снятие с учета так же, как и при неактивной фазе.

Цирроз печени: сформированная и терминальная стадия. Врач-педиатр не реже 1 раза в мес. Функциональные пробы печени и общий анализ крови (обязательно тромбоциты) по показаниям – не реже 1 раза в мес. Рентгенография пищевода 1 раз в год. Дуоденальное зондирование противопоказано. С учета не снимать, систематический контроль за общим состоянием (размерами печени, селезенки, желтухой, асцитом и т.д.), функциональными пробами печени и анализами крови.

4.5.2. Диспансеризация детей с болезнями печени и желчевыводящих путей (K80-87)

Болезни желчных путей (холециститы, холецистохолангиты, дискинезия желчевыводящих путей). Врач – педиатр каждые 2-3 месяца в течение 1 года после обострения, каждые 6 месяцев в течение последующих лет, оториноларинголог, стоматолог по показаниям. При необходимости консультация гастроэнтеролога. Кал на цисты лямблий и яйца глист. Дуоденальное зондирование не реже 1 раза в 3 месяца. В течение первого года после выписки из стационара. В дальнейшем по показаниям. Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протеинограмма, протромбин, трансаминаза). Снятие с учета при отсутствии обострения, увеличения печени, болез-

ненности в правом подреберье и эпигастрии, при нормальном дуоденальном содержимом в течение 1,5 -2-х лет.

4.5.3. Диспансеризация детей с болезнями ЖКТ (K20-K63)

Хронический гастрит и дуоденит. Врач-педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, фракционное исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование; рентгеноскопия желудка (по показаниям), копрограмма, кал на яйца глистов и лямблии; посев на флору (по показаниям). Нормализация веса, отсутствие жалоб, нормализация желудочной секреции; снятие с учета не раньше, чем через 2 года после исчезновения основных симптомов.

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Врач-педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год. Анализ крови, кал на скрытую кровь, рентгенография желудка и 12-перстной кишки, фракционное исследование желудочного сока (при отсутствии пищи в желудке). Восстановление веса, отсутствие обострений и осложнений, нормализация кислотности, рентгенологических данных. С учета не снимаются и в 15 лет передаются под наблюдение в поликлинику для взрослых.

4.6. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

КЛАСС IV БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ, РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ И НАРУШЕНИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ (E00-E90)

4.6.1. Диспансерное наблюдение за детьми с сахарным диабетом (E 10-E 14)

Сахарный диабет - инсулиновая недостаточность. Диагноз ставится на основании пробы на толерантность к глюкозе в дозе 1,75 г/кг (не более 75 г). «Д» наблюдение: педиатр и эндокринолог 1 раз в мес., окулист, невролог и стоматолог 2 раза в год, ЛОР 1 раз в год. При осмотре обратить внимание на: общее состояние ребенка, состояние кожи, печени. Следить за массой, длиной тела, темпами полового развития. Определение глюкозы крови и мочи, ацетона в крови и мочи 1 раз в 3 мес. Определение микроальбуминурии 1 раз в 3 мес., остроты зрения и глазного дна 1 раз в 3 мес., ЭКГ, реоэнцефалография, реовазография 1 раз в 6 мес. ОАК и ОАМ 1 раз в 6 мес., рентгенограмма грудной клетки 1 раз в год. Профилактические прививки проводятся в состоянии компенсации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.2. Диспансерное наблюдение за детьми с гипотиреозом (E 03)

Гипотиреоз - обусловленный сниженной продукцией тиреоидных гормонов или отсутствием чувствительности к ним в тканях. Диспансеризацию осуществляют педиатр и эндокринолог. Она предполагает два этапа. 1 этап –

родильный дом. Проводится скрининг-тест на гипотиреоз. 2 этап - педиатрический учет. Осмотр и обследование в возрасте: 14 дней, через 4-6 недель, далее ежеквартально на первом году жизни, до 3-х лет 1 раз в 6 мес., затем 1 раз в год. Обращается внимание на состояние кожи, АД, пульс, за сроками прорезывания зубов, длиной тела, психическим развитием. Невролог в 1 и 2 года, психиатр в 3 года, окулист в 2 и 3 года, сурдолог в 2 года. Проводится рентгенография костей - 1 раз в год для контроля за динамикой костного возраста. Далее специалисты осматривают ребенка ежегодно. ТТГ, Т₃ и Т₄ в 14 дней, через 4-6 недель, далее ежеквартально до года. ТТГ, Т₃ и Т₄, ОАК, липидограмма 1 раз в 6 мес. Профилактические прививки не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.3. Диспансерное наблюдение за детьми с эндемическим зобом (E 01.0)

Эндемический зоб - проявление йодной недостаточности. Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог- 1 раз в 6 мес. ТТГ, Т₃ и Т₄, биохимический анализ крови, анализ крови натошак, липидограмма, ОАК, ОАМ, ЭКГ, АД, подсчет пульса. Оценивается физическое развитие, УЗИ. Профилактические прививки в период компенсации не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

Зоб токсический диффузный

Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог- 1 раз в 6 мес. ТТГ, Т₃ и Т₄, биохимический анализ крови, сахар крови натошак, липидограмма, ОАК, ОАМ, ЭКГ, АД, подсчет пульс; оценивается физическое развитие, УЗИ. Профилактические прививки в периоде компенсации не противопоказаны. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.4. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями гипоталамо - гипофизарной системы

Гипофизарный нанизм (E23) - генетическое заболевание, обусловленное абсолютным или относительным: дефицитом СТГ в организме, приводящим к задержке роста скелета, органов и тканей. Диспансерное наблюдение проводит педиатр и эндокринолог 1 раз в 3-6 мес., обращают внимание на длину и массу тела, пропорции, состояние кожных покровов и распределение подкожно-жирового слоя, АД, пульс, динамика полового развития, степень гипотиреоидных наслоений. Дополнительные обследования по состоянию. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.5. Диспансерное наблюдение за детьми с несахарным диабетом

Заболевание, обусловленное абсолютным или относительным дефицитом АДГ. Педиатр - эндокринолог, 1 раз в 3 месяца; консультация окулиста, отоларинголога, невролога по показаниям. Обращают внимание на массу, длину тела, количество выпитой за сутки; жидкости, диурез, динамику полового развития. Диспансерное наблюдение постоянное. Прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении выздоровления - сомнительный.

**4.6.6. Диспансеризация детей с заболеваниями надпочечников:
хроническая недостаточность надпочечников (болезнь Аддисона)
(Е 27.1); врожденная гиперплазия коры надпочечников
(адреногенитальный синдром (Е27), синдром Иценко-Кушинга (Е 24)**

Наблюдение педиатра и эндокринолога 1 раз в месяц в остром периоде в стадии компенсации 1 раз в 3 месяца. По показаниям консультация окулиста, невропатолога, фтизиатра. Наблюдение за АД, половым развитием, массой и длиной тела, жиротложением, общим состоянием. Дополнительные обследования: общий анализ крови, сахар крови и мочи, определение 17-ОКС крови и мочи, электролиты (натрий, калий, хлориды, кальций). Туберкулиновые пробы по показаниям, рентгенография по показаниям (кости, легкие). Другие обследования в зависимости от ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.6.7. Диспансеризация детей с ожирением (Е 66)

Ожирение - патологический избыток триглицеридов в организме, приводящий к увеличению массы тела на 10% и более от средних нормальных величин. Диспансерное наблюдение: педиатр и эндокринолог 1 раз в 3 мес., далее 1 раз в 6-12 мес. Окулист, невропатолог 1 раз в год. Наблюдают за состоянием кожи и сердечно-сосудистой системы, АД, массой и длиной тела. Определение глюкозы крови и мочи натощак, кортизола, АКТГ, половых гормонов, сахарная кривая, липидограмма, УЗИ органов брюшной полости, глазного дна и полей зрения 1 раз в 6-12 мес. Снимается с учета по нормализации веса.

4.7. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ

**КЛАСС III БОЛЕЗНИ КРОВИ, КРОВЕТВОРНЫХ ОРГАНОВ И
ОТДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВОВЛЕКАЮЩИЕ ИММУННЫЙ
МЕХАНИЗМ (D50-D89)**

**4.7.1. Диспансерное наблюдение за детьми с железодефицитной анемией
(D 50)**

Диспансерное наблюдение педиатром в остром периоде 1- 2 раза в месяц, в период ремиссии 1 раз в 3 месяца. Гематолог по показаниям. Обращают внимание на общее состояние, состояние печени, селезенки, ЖКТ, сердечно-сосудистой систем. Анализ крови 1 раз в 2 недели, в период ремиссии - 1 раз в 3 месяца, определение сывороточного железа. С учета снимают через год при нормальных показателях гемограммы. Профилактические прививки через 6 месяцев при нормализации показателей крови.

**4.7.2. Диспансерное наблюдение за детьми с тромбоцитопенической
пурпурой (D69)**

Тромбоцитопеническая пурпура - клинико-гематологический синдром, относится к геморрагическим диатезам. Диагноз устанавливается на основа-

нии снижения числа тромбоцитов (нижняя граница нормы тромбоцитов у детей колеблется от $100 \times 10^9/\text{л}$).

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог на первом году 1 раз в мес., далее 1 раз в 3 мес. до 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов, время кровотечения в первые 3 мес. каждые 2 недели, далее 9 мес. 1 раз в месяц, далее 1 раз в 2-3 мес., по показаниям чаще. Освобождение от занятий физкультурой дошкольников на 1 мес. после выздоровления, далее - постоянная специальная группа. Диспансеризация при остром течении 3 года, а при хроническом - до 18 лет. Профилактические прививки по ситуации.

4.7.3. Диспансерное наблюдение за детьми с геморрагическим васкулитом (D69.0)

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц на первом году наблюдения, далее 2 раза в год; аллергологом и другими специалистами по показаниям. Анализ крови и анализ мочи общий в первые 3 месяца ежемесячно, далее 1 раз в 3 мес., при абдоминальном синдроме - кал на скрытую кровь, коагулограмма по показаниям. Освобождаются школьники от занятий физкультурой на 3 месяца, далее подготовительная группа на 1 год.

Инвалидность оформляется при патологических состояниях, возникающих при геморрагическом васкулите с длительностью течения более 2 мес., сроком от 6 месяцев до 2 лет. Диспансерное наблюдение 3 года.

4.7.4. Диспансерное наблюдение за детьми с гемофилией (D66)

Диспансерное наблюдение: педиатра в период ремиссии 1 раз в мес. гематолог - 2 раза в год, ортопед по показаниям. Обращают внимание на наличие геморрагического синдрома, функциональное состояние суставов. Анализ крови с определением свертывающей системы крови, общий анализ мочи 1 раз в 2 месяца, коагулограмма по показаниям. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляется при тяжелых формах коагулопатий сроком до 18 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.7.5. Диспансеризация детей с гемолитическими анемиями (D 55 -D 59)

Диспансерное наблюдение: педиатр 1 раз в мес., гематолог 2 раз в год, другие специалисты по показаниям. Анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, микросферитов 1 раз в месяц; билирубин, трансаминазы - 1 раз в 3 мес.

Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляется при анемических кризах чаще одного раз в год со снижением Hb менее 100 г/л . При анемии Минковского-Шоффара дети могут быть сняты с диспансерного учета через 4 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов. Профилактические прививки по ситуации.

4.7.6. Диспансеризация детей с апластическими анемиями (D60 -D 64)

Диспансерное наблюдение: педиатр и гематолог 1 раз в месяц, другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на: бледность, геморрагический синдром, состояние печени, селезенки, сердечно-сосудистой системы, нарушение функции ЖКТ. Анализ крови с подсчетом тромбоцитов 1 раз в месяц. Занятия в школе физкультурой противопоказаны. Инвалидность оформляют при врожденных и приобретенных апластических анемиях и гипопластических состояниях на фоне изменений периферической крови (Hb ниже 100 г/л, тромбоциты ниже $100 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты менее $4 \times 10^9/\text{л}$) сроком до достижения 18-ти лет. Профилактические прививки индивидуально, с учетом эпидемиологической ситуации. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.7.7. Диспансерное наблюдение за детьми с лейкозами (C91.0-C95.0)

Лейкозы общее название злокачественных опухолей, возникающих из кроветворных клеток. Острый лейкоз диагностируется при наличии более 30% бластных клеток в мазке костного мозга.

Диспансерное наблюдение: педиатр в период ремиссии 1 раз в 2 недели, гематолог 1 раз в мес. другие специалисты по показаниям. Обращают внимание на геморрагический синдром, периферические лимфоузлы, печень и селезенка, яички, состояние нервной системы, цвет мочи. Анализ крови не реже 1 раза в 2 недели, с определением тромбоцитов, миелограмма по показаниям, биохимический анализ крови 1 раз в 3 мес. и при подозрении на обострение. Детям не показана смена климатических условий. Ребенок освобождается от посещений школы, профилактических прививок, занятий физкультурой. Организуется обучение на дому. Назначается инвалидность сроком на 5 лет. Наблюдение до передачи во взрослую сеть.

4.7.8. Диспансерное наблюдение за детьми с лимфогранулематозом (C81)

Диспансерное наблюдение - в онкологическом центре или у гематолога и течение лет после достижения полной ремиссии. Кратность клинико-лабораторного контроля зависит от срока наблюдения. При подозрении на обострение срочная госпитализация. Обращают внимание на общее состояние, температуру, размеры лимфоузлов, печени, селезенки, показатели периферической крови, В периоде ремиссии анализ крови 1 раз в месяц, рентгенограмма грудной клетки 2 раза в год. После облучения области шеи показано исследование концентрации T_3 , T_4 , ТТГ на 1-2 -м году наблюдаются каждые 6 мес., затем - ежегодно; юношам 16-13 лет и девочкам старше 15 -ти летнего возраста при аменорее показало исследование концентрации половых гормонов. Необходима социальная адаптация больного.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ФОРМА №30/У-04

«Контрольная карта диспансерного наблюдения»

Фамилия врача _____

Должность _____

Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребёнка) _____

1. Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение _____

Дата взятия на учёт _____

2. Диагноз установлен впервые в жизни _____ (дата)

3. Код по МКБ _____

Дата снятия с учёта _____

4. Сопутствующие заболевания _____

Причина снятия _____

5. Заболевание выявлено:

5.1. при обращении за лечением

5.2. при профосмотре

6. Код льготы _____

7. Фамилия, имя, отчество _____

8. Пол М/Ж _____ 9. Дата рождения _____

10. Адрес проживания _____

11. Место работы (учёбы, дошкольное учреждение) _____

12. Профессия (должность) _____

13. Контроль посещений _____

Даты явок

Назначено явиться _____

Явился _____

Оборотная сторона ф. №030/у

14. Сведения об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях _____

15. Проводимые мероприятия (лечебно-профилактические, направление на консультацию, в дневной стационар, госпитализацию, на санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

№ п/п _____

Дата начала _____

Дата окончания _____

Мероприятия _____

Подпись врача _____

- Для типографии! При изготовлении документа формат А5

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЁТНОЙ ФОРМЫ №030/У-04

«Контрольная карта диспансерного наблюдения»

«Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее — Карта) заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кроме специализированных (противотуберкулёзных, онкологических, психоневрологических и наркологических) учреждений, для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. В кожно-венерологических учреждениях карты заполняются только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом (на больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эти формы не заполняются); в онкологических — на больных с предопухолевыми заболеваниями.

Карта заполняется на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л». Диагноз заболевания указывается в правом верхнем углу карты, отмечается дата установления диагноза, код по Международной классификации болезней (далее — МКБ) и путь его выявления: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре, отмечаются сопутствующие заболевания. Там же проставляется код льготы.

Карта используется для контроля за посещениями больных, в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения, для чего в пункте 13 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

В пункт 14 вписываются сведения об изменении диагноза, о сопутствующих заболеваниях, возникающих осложнениях, в пункт 15 — о проводимых мероприятиях: лечебно-профилактических, направлениях на консультацию, лечение в дневном стационаре, госпитализацию, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, перевод на инвалидность и т.д.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение, желательно по месяцам назначений явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных на диспансерный осмотр, пропустивших срок явки. Карты

на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, рекомендуется хранить отдельно.

Карта используется для составления отчётной формы государственного статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», контроля выполнения плана индивидуального диспансерного наблюдения.

Приложение 2

Министерство Здравоохранения

Учетн.ф.№030/у

Утверждена Министерством
Здравоохранения СССР

ГДБ №1, пол-ка №1

наименование учреждения

№ или шифр медицинской карты

(диспансерной истории болезни _____)

Фамилия врача Иванова В.П.

Контрольная карта диспансерного наблюдения

Дата взятия на учет 15.05.2009г.

снятия с учета _____

Ранее состоял на учете в _____

с _____ по _____

с диагнозом _____

Хр. гастродуоденит

повод для диспансерного наблюдения, заболевание

Работник учреждения, предприятия * _____

Название профвредности _____

Подлежит медосмотру 4 раз в году _____

Отметка об отсылке извещения _____

1. Фамилия, имя, отчество Иванов Саша, 9 лет

2. Пол М 3. Год рождения 2000г. 4. Адрес Ленина, 149 - 2

5. Место работы (учебы) и профессия шк. 32, 3 «В»

6. Контроль посещений (амбулаторных и на дому) _____

Назначено явиться	<u>15.08.09</u>							
Явился								
Назначено явиться								
Явился								

* Вписать – пищевого, коммунального, детского, промышленного, совхоза, МТС, колхоза.

(Обратная сторона формы №030/у)

7. Записи об изменении диагноза* (результаты осмотров – для осматриваемых в порядке периодических осмотров)

Дата	Диагноз	Группа или стадия при ТБК – БК +	Дата	Диагноз	Группа или стадия при ТБК – БК +

При снятии с учета указать причину снятия, в случае смерти – причину смерти, умер – дома, в больнице

8. Особые отметки (методы исследования, методы, сроки и результаты лечения, сведения о госпитализации)

9. Для больных хроническими инфекционными заболеваниями: осмотрено контактов _____ выявлено больных, ранее неизвестных (с указанием стадии или группы диспансерного учета) _____ источник заражения выявлен и привлечен на лечение – да, нет (подчеркнуть), диагноз

(вписать).

Подпись врача

В первой строке записывается первичный диагноз независимо от времени и места его установления, во второй – диагноз в момент взятия на учет данным учреждением (с указанием стадии заболевания), группы – клинической, диспансерного учета, осложнений: диагноз, установленный впервые в жизни, отмечается знаком +. В последующих строках записываются изменения стадий заболеваний, групп.

СХЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ЭПИКРИЗА НА ДИСПАНСЕРНОГО РЕБЕНКА

Оформляется в 1 месяц (по окончании неонатального периода), в 1 год, затем ежегодно.

Отклонения в онтогенезе:

Генеалогический анамнез: изменения, наследственная отягощенность, угроза риска для пробанда, реализация, дальнейший риск.

Социальный анамнез: группа риска в случае неблагополучия.

Биологический анамнез: сумма баллов перинатального риска, направленность, реализация риска, появление новых факторов, реализация риска, сведения за прошедший период, вскармливание, мероприятия по предупреждению реализации риска, вакцинация.

Резистентность: кратность заболеваний. Индекс острой заболеваемости (Иоз).

Физическое развитие: антропометрия, биологический возраст, половая формула.

Нервно-психическое развитие: Для дошкольников психометрия.

Функциональное состояние: поведение, эмоциональный статус, самочувствие, функциональное состояние органов и систем: ЧД, ЧСС, АД, стигмы и т. д. Интерпретация анализов и инструментальных исследований. Заключение специалистов.

Заключение:

1. Уровень физического развития.
2. Уровень НПР.
3. Резистентность.
4. Диагноз.
5. Группа здоровья.

Рекомендации:

План дальнейшего наблюдения:

Примерная схема диспансерного наблюдения детей при некоторых заболеваниях (утверждена Министерством здравоохранения СССР 10 апреля 1974г.)

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Внутричерепная родовая травма у недоношенных детей	Педиатр, психоневролог – в первом полугодии 1 раз в 2 месяца (при наличии судорог 1 раз в месяц), во втором полугодии – 1 раз в 3 месяца. На 2-м году жизни – 1 раз в квартал (при наличии судорог чаще). Логопед по показаниям. Консультации: окулиста, отоларинголога, ортопеда, логопеда, физиотерапевта	Вне зависимости от формы внутричерепной травмы в течение первого года обращается внимание на становление статических и моторных функций, на позу и положение ребенка, состояние мышечного тонуса конечностей (гипертония) и сухожильных рефлексов, черепно-мозговую иннервацию. На особенности поведения и сна (повышенная возбудимость). На 2-м году жизни и в последующем на развитие речи, состояние зрения, состояния слуха, особенности поведения (апатия, возбудимость) нарушение сна. Динамика физиологических рефлексов	Вне зависимости от формы внутричерепной травмы: 1. Регулярные неврологические осмотры. 2. При подозрении на микро- и гидроцефалию – краниография. 3. При подозрении на судорожные состояния – ЭЭГ. 4. Наблюдать за состоянием родничков, черепных швов, размерами окружности головы	Длительное катамnestическое наблюдение невропатолога за детьми и своевременная коррекция обнаруженных расстройств. Лечение в домашних условиях под наблюдением поликлиники	Вне зависимости от формы внутричерепной травмы: нормализация или значительное улучшение статических и моторных функций, улучшение статических и моторных функций, улучшение умственного развития, прекращение или значительное урежение судорожных состояний

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Рахит активный	Педиатр 1 раз в месяц, в стадии разгара – 1 раз в 2 недели. Хирург, ортопед и другие специалисты по показаниям	Анамнез жизни ребенка. Состояние нервной, мышечной, костной, пищеварительной, сердечнососудистой, дыхательной, кроветворной систем. Оценка физического и нервно-психического развития. Учет количества принятого витамина D и E. Особенности питания	Анализ крови (Hb, эритроциты) 1 раз в месяц, клинический анализ как 1 раз в год. Определение кальция и фосфора крови, фосфатазы. Анализ мочи по Сулковичу, при показаниях повторно	Организация рационального вскармливания. Пребывание на свежем воздухе. Массаж, гимнастика, закаливание. Медикаментозное, противорахитическое лечение, УФО, витаминотерапия. После выздоровления профилактика рецидивов	Клиническое выздоровление. Снятие с учета через 12 месяцев при отсутствии рецидивов
Экссудативный диатез (детская экзема и связанные с этим состояния)	Педиатр 1 раз в месяц, дерматолог, аллерголог и другие специалисты по показаниям	Анамнез жизни ребенка. Причины вызывающие обострения экссудативного диатеза. Питание матери во время беременности и кормления грудью, режим ребенка и особенности его питания. Состояние кожи и слизистых оболочек, тургор тканей, сопутствующие заболевания, физическое развитие	Клинический анализ крови, мочи, кала на яйца глистов и простейшие 2 раза в год. Контроль за динамикой массы тела	Устранение причин, вызывающих обострение. Полноценное питание с достаточным содержанием основных пищевых ингредиентов (Б, Ж, У, минеральных веществ и витаминов). Широкое использование овощей, фруктов; постепенное введение их в рацион каждого нового блюда. Витаминотерапия. Массаж, гимнастика, УФО. Сон и прогулки на воздухе. Десенсибилизирующие.	Хороший эмоциональный тонус. Стойкое уменьшение или полное исчезновение проявлений экссудативного диатеза. Удовлетворительный тургор тканей. Нормальные показатели гемоглобина
Расстройства питания	Педиатр 1 раз в 2 недели при показаниях – чаще. Специалисты	Аппетит, стул. Причины, вызывавшие расстройства питания. Эмоциональный	Антропометрия. Клинический анализ крови, мочи, кал на яйца гли-	Устранение причин, вызывавших расстройство питания. Рациональное	Хороший эмоциональный тонус, нормальные показатели, розовая эла-

Состояния и заболеваний, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
	по показаниям	тонус. Показатели (расчет дефицита массы тела), цвет, эластичность кожных покровов и слизистых оболочек тургор тканей, выраженность подкожного жирового слоя; состояние костно-мышечной системы	стов и простейшие, повторно при показаниях	питание. Расчет питания на должную массу тела по фактически съеденной пище с последующей коррекцией питания. Витамины - и ферментотерапия. Массаж, гимнастика, УФО, свежий воздух, уход, воспитание	стичная кожа, удовлетворительный тургор тканей. Нормальные показатели гемоглобина
Ревматизм	Участковый педиатр, ревматолог после атаки в течение квартала ежемесячно, затем 1 раз в квартал: неактивная фаза 2 раза в год. После перенесенной ангины или ОРЗ – ревматолог в течение 3 недель. Осмотр ЛОР, стоматологом 2 раза в год. Офтальмолог – по показаниям	Анамнез. Жалобы, общее состояние. 1. Состояние сердечно-сосудистой системы (нарастание или уменьшение сердечных изменений) 2. Появление признаков активного ревматического процесса. 3. Состояние миндалин, зубов, придаточных пазух носа. 4. адаптацию к физической нагрузке. 5. Частоту заболеваний ангины, острыми респираторными заболеваниями. 6. Состояние компенсации сердечносудистой деятельности	Термометрия. Артериальное давление, пульс, ЭКГ, ФКГ, клинический анализ крови 2 раза в год, по показаниям повторно. После перенесенной ангины, острого респираторного заболевания необходим контроль крови, ЭКГ	Режим. Дополнительный выходной день (по показаниям). 1. Соблюдение этапного лечения: стационар, местный санаторий, поликлиника. 2. Закаливающие процедуры, занятия ЛФК 3. Санация очагов хронической инфекции. 4. Бициллино-аспириновая профилактика рецидивов. 5. Лечение ангины с обязательным применением антибиотиков не менее 10 дней. 6. По показаниям повторное лечение в спешке	1. Отсутствие или уменьшение частоты повторных атак. 2. Отсутствие нарастания сердечной патологии. 3. Отсутствие признаков формирования пороков сердца. 4. Снижение частоты заболеваний ангины. 5. Адаптация к физической нагрузке. Дети, у которых в течение 5 лет не наблюдалось активизации процесса и не сформировался порок сердца, с учета снимаются

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
				специализированном санатории и пионерских лагерях санаторного типа. 7. Занятия физкультурой после атаки: на 1-м году – лечебная, на 2-м году – подготовительная группа, на 3-м – основная группа при хороших функциональных сердечно-сосудистых пробах	
Больные «угрожаемые» по ревматизму с хроническими очагами инфекций и хроническим тонзиллитом, синуситом, кариозными зубами в комбинации с аллергией, общей интоксикацией, субфебрилитетом, артралгией и неясными мнениями сердечнососудистой системы.	Участковый педиатр, ревматолог: до санации очагов инфекции – 1 раз в квартал, после санации – через 6 месяцев, через год. Отоларинголог. Невропатолог по показаниям	1. Анамнез, жалобы, общее состояние. 2. Динамику сердечных изменений. 3. Состояние зубов миндалин, придаточных пазух носа. 4. Субфебрилитет. 5. Артралгия. 6. Частые острые респираторные заболевания	Дополнительные методы обследования по показаниям	1. Санация очагов инфекции. 2. Сезонная бициллин-профилактика. 3. Правильно организованное лечение ангин и других хронических очагов инфекции. 4. Закаливающие процедуры	1. Уменьшение количества предъявляемых жалоб. 2. Снижение частоты заболеваний ангинами и острыми респираторными инфекциями после санации очагов инфекции. Через 2 года снимаются с учета
Врожденные пороки сердца.	Участковый педиатр, ревматолог 1 раз в год, по показаниям	1. Общее развитие ребенка. 2. Частоту цианотических приступов.	Пульс. Артериальное давление. Функциональные сердечнососуд.	Режим. Аэрация. Витамины. Лечебная физкультура. Санация очагов	Отсутствие септических осложнений, признаков нарушения кровообращения

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
	чаще: консультация хирурга-кардиолога. Отоларинголог, стоматолог – по показаниям	3. Частоту приступов Эдемса – Стокса. 4. Появление признаков недостаточности кровообращения. 5. Выносливость к физической и учебной нагрузке.	дистые пробы. ЭКГ, ФКГ и рентгенологическое обследование в стационаре. Периодическая термометрия	хронической инфекции. Хирургическая коррекция порока. Санаторное лечение до операции и после нее	Снятие с учета по заключению кардиохирурга
Ревматоидный артрит и другие коллагенозные заболевания.	Участковый педиатр, ревматолог 2 раза в год, по показаниям чаще. Отоларинголог, стоматолог, хирург, ортопед, окулист по показаниям	Степень нарушения функции суставов. Признаки активности процесса внутренних органов	Рентгенологическое обследование суставов, клинический анализ крови 2 раза в год. Биохимические пробы при подозрении на активность процесса	Этапность наблюдения, длительное санаторное лечение после обострения, санация очагов хронической инфекции. Десенсибилизующая терапия	Отсутствие или уменьшение числа обострений. Восстановление функции суставов
Гипертония Гипотония Вегетососудистая дистония	Участковый педиатр, ревматолог не менее 1 раза в 3 месяца, консультация кардиолога, отоларинголога, офтальмолога, невропатолога. Эндокринолог, нефролог – по показаниям, при нарушениях менструального цикла – гинеколог	Головная боль, головокружение, потливость, изменения зрения, нарушение сна, утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность, состояние носоглотки, ритм сердечных сокращений, АД в покое, артериальное давление после физической нагрузки, физическое развитие и половое созревание (преждевременное, запоздалое), менструальный цикл, состояние	Электрокардиограмма, определение максимального и минимального артериального давления, осциллография, рентгенологическое исследование сердечной судистой системы. При показаниях урография, исследование функции надпочечников (в условиях стационара)	Нормализация режима, привлечение к физической культуре, седативная терапия, санация очагов хронической инфекции	Отсутствие жалоб. Нормализация артериального давления. Снятие с учета спустя год при отсутствии жалоб и нормализации сосудистого тонуса

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
		ние кожи (акроцианоз). Образ жизни, режим, трудовая нагрузка			
Пневмония острая, затяжная, рецидивирующая	Участковый педиатр – дети до 3 месяцев жизни в первые 6 месяцев реконвалесценции 2 раза в месяц; до 1 года – 1 раз в месяц, от 1 года до 3 лет – не реже 1 раза в 1,5 – 2 месяца. Старше 3 лет в зависимости от состояния и течения, не реже 1 раза в квартал. В дальнейшем 1 раз в по показаниям 2-3 месяца. Консультации отоларинголога, невролога, невропатолога, физиотерапевта и других специалистов	Эмоциональный статус, температура тела, характер окраски кожных покровов. Наличие дыхательной недостаточности (характер дыхания, степень цианоза), характер кашля, изменения в легких, состояние сердечно-сосудистой системы. Появления рахита, экзодативного диатеза, гиповитаминоз, анемии, изменения гематологических показателей (лейкоцитоз, нейтрофиллез, ускорение СОЭ). Динамика массы тела	Клинический анализ крови, мочи - 1 – 2 раза в месяц. Рентгеновское обследование, биологические пробы на туберкулез по показаниям	Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия: режим питания, витаминотерапия, пребывание на воздухе, ЛФК, массаж, закаливание. Лечение хронических очагов инфекции, рахита, анемии, экзодативного диатеза, дистрофии, гиповитаминозов. Санаторное лечение	Общее состояние и эмоциональный статус, длительно стойкая нормальная температура, клиническое и рентгенологическое выздоровление. Снятие с учета спустя 10-12 месяцев
Пневмония острая, затяжная, рецидивирующая	Участковый педиатр – дети до 3 месяцев жизни в первые 6 месяцев реконвалесценции 2 раза в месяц; до 1 года – 1 раз в месяц, от 1 года до 3 лет – не реже 1 раза в 1,5 – 2	Эмоциональный статус, температура тела, характер окраски кожных покровов. Наличие дыхательной недостаточности (характер дыхания, степень цианоза), характер кашля, изменения в легких	Клинический анализ крови, мочи - 1 – 2 раза в месяц. Рентгеновское обследование, биологические пробы на туберкулез по показаниям	Индивидуальные лечебные и оздоровительные мероприятия: режим питания, витаминотерапия, пребывание на воздухе, ЛФК, массаж, закаливание. Лечение хронических очагов инфекции,	Общее состояние и эмоциональный статус, длительно стойкая нормальная температура, клиническое и рентгенологическое выздоровление. Снятие с учета спустя 10-12 месяцев

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
	месяца. Старше 3 лет в зависимости от состояния и течения, не реже 1 раза в квартал. В дальнейшем 1 раз в 2-3 месяца. Консультации отоларинголога, невролога, невропатолога, физиотерапевта и других специалистов по показаниям	ких, состояние сердечно-сосудистой системы. Появления рахита, экссудативного диатеза, гиповитаминозов, изменений гематологических показателей (лейкоцитоз, нейтрофиллез, ускорение СОЭ). Динамика массы тела		рахита, анемии, экссудативного диатеза, дистрофии, гиповитаминозов. Санаторное лечение	
Хроническая пневмония (I, II, III стадии)	Участковый педиатр в период ремиссии (I и II стадии хронической пневмонии) – в течение 1 года диспансерного наблюдения не реже 1 раза в 3 месяца; в дальнейшем 2 раза в год (осень – весна). При хронической пневмонии III стадии участковый врач, отоларинголог 1 раз в 1-2 месяца. Стоматолог 2 раза в год, фтизиатр и другие специалисты по показаниям	Общее состояние, степень дыхательной недостаточности, наличие цианоза, симптом периферического застоя – холодные синюшные конечности, симптом «барабанных палочек»; физикальные изменения в легких. Изменения со стороны сердечнососудистой системы; изменение температуры тела, анализ гематологических показателей, рентгенологическое обследование. Состояние придаточных пазух носа, миндалин, зубов	Спирометрия и пневмотахометрия: бронхография – по показаниям. Клинический анализ крови, мочи	Режим с максимальным пребыванием на воздухе в зимнее время не менее 3-4 часов в день, летом в течение всего дня. Режим питания с обогащением пищи витаминами А, С и группы В. Санация хронических очагов инфекции. Физиотерапевтическое лечение (1-2 курса в год). Лечебная физкультура. Закаливающие процедуры (обтирание и пр.), десенсибилизирующая терапия. Санаторное лечение	Общее состояние, течение бронхолегочного процесса, длительность ремиссий и показатели функционального состояния органов дыхания по данным спирометрии, пневмотахометрии. Снятие с учета - при отсутствии обострений бронхолегочного процесса в течение 2,5 лет

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Бронхиальная астма (астматический бронхит)	Участковый педиатр (межприступный период, тяжелая форма астмы) не реже 1 раза в 1-2 месяца; легкая или средняя форма – не реже 1 раза в 3 месяца; при длительном межприступном периоде – 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог не реже 1-2 раз в год, аллерголог и другие по показаниям	Анамнез семьи, личный анамнез больного, пищевой дневник, деформацию грудной клетки, симптомы эмфиземы, физические изменения в легких, степень ДН, нарушение внешнего дыхания, гематологические показатели. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки	Клинический анализ крови, пневмохография, спирометрия, пробы с различными аллергенами	Оздоровление быта, удаление предполагаемого аллергена из окружающей обстановки, пищи, организация режима дня с максимальным пребыванием на свежем воздухе, специфическая и неспецифическая десенсибилизация, санации хронических очагов инфекции. Физиотерапевтические мероприятия (1 курс ежегодно и более по показаниям). Лечебная гимнастика, закаливающие процедуры (обливание, обливание, катание на коньках, хождение на лыжах, плавание). Санаторное лечение	Общее состояние. Благоприятная динамика показателей внешнего дыхания (пневмометрия). Снятие с учета при отсутствии приступов бронхиальной астмы в течение 2-3 лет.
Болезни желчных путей (холециститы, холестихоангиты, дискинезия желчных путей).	Педиатр каждые 2-3 месяца в течение 1 года после обострения; каждые 6 месяцев в течение последующих лет, отоларинголог, стоматолог по показаниям	Жалобы больного на снижение аппетита, тошноту, рвоту, боли в животе. Болезненность при пальпации в правом подреберье и эпигастриальной области, при поколачивании реберной дуги справа, увеличение	Кал на цисты лямблий и яйца глистов. Дуоденальное зондирование не реже 1 раза в 3 месяца в течение первого года после выписки из стационара. В дальнейшем по показаниям	Соблюдение диеты с исключением баранины, свинины, колбасностей, поджарки, бульонов, острых блюд, все употребляется в отварном виде. Супы молочные, овощные, масло сливочное,	Снятие с учета при отсутствии обострения, увеличения печени, болезненности в правом подреберье и эпигастрии, при нормальном дуоденальном содержимом в течение 1,5-2 лет

Состояния и заболеваний, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
		ние и болезненность печени. Состояние носоглотки	Функциональные пробы печени (билирубин, холестерин, протромбин, гамма, изотромбин, трансаминаза)	витамины. Систематическая желчегонная терапия и тюбажи по Демьянову 2 раза в неделю не менее 6 месяцев. Физиотерапия на область печени 2-3 курса в год	
Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, неактивная фаза.	Педиатр 1 раз в квартал	Перенесенный ранее гепатит, увеличение печени, уплотнение ее, окраска кожи, мочи, наличие сосудистых «жучков», усиление венозной сети на животе, грудной клетке, увеличение и уплотнение селезенки, изменения со стороны крови (тромбоцитопения, лейкопения, анемия) нарушение функциональных проб печени	а) Функциональные пробы (билирубин, холестерин, протромбин, гамма, протромбин, трансаминаза, альдолаза). б) Дуоденальное зондирование 1 раз в 3-6 мес. в) Клинический анализ крови с тромбоцитами 1 раз в 3 месяца. г) Кал на цисты лямблий и яйца глистов. д) Моча на желчные пигменты и уробилин – 1 раз в месяц	То же	Снятие с учета при отсутствии увеличения печени, селезенки, отсутствии желтухи, геморагий, нормализации функциональных проб печени, дуоденального содержимого и анализ крови, т.е. отсутствие обострений в течение 2 лет
Хронический гепатит и начальная стадия цирроза печени, активная фаза	Педиатр не реже 2 раз в месяцев	То же плюс ухудшение общего состояния, диспепсические жалобы, нарастание симптомов (желтуха, геморагии и т.д.)	То же, но функциональные пробы печени 1 раз в 10-14 дней, остальные анализы по показаниям	То же плюс постельный режим до стойкой нормализации функциональных проб печени, по показаниям кортикостероиды (или продолжение курса, начатого в стационаре)	То же

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Цирроз печени: сформированная и терминальная стадии	Педиатр не реже 1 раза в месяц	То же плюс нарастание симптомов хронической интоксикации, асцит, пищеводно-желудочные кровотечения, кровавая рвота, темный стул	Функциональные пробы печени и общий анализ крови (обязательно тромбоциты) по показаниям – не реже 1 раз в месяц. Рентгенография пищевода – 1 раз в год. Дуоденальное зондирование	То же плюс консультация хирурга для решения вопроса об оперативном лечении (спленэктомия)	С учета не снимать, систематический контроль за общим состоянием (размерами печени, селезенки, желтухой, асцитом и т.д.), функциональными пробами печени и анализами крови
Хронический гастрит и дуоденит.	Педиатр каждые 3 месяца в течение первого года после обострения и каждые 6 месяцев в течение последующего года; отоларинголог, стоматолог – 2 раза в год	Самочувствие, динамику массы тела, желудочную диспепсию (дискомфорт, тяжесть в подложечной области, отрыжка, срыгивание, тошнота, эпизодическая рвота, снижение аппетита), кишечную диспепсию (метеоризм, урчание, тенезмы, запоры или поносы); боли, их локализацию	Анализ крови, фракционное исследование желудочного сока, дуоденальное зондирование; рентгеноскопия желудка (по показаниям), копрограмма, кал на яйца глистов и лямблии; посев на флору (по показаниям)	Режим питания, поливитамины: весной и осенью 2-3 недельные противорецидивные курсы (постоятельный режим, диета, физиотерапевтические процедуры; медикаментозное лечение – соляная кислота, мексаза, натуральный желудочный сок, глотавит при гипосекреции; викалин при гиперсекреции); 2 раза в год курсы лечения минеральной водой; санаторно-курортное лечение; санация зубов, лечение сопутствующих заболеваний	Нормализация массы тела, отсутствие жалоб, нормализация желудочной секреции; снятие с учета не раньше, чем через 2 года после исчезновения основных симптомов

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	То же	Общее состояние, постепенное нарастание болевых симптомов, волнообразное течение заболевания: боли (в эпигастрии, области пупка), их локализация, иррадиация, зависимость от приема пищи (чаще голодные); рвота, ее частота, желудочная диспепсия (изменение аппетита, изжога, отрыжка); при пальпации – легкий дефанс прямой мышцы живота, боль в эпигастрии слева, в пилородуоденальной зоне	Анализ крови, кал на скрытую кровь, рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, фракционное исследование желудочного сока (при отсутствии пищи в желудке)	Режим питания, диета, витаминизация, специальная группа физиолечения. Два раза в год: весной и осенью (март, октябрь) 1-2 месяца диета №1, щелочи, атропинизация в течение 2 недель, викалин – 2 месяца, витаминотерапия 2 раза в год. Курсы лечения минеральной водой, физиотерапия, противоспазматические средства по показаниям, санация зубов, лечение сопутствующих заболеваний. Дополнительный выходной день по показаниям; санаторно-курортное лечение	Восстановление массы тела, отсутствие обострений и осложнений, нормализация кислотности, рентгенологические данные. С учета не снимаются и в 15 лет передаются под наблюдение в поликлинику для взрослых
Состояние после перенесенного острого нефрита неуточненного.	Педиатр – 1 раз в месяц	Общее состояние, наличие отеков, артериальное давление, мочевые симптомы (протеинурия, гематурия, лейкоцитурия), очаги хронической инфекции	Глазное дно. Проба Аддиса – Каковского, Али – Бурже, проба по Зимницкому, экскреторная урография (по показаниям). Общий анализ мочи	Диета с исключением соленых, острых блюд, жареного мяса, копченостей, крепкого бульона в течение 6 месяцев от начала реконвалесценции. Санация хронических очагов инфекции носоглотки, придаточные пазухи	Снятие с учета при нормальных анализах мочи, концентрационной способности почек в течение 2 лет

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
				зухи носа, кариозные зубы. Ограничение физических нагрузок. При наличии показаний – тонзиллэктомия через 3 – 4 недели после ликвидации клинических симптомов заболевания	
Хронический нефрит (все клинические формы).	Педиатр вне обострения при отсутствии хронической почечной недостаточности – 1 раз в 6-8 недель, по показаниям чаще	То же, уровень остаточного азота и мочевины в сыроворотке крови, проба по Зимницкому (1 раз в 2 месяца)	То же плюс анализ мочи 1 раз в 2 – 3 недели, крови 1 раз в 2 месяца, экскреторная урография. Исследование глазного дна по показаниям, при артериальной гипертензии 1 раз в 3 месяца	То же	С учета не снимать. Систематическое наблюдение за анализами мочи, артериальным давлением, концентрацией остаточного азота и сыроворотки крови
Хронический пиелонефрит. Состояние после пиелонефрита острого.	Педиатр – 1 раз в 6 недель	Общее состояние, артериальное давление, мочевые симптомы	То же. Экскреторная урография. Бактериурия. По показаниям цистграфии	То же	
Аномалия развития почек.	Педиатр – 1 в год. Наблюдение уролога	То же			
Наследственные тубулопатии. Почечный сахарный диабет. Синдром Фанкони (де Тони – Дебре).	Педиатр вне хронической почечной недостаточности 1 раз в 6 месяцев	То же, физическое развитие ребенка, состояние костной системы. Полиурия, полидипсия, синдром потери соли	Остаточный азот, фосфор и СИ сыроворотки крови. Сахар и аминокислота в моче	Режим в зависимости от состояния. Введение соли по показаниям	То же

Состояния и заболеваний, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Хроническая почечная недостаточность парциальная и тотальная.	Педиатр – 1 раз в 10-14 дней	Общее состояние, тошнота, рвота, слабость, кожный зуд, уровень остаточного азота и мочевины крови. Артериальное давление, глазное дно, костный скелет	Остаточный азот, мочевина сыворотки крови. Общий анализ крови		
Мочекаменная болезнь	Педиатр, хирург, 1 раз в 6 месяцев	Выявление рецидивного камнеобразования: 1) контроль за динамикой лактации малых камней, 2) выявление вторичных изменений мочевых путей (инфекция, уретрогидронефроз и т.д.)	1. Обзорная рентгенография мочевыводящих путей. 2. Экскреторная урография	1. Санация хронических очагов инфекции (носоглотики и т.д.). 2. Антибактериальное лечение мочевыми антисептиками в течение 6 месяцев после операции. 3. Витамины А, С, В. Обогащение пищи витаминами. 4. Закаливающие процедуры: катание на коньках, лыжах, плавание. 5. Санаторное лечение	1. Отсутствие проявления мочевой инфекции. 2. Отсутствие рецидивного камнеобразования или отхождения микролитов при почечной колике. Снятие с учета при отсутствии рецидивного камнеобразования в течение 5 лет после операции или самостоятельного отхождения микролитов при спорадическом камнеобразовании
Удвоение почечных лоханок и мочеточников	Педиатр, хирург в случае, предшествующем оперативному лечению, 1 раз в 6 месяцев	Проявление осложняющей аномалии мочевой инфекции и пиелонефрита	1. Общий анализ мочи и крови. 2. Исследование мочи по Аддису – Каковскому 3. Посев мочи	Своевременное выявление, медикаментозное лечение осложняющего течения пиелонефрита	Нормальные общие и бактериологические исследования мочи. Снятие с учета через 5 лет

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Гидронефроз	Педиатр, хирург каждые 6 месяцев в течение 1 года. Затем 1 раз в год	1.Анатомическое состояние оперированной почки и функции уродинамики органа. 2.Состояние мочевого синдрома по общим и специальным анализам мочи (бактериологическое исследование, проба Аддиса – Каковского и т.д.). 3.Состояние выделительной функции почек при двухстороннем заболевании	1.Экскреторная урография. 2.Определение уровня остаточного азота и мочевины крови. 3.Проба по Зимницкому. 4.Проба на концентрацию	1.Санация хронических очагов инфекций (носоглотики и т.д.). 2.Антибактериальное лечение мочевыми антибиотиками в течение 6 месяцев после операции с целью ликвидации сопутствующего пиелонефрита	1.Отсутствие проявления мочевой инфекции. 2.Улучшение выделительной функции почек по суммарным и раздельным для каждой почки показателям. 3.Значительное улучшение или нормализация имевшихся анатомических изменений в гидронефритическом органе. Снятие с учета при нормализации указанных показателей через 5 лет после операции
Единственная оставшаяся или функционирующая почка	Педиатр – 1 раз в 3 месяца	Состояние выделительной функции почек	1.Общие анализы мочи и крови. 2.Бактериологическое исследование мочи. 3.Определение уровня остаточного азота и мочевины крови. 4.Проба по Зимницкому. 5.Измерение АД	1.Общеозакаливающие процедуры. 2.Предотвращение инфекционных заболеваний. 3.Пища богатая витаминами	С учета не снимать. Нормальные показатели выделительной функции почек
Поликистозная болезнь почек	Педиатр – 1 раз в месяц	Состояние выделительной функции почек	1.Анализ мочи и крови. 2.Определение уровня остаточного азота и мочевины крови. 3.Проба по Зимницкому.	1.Общеозакаливающие процедуры. 2.Предотвращение инфекционных заболеваний.	Стабильные показатели выделительной функции почек, нормализация или стабилизация уровня АД. Диспансерное

Состояния и заболеваний, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
			4.Проба на концентрацию. 5.Постоянный контроль за артериальным давлением. 6.Проба Аддиса - Каковского	3.Рациональная диета с ограничением белка при азотемических формах	наблюдение всю жизнь
Хронический пиелонефрит	Педиатр – 1 раз в 3 месяца	Выявление форм заболевания, протекающих со скрытой почечной недостаточностью	1.Экскреторная урография. 2.Общие анализы мочи и крови. 3.Бактериологическое исследование мочи. 4.Активное выявление лейкоцитов в моче. 5.Определение остаточного азота и мочевины крови. 6.Проба по Зимницкому. 7.Проба на концентрацию. 8.Измерение АД. 9.Исследование глазного дна	1.Выявление и своевременное оперативное лечение вторичных форм хронического пиелонефрита. 2.Рациональная диета с исключением острых, жаренных, копченых блюд, бульонов и т.п. 3.Санация хронических очагов инфекции. 4.Длительное лечение антибиотиками при обострении	С учета не снимается. Систематическое наблюдение за анализами мочи, артериальным давлением, концентрационной способностью и уровнем остаточного азота в крови
Крипторхизм	Хирург 1 раз в 6 месяцев. Эндокринолог – 1 раз в год	Состояние, размеры, консистенция опустившегося яичка, его миграция по паховому каналу, состояние противоположного яичка. Состояние гормонов		Лечение гормонами, при отсутствии эффекта – оперативное лечение с низведением яичка (до начала пубертатного периода – 12 лет)	Нормальное анатомическое состояние яичек (отсутствие гипоплазии, атрофии; гормональная функция). Отсутствие проявления евнухоидии

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
		нальной функции при двухстороннем крипторхизме с выявлением проявления евнухоидизма			дизма. С учета снимаются через 3 года после операции
Гипоспадия	Хирург 1 раз в 6 месяцев после первого этапа операции	Прогрессирующую деформацию полового члена		Оперативное лечение в дошкольном возрасте	Нормальное развитие и формирование полового члена, отсутствие его деформации, свободное мочеиспускание. Снимается с учета через 3 года после последнего этапа операции
Лейкоз острый.	Педиатр и гематолог в период ремиссии – 1 раз в 2 недели	Общее состояние, утомляемость, костные и головные боли, тошнота и другие диспепсические явления. Геморрагический синдром, размеры периферических лимфоузлов, печени, селезенки, яичек, менингеальный синдром, очаговые изменения со стороны центральной нервной системы, появление иктеричности кожи и видимых слизистых, изменение цвета мочи, показатели периферической крови и миелограммы	В периоде ремиссии анализ крови с определением тромбоцитов 1 раз в 2 недели, исследование костного мозга 1 раз в 2 месяца, биохимический анализ крови 1 раз в 2-3 месяца. При необходимости трепанобиопсия	Поддерживающая медикаментозная терапия; 6-меркаптопурин, метотрексат, циклофосфан, винкристин (в чередовании). «Удары» преднизолоном и винкристином	С учета не снимать. Профилактические прививки и занятия физкультурой противопоказаны

Состояния и заболеваний, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Миелодисплазия хроническая.	Педиатр и гематолог в период ремиссии – 1 раз в месяц	Общее недомогание, боли и ощущение тяжести в левом подреберье и животе, бледность, геморрагический синдром, размеры селезенки, печени, периферических лимфоузлов, показатели периферической крови	Анализ крови с определением тромбоцитов в периоды ремиссии 1 раз в месяц, по показаниям - чаще	Поддерживающая терапия миелосаном, миелобромом	С учета не снимать. Профилактические прививки и занятия спортом противопоказаны
Лимфогранулематоз.	Педиатр и гематолог в период ремиссии – 1 раз в месяц	Общее недомогание, масса тела, температурная реакция, размеры лимфоузлов, печени, селезенки, показатели периферической крови	В период ремиссии – анализ крови 1 раз в месяц, рентгеноскопия грудной клетки 1 раз в 6-12 месяцев	Для поддержания ремиссии при лимфогранулематозе III стадии цитостатические препараты	С учета не снимать. Профилактические прививки и занятия спортом противопоказаны
Тромбоцитопеническая пурпура.	Педиатр и гематолог в период ремиссии – 1 раз в 3-6 месяцев	Общее состояние. Геморрагические синдромы, показатели периферической крови	Анализ крови с определением тромбоцитов, времени кровотечения 1 раз в месяц, по показаниям чаще	Санация хронических очагов инфекции, борьба с интеркуррентными заболеваниями. Режим. Питание. Витамины	С учета снимать через 3 года после первого криза при условии стойкой клинико-гематологической ремиссии и отсутствии рецидивов. Освобождение от профилактических прививок
Гемофилия в периоде ремиссии.	Педиатр, гематолог 1 раз в 1-2 месяца	Общее состояние. Геморрагический синдром, функциональное состояние суставов	Анализ крови с определением свертываемости. Коагулограмма для установления диагноза, в дальнейшем – по показаниям. Анализ мочи	Режим. Рациональное питание, витамины. Профилактика травм, При функциональной недостаточности суставов – лечебная физкультура	С учета не снимать. Занятия физкультурой и физическим трудом противопоказаны

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Другие нарушения свертываемости крови и тромбоцитопатии.	Педиатр, гематолог 1 раз в 1-2 месяца	Общее состояние, геморрагический синдром	Анализ крови, определение тромбоцитов, времени кровотока, времени свертываемости 1 раз в месяц. Коагулограмма для установления диагноза, в дальнейшем – по показаниям	Наблюдение ортопед. Санация хронических очагов инфекции Профилактика травм. Санация хронических очагов инфекции. Симптоматическое лечение АТФ и жженой магнезией	С учета не снимать. Занятия физкультурой и физическим трудом противопоказаны
Железодефицитные анемии (инфекционно-аллергические, ранний хлороз).	Педиатр в остром периоде – 1-2 раза за месяц, в период ремиссии – 1 раз в 3 месяца. Гематолог – по показаниям	Общее состояние. Жалобы на вялость, ухудшение аппетита, бледность, показатели гемоглобина. Состояние печени, селезенки, желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой системы	Анализ крови в остром периоде 1 раз в 2 недели, в периоде ремиссии 1 раз в 3 месяца, по возможности – определение своротно-коагуляционного жезла	Рациональное питание. Лечение препаратами железа, меди. Свежий воздух. Витамины. Профилактика инфекционных заболеваний, санация хронических очагов инфекции. Профилактика и лечение рахита	С учета снимать через 1 год при нормальных показателях гемоглобина. Профилактические прививки через 6 месяцев при нормальном анализе крови
Гипопластическая анемия в период ремиссии.	Педиатр и гематолог, 1 раз в месяц	Вялость, слабость, ухудшение аппетита, бледность, геморрагический синдром, показатели гемоглобина, температурная реакция	Анализ крови с определением тромбоцитов 1 раз в месяц, стерильная пункция и трепанобиопсия – при показаниях, реакция Кумбса при иммунной форме	То же. По показаниям – кортикостероидные и диуретические гормоны, витаминотерапия, санация очагов инфекции	С учета не снимать. Противопоказаны профилактические прививки, занятия физкультурой и физическим трудом

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Гемолитическая анемия – а период ремиссии (кроме гемолитической анемии новорожденных)	Педиатр 1 раз в месяц. Гематолог - по показаниям	Вялость, слабость, ухудшение аппетита, боли в животе, бледность, иктеричность кожных покровов и слизистых оболочек, темная моча, показатели гемограммы, неясные подъемы температуры	Анализ крови 1 раз в месяц (с обязательным определением ретикулоцитов), биохимический анализ крови и реакция Кумбса – по показаниям	В период ремиссии – режим, рациональное питание, витамины. Санация очагов инфекции. При гемолитическом кризе обязательная госпитализация	Больных с врожденной микросфероцитарной гемолитической анемией можно снимать с учета через 2 года после спленэктомии при отсутствии рецидивов. При других гемолитических анемиях с учета не снимать. Противопоказаны занятия спортом и профилактические прививки
Лейкомоидные реакции крови	Педиатр и гематолог в остром периоде – 1 раз в 2 недели, в периоде ремиссии – 1 раз 3-6 месяцев	Показатели гемограммы, размеры печени, селезенки, лимфоузлов	Анализ крови с определением тромбоцитов, анализы кала на яйца глистов и лямблии. При показаниях – стерильная пункция, дуоденальное зондирование, выявление очагов инфекции, аллергологический анамнез	Лечение состояния, обусловившего возникновение лейкомоидной реакции крови. При инфекционном мононуклеозе, инфекционном лимфоцитозе – симптоматическая терапия	Снятие с учета через 1 год после стойкой нормализации показателей гемограммы, при нормальных размерах печени, селезенки, лимфоузлов. При стойкой ремиссии и отсутствии аллергических проявлений – через 6 месяцев разрешаются профилактические прививки
Реактивные ретикулезы	Педиатр в периоде ремиссии – 1 раз в 3-6 месяцев. Гематолог – по показаниям	Размеры печени, селезенки, лимфоузлов, показатели гемограммы	Анализ крови с определением тромбоцитов. Стерильная пункция лимфоузла – по показаниям	Выявление и установление причины, вызвавшей реактивный ретикулез (хронические очаги инфекции, паразитарные	Снятие с учета через 2 года после ликвидации явлений реактивного ретикулеза. Профилактические прививки на-

Состояния и заболевания, при которых дети подлежат диспансерному наблюдению	Частота осмотра специалистами	Особое внимание обращается на:	Дополнительные методы обследования	Основные пути оздоровления	Критерии эффективности диспансеризации, снятие с учета
Обменно-пролиферативные ретикулезы (болезнь Гоше, болезнь Ниманна-Пика, ретикуло-гистиоцитозы: болезнь Хенда-Крисчена-Шюллера, гранулема эозинофильная)	Педиатр и гематолог в период ремиссии – 1 раз в месяц. Консультация отоларинголога и офтальмолога по показаниям	Общее недомогание, боли в костях, в животе, бледность, геморрагический синдром, характерная пигментация открытых частей тела, экземоподобная сыпь, размеры печени, селезенки, проявление мягкотканых образований и костных дефектов, экзостальма, полидипсии и полинурии; рецидивирующие отиты и пневмонии; показатели гемограммы и рентгенограммы костей	Анализ крови с определением тромбоцитов, Измерение диуреза. Стернальная пункция, пункция различных образований, рентгенография костей	заболевания и т.д.)	чинать не ранее чем через 1 год С учета не снимать. Профилактические прививки, занятия физкультурой и физическим трудом противопоказаны

Примерная схема диспансерного наблюдения детей с эндокринными заболеваниями

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
Сахарный диабет I-II тип	Ежемесячно эндокринологом; 1 раз в полгода – окулистом, неврологом, стоматологом; 1 раз в год – ЛОР-врачом. Если врача эндокринолога нет, тогда ежемесячный осмотр педиатром и 1 раз в 3 месяца консультация у городского (краевого) эндокринолога.	Общее состояние, двигательная активность, физическое и половое развитие, нервно-психическое развитие. Наличие хронической гипергликемии (жажда, полиурия, похудание). Наличие медленно развивающихся осложнений: липодистрофия, жировой гепатоз печени – гепатомегалия, диабетический миокардизм – кардиопатия, трофические нарушения, изменения верхностной чувствительности, диспетические расстройства, наличие инфекции наружных гениталий – вульвовагиниты, артериальное давление, состояние щитовидной железы.	Обязательно оценить дневник, который ведет больной. Расчет питания Исследования гликемии и глюкозурии индивидуальными средствами (глюкозотест и глюкопрофиль, ацетон). Для оценки «биохимической компенсации» следует исследовать гликемический и глюкозурический профиль, уровень гликозирированного гемоглобина. Обязательно после исследования анализа мочи, а при необходимости и исследования физиологических проб почек. Контроль на микроальбуминурию 1 раз в 3 месяца.	Контроль и самоконтроль за диетой, инсулинотерапией и физическими нагрузками; при необходимости: липотропные кардиотрофы, мембраностабилизирующие средства, витаминотерапия, лечебный массаж. Санация очагов хронической инфекции. Санаторное лечение – в период компенсации в местном санатории. Прививки: в период компенсации.	Нормальное физическое, психическое и половое развитие. Отсутствие симптомов хронической гипергликемии. Отсутствие гипогликемии и кетоацидоза. Нормализация углеводного обмена. Гликемия в течение суток натощак не более 8-10 ммоль, идеально □ нормогликемия. Отсутствие или позднее развитие сосудистых осложнений. Диспансерное наблюдение – постоянно.
Нарушение толерантности к глюкозе.	Эндокринолог 1 раз в 6 месяцев.	Общее внимание обращать на динамику массы тела, а также на наличие спонтанных гипогликемических состояний, особенно возникающих после еды.	Определение глюкозы натощак с последующим проведением теста на толерантность к глюкозе. Исследование суточной глюкозурии.	Диетотерапия, физические нагрузки, прививки не противопоказаны.	Нормализация ТТГ. Снимаются с учета после нормализации ТТГ через год. Если наследственность по диатезам отягощен

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
		Наличие локализованных гнойных инфекций кожи и слизистых (фурункулы, вульвиты).			на, то наблюдение постоянное, но ребенок переводится в группу повышенного статистического риска по развитию сахарного диабета.
Группа повышенного статистического риска по развитию сахарного диабета.	Эндокринолог 1 раз в год.	То же, что и при нарушении толерантности к глюкозе.	С-пептид Антитела к Инсулину. HbA1 типирование у детей с отягощенной по СД наследственностью	Диетотерапия, прививки не противопоказаны.	Наблюдение постоянное.
Диффузный токсический зоб при терапии тиреостатиками, после выписки из стационара.	Эндокринолог 1 раз в 1-2 месяца. После стойкого клинического выздоровления – 2 раза в год. Если эндокринолога нет – осмотр один раз в 1 месяц педиатром и 1 раз в месяц осмотр областным эндокринологом.	Физическое и нервно-психическое развитие, размеры и функциональное состояние щитовидной железы, глазные симптомы, особенности гемодинамики: пульс, АД, дефицит пульса, наличие громких тонов и систолического шума. Наличие симптомов гипокортицизма и гипотиреоза.	Тщательная оценка дневника, который ведут родители или сам ребенок (пульс, температура, частота стула), 1 раз в неделю контроль анализа крови, если ребенок получает тиреостатики. При необходимости радиоиммунологическое исследование T ₃ , T ₄ , ТТГ. При наличии офтальмолога – его консультация.	Щадящий режим: освобождение от физических нагрузок, освобождение от экзаменов. Неукоснительное выполнение рекомендаций врача. Аккуратный прием препаратов: мерказолила, тироксина, адреноблокаторов. Санация очагов хронической инфекции. Бережь от инсоляции. Вакцинации при длительной ремиссии Убитыми вакцинами (не менее 3-х месяцев) падящим методом. Живыми вакцинами при длительной ремиссии не менее года.	Стойкое клиническое выздоровление. Снимается с лечения через 2 года терапии при условиях стойкой ремиссии. Перед этим тщательное обследование в условиях стационара. С наблюдения у эндокринолога не снимаются.

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
Состояние после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного токсического зоба.	Первые полгода после операции 1 раз в 3 мес. Если были послеоперационные осложнения – 1 раз в месяц. В дальнейшем 2 раза в год.	Состояние послеоперационного периода, осмотр шеи, физиологическое состояние щитовидной железы, эутиреоз, гипотиреоз, тиреотоксикоз.	При необходимости исследование тиреоидного профиля (Т ₃ , Т ₄ , ТТГ).	При гипотиреозе - тиреоидные гормоны, обязательное ведение дневника (пульс, температура тела, частота стула). Вакцинации убитыми вакцинами в соответствии компенсацией щитовидным методом через 3 месяца после операции. Живыми – через 1 год.	Отсутствие рецидива тиреотоксикоза, нормальное физическое и половое развитие.
Эндемический зоб в йоддефицитных районах.	При подборе препаратов – 1 раз в месяц. По достижению эутиреоза – 1 раз в 3-6 месяцев.	Размеры, плотность щитовидной железы, ее функциональное состояние.	УЗИ щитовидной железы, тиреоидный профиль (Т ₃ , Т ₄ , ТТГ)	Лечение тиреоидными препаратами, или препаратами йодистого калия.	Уменьшение щитовидной железы до нормальных размеров, эутиреоз. Наблюдение постоянное, профилактический прием йодида калия.
Узловой зоб.	Первые полгода после операции 1 раз в 3 мес. Затем 1 раз в 6 мес.	Функциональное состояние щитовидной железы. Тщательный осмотр и пальпация щитовидной железы.	При необходимости УЗИ щитовидной железы.	Только хирургическое лечение. Вакцинация через 3 месяца после оперативного лечения.	Отсутствие рецидива.
Гипопаратиреоз.	1 раз в 3 месяца.	Физическое, нервное, психическое и половое развитие. Состояние зубов, волос, ногтей. Наличие признаков скрытой спазмофилии (с-мы Хвостека, Труссо, парестезии). Острота зрения. Наличие кожно-слизистого кандидоза и симптомов гипокортицизма.	Са, Р, щелочная фосфатаза в сыворотке крови. Определение паратормона в крови. Осмотр окулиста, дерматолога, стоматолога.	Диетотерапия. Препараты вит. Д ₃ , препараты Са. Вакцинация в состоянии компенсации щитовидным методом.	Отсутствие спазмофилии, нормальная психика, отсутствие катаракты, алопеции, ломких ногтей. Наблюдение постоянное.

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
Гипотиреоз.	После выписки из стационара на подборанной дозе препаратов 1 раз в 3-6 мес. При необходимости – консультация психоневролога.	Физические (длина тела) и нервно-психические показатели, половое развитие. Наличие или отсутствие снижения функциональной активности органов и систем.	Тщательный контроль дневника, который ведут родители (пульс во сне, температура тела, частота стула), при необходимости исследование костного возраста (R-графия лучезапястных суставов и тиреоидного профиля).	Тиреоидные гормоны. Ведение дневника. При необходимости – препараты.	Полное устранение клинических симптомов заболевания. Наблюдение постоянное. Прививки не противопоказаны.
Аутоиммунный тиреоидит Хашимото.	1 раз в 3-6 мес. При необходимости осмотр гинеколога.	Размеры зоба, его плотность, функциональное состояние щитовидной железы. Физическое и половое развитие.	УЗИ щитовидной железы. При необходимости: многофокусная биопсия, тиреоидный профиль (Т ₃ , Т ₄ , ТТГ), УЗИ внутренних гениталий.	Тиреоидные препараты. Вакцинация в состоянии полной компенсации, щадящим методом.	Уменьшение размеров щитовидной железы, эутиреоз. Наблюдение постоянное.
Диффузный нетоксический зоб.	При подборе тиреоидных препаратов 1 раз в мес. При продолжительной динамике 1 раз в 3 мес., при клиническом выздоровлении – 1 раз в 6 мес.	Размеры зоба, его плотность, функциональное состояние щитовидной железы.	При необходимости УЗИ щитовидной железы, тиреоидный профиль (Т ₃ , Т ₄ , ТТГ).	Санация очагов хронической инфекции, беречь от чрезмерной инсоляции. Вакцинация не противопоказана.	Уменьшение щитовидной железы при эутиреоидном состоянии.
Врожденная дисфункция коры надпочечников.	Вирильная форма 2-3 раза в год. Сольтерующие и гипертензивные 1 раз в мес. Если эндокринолога нет, то ежемесячные осмотры педиатром, 1 раз в 3 мес. – обследование	Физическое и половое развитие. Состояние наружных половых органов. Гипертрихоз, гирсутизм. При сольтерующей форме: повышение потребности в соли, диспептические расстройства, потеря веса. Контроль АД.	Определение тестостерона, кортизола и 17ОН прогестерона в сыворотке крови. Рентгенография костей для определения костного возраста. Состояние углеводного обмена, глюкоза крови, калий и натрий сыворотки крови. При гипертер-	Ведение дневника. Постоянная пожизненная терапия глюкокортикоидами. При сольтерующей форме – минерало- и глюкокортикоиды. При гермофродизме – своевременная пластика наружных гениталий у дево-	Нормализация физического и полового развития. Нормализация водно-солевого и углеводного обмена при сольтерующей форме. Отсутствие кризов. Наблюдение постоянное.

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
	стным эндокринологом.		нической форме функциональные пробы почек.	чек (до 3 лет). Вакцинация в состоянии компенсации сходящим методом в условиях эндокринологического отделения.	
Хронический гипокортицизм (болезнь Аддисона).	1 раз в мес.; при отсутствии эндокринолог – педиатр ежемесячно. 1 раз в 3 месяца, если родители ведут дневник контроля по коррекции дозы гормонов.	Физическое и нервно-психическое развитие. Аппетит, диспептические расстройства, повышение потребности в соли. Усиление пигментации. Снижение двигательной активности. Снижение АД.	Определение, кала и натрия в сыворотке крови. Кортизол сыворотки при необходимости.	Санация очагов хронической инфекции. Падящий режим: освобождение от физкультуры и экзаменов. Постоянный и аккуратный прием глюко - и минералокортикоидов. Вакцинация в состоянии компенсации сходящим методом в условиях эндокринологического отделения.	Нормальное физическое и нервно-психическое развитие. Нормальные показатели АД, водно-солевого и углеводного обмена. Отсутствие аддисонических кризов. Наблюдение постоянное.
Гинекомастия.	1 раз в 6 мес.	Физическое и половое развитие. Характер увеличения молочных желез.	В ряде случаев исследование уровня пролактина.	Методы суггестии.	Снятие с учета при уменьшении или исчезновении гинекомастии.
Крипторхизм.	При консервативном лечении 1 раз в 3 мес. После оперативного лечения 1 раз в 6 месяцев до пубертата.	Физическое развитие, состояние гениталий. Динамика становления половых признаков.	УЗИ брюшной полости при подозрении на брюшную форму крипторхизма. Проведение пробы с ХГ. При необходимости: ЛГ, ФСГ и тестостерон в сыворотке крови, кариотип.	Консервативное – ХГ. При неэффективности или нецелесообразности консервативного лечения – оперативное – низведение яичек.	Постоянное нахождение яичек в мошонке. Снимается с учета при наличии признаков правильного полового созревания.
Задержка полового развития у мальчиков.	Начало с 13 лет – 1 раз в месяц. После исключения гипогонадизма 1 раз в 6 месяцев.	Состояние гениталий. Физическое развитие, вторичные половые признаки.	Исследование Р-графическое лучезапястных суставов на предмет костного возраста. Гормональный профиль: ЛГ, ФСГ,	Полноценное белковое питание, витамины А, Е.	При появлении признаков правильного полового созревания снимается с учета.

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
Гипогонадизм у мальчиков.	При подтверждении диагноза 1 раз в 6 мес.	Физическое развитие, пропорции тела. Состояние гениталий и вторичные половые признаки.	тестостерон, ПЛ. Одновременно – ежедневная проба с ХГ.	При первичном гипогонадизме заместительная терапия андрогенами. При вторичном – лечение гонадотропином, а затем андрогенами.	Правильное половое созревание. Постоянное диспансерное наблюдение.
Неполные формы преждевременного полового созревания: А. Изолированное телархе.	Осмотр 1 раз в 6 мес.	Физическое развитие, состояние молочных желез, внутренних и наружных гениталий.	Краниография. R-графия кисти на предмет костного возраста. Пролактин.	Наблюдение. Беречь от инсоляции и травм головы.	Диспансерное наблюдение вплоть до начала пубертата.
Б. Изолированное адrenaрхе	Осмотр 1 раз в 6 мес.	Физическое развитие. Степень аксиллярного и лобкового оволосения. Состояние наружных и внутренних гениталий.	Краниограмма. Костный возраст. УЗИ надпочечников и гениталий 17-оксипро-гестерон сыроворотки.	Наблюдение.	Диспансерное наблюдение до окончания периода физиологического пубертата.
Преждевременное половое созревание по изо-сексуальному типу.	Осмотр 1 раз в 6 мес. 1 раз в год – невропатолог, окулист, гинеколог.	Физическое развитие и пропорции тела. Степень развития гениталий и вторичных половых признаков. Половое поведение.	Обзорный снимок черепа, костный возраст. Компьютерная томография черепа. УЗИ гениталий. У мальчиков УЗИ надпочечников и компьютерная томография надпочечников. Гормональный профиль ЛГ, ФСГ, ПЛ, тестостерон, эстрогены.	В последующем контроль за акуратным выполнением всех назначений врача. Особенно, если назначены агонисты гонадолиберина.	Стабилизация или минимальное прогрессирование роста и дифференцировки созревания скелета. Стабилизация или регрессия признаков преждевременного созревания (полового). Диспансерное наблюдение постоянное.

Заболевание	Частота осмотра специалистами	Оценка состояния больного во время осмотра	Дополнительные методы обследования	Особенности рекомендаций больным	Критерии эффективности диспансеризации
Синдром Шерешевского-Тернера	Осмотр эндокринологом 1 раз в 6 мес. Гинекологом 1 раз в мес.	Длина тела, характерные стигмы. Состояние наружных и внутренних половых признаков.	Кариотип. УЗИ органов малого таза. Костный возраст.	С наступлением пубертата циклическое лечение эстрогенами и прогестинами.	Удовлетворительный рост и развитие вторичных половых признаков, появление менструаций. Наблюдение постоянное.
Синдром Клайн-фельтера.	Осмотр эндокринологом 1 раз в 6 мес.	Физическое развитие и пропорции тела. Состояние молочных желез, половых органов, интеллект.	Кариотип. Гормональный профиль ЛГ, ФСГ, тестостерон, пролактин. Спермограмма.	Психо-социальная реабилитация. Заместительная терапия андрогенами.	Правильный пубертат. Диспансерное наблюдение постоянное.
Высокорослость.	1 раз в 6 мес.	Динамика роста и полового созревания.			
Несахарный нейротрогенный диабет.	1 раз в 3 мес. Осмотр окулиста и невропатолога 1 раз в год.	Физическое развитие и диабет.	Моча по Зимницкому. Снимок черепа 1 раз в год. Осмотр окулиста поля зрения и глазное дно. При необходимости – КТ или ЯМР.	Антидиуретики. Вакцинация в периоде компенсации.	Нормальное физическое развитие. Отсутствие полидипсии и полиурии. Наблюдение постоянное.
Церебральный гипотиреозный нанизм.	1 раз в 6 мес.	Динамика физического и полового развития. Наличие симптомов гипотиреоза и гипотиреоза.	При необходимости снимок на костный возраст.	Заместительная терапия гормоном роста, тиреоидными гормонами. Лечение ХГ в периоде пубертата. Вакцинация в периоде компенсации падающим метаболитом.	Удовлетворительная динамика роста и полового развития. Диспансерное наблюдение постоянное.
Болезнь Иценко-Кушинга и синдром Иценко-Кушинга.	1 раз в 3-6 мес. после лечения в стационаре.	Физическое развитие. Признаки гиперкортицизма: ожирение, стрии, остеопороз, состояние сердечно-сосудистой системы, характер пигментации.	Компьютерная томография гипоталамуса. Суточная секреция 17КС с мочой. Осмотр окулиста и невропатолога ежегодно и магнитно-резонансная томография гипоталамуса и КТ и ЯМР надпочечников.	Лечение. Лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое лечение. По показаниям заместительная терапия гормонами (в случае гипоталамической недостаточности лечения гормоном роста, гонадотропинами).	Восстановление трудоспособности, стойкая нормализация АД. Постоянное диспансерное наблюдение.

О ВРЕМЕННЫХ ОТРАСЛЕВЫХ СТАНДАРТАХ ОБЪЁМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, заболеваниях соединительной ткани (ПРИКАЗ №151 от 7 мая 1998 года)

№ п/п	Нозологическая форма	Диагностические процедуры	Процент нуждающихся в обследовании	Кратность обследования	Лечебные мероприятия	Средние сроки наблюдения			Критерии оценки
						осл.	неосл.	осл./неосл	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Острый миокардит (неревматический)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма С-реактивный белок Серомукоид Сиаловые кислоты Гаптоглобин Иммуноглобулины ЦИК и другие Электролиты: калий натрий кальций ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога	100 ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> 100 100 100 100	1 р/7-10 дн. ->> 1 р/мес. ->> ->> ->> ->> ->> 1 раз->> 1 р/14 дн. 1 р/14 дн. 1 р/мес. 1 раз однократно <*> <*>	Нестероидные противовоспалительные препараты. Глюкокортикоиды (при наличии сердечной недостаточности). Сердечные гликозиды. Диуретики (при тяжелой сердечной недостаточности и наличии отеочного синдрома) Рибоксин, панангин, оротат калия.	1,5-3 мес.	1-2 мес.	в течение 1 года	Исчезновение клинических симптомов миокардита. Нормализация ЭКГ и параметров ЭхоКГ. Отсутствие признаков сердечной недостаточности

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	Кардиопатии								
	гипертрофическая	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма С-реактивный белок Серомукоид Сиаловые кислоты Гаптоглобин Иммуноглобулины ЦИК и другие	100 ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->>	1 р/7–10 дн. 1 р/14 дн. 1 р/мес. ->> ->> ->> ->> однократно ->> 1 р/14 дн.	Препараты, улучшающие сократимость и релаксацию миокарда (анаприлин, изоптин, кордарон). Хирургическое лечение (миозектомия) при рефрактерной сердечной недостаточности	1,5 мес.	1 мес.	постоянно	Исчезновение или уменьшение клинических проявлений и симптомов сердечной недостаточности. Улучшение функций левого желудочка
	гипертрофическая	Электролиты: калий натрий кальций ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ ФКТ ЭхоКГ R-графия грудной клетки КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога	->> ->> ->> 100 100 100 100 100 100	1 р/14 дан 1 р/мес. ->> однократно <*> <*>					
	дилатационная	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма С-реактивный белок Серомукоид Сиаловые кислоты Гаптоглобин Иммуноглобулины	100 ->> ->> ->> ->> ->> ->> ->>	1р/7–10 дн. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->> ->> ->> ->> однокр.	Сердечные гликозиды (дигоксин, изоланид, дигоксин). Диуретики Кортикостероиды (преднизолон) при значительном снижении фракции выброса и рефрактерной сердечной недостаточности	1,5–2 мес.	1,5 мес.	Постоянно	Уменьшение клинических проявлений и симптомов сердечной недостаточности. Увеличение фракции выброса.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		ЦИК и другие Электролиты: калий натрий кальций ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога	->- ->- 100 ->- ->- ->- 100 ->-	->- 1 р/мес. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->- однокр. <*> <*>	сти. Препараты калия. Кордарон при аритмиях. Антиагреганты. Антикоа- гулянты при тромбоэмбо- лиях. Ингибиторы АПФ				
	рестриктивная	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма С-реактивный белок Серомукоид Сиаловые кислоты Гаптоглобин Иммуноглобулины ЦИК и другие Электролиты: калий натрий кальций ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ	100 ->- ->- ->- 100 ->- ->- ->- ->- ->- 100 ->- ->- ->-	1р/7–10 дн. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->- 1 р/мес. ->- ->- однокр. ->- 1 р/мес.	Диуретики. Препараты, улучшающие диастолическую функцию миокарда. Сердечные гликозиды Препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде.	2–3 мес.	1,5 мес.	Пожизненно	Уменьшение клинических проявлений и тяжести сердеч- ной недостаточ- ности.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		R-графия грудной клетки КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога	100 ->-	<*> <*>					
3	Перикардиты								
	острый (серозный и экссудативный)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма Титры стрептококковых антител С-реактивный белок Иммуноглобулины ЦИК и другие ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки Реакция Манту КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога Фтизиатра Инфекциониста Кардиохирурга	100 ->- ->- ->- ->- ->- ->- 100 ->- ->- ->- 70 100 ->- 30 30 50	1р/7-10 дн. 1 р/ 14дн. ->- ->- ->- однокр. ->- 1 р/ 7дн. ->- 1 р/14 дн. однокр. однокр. <*> <*> <*> <*> <*> <*>	Нестероидные противовоспалительные средства. Преднизолон. Диуретики (при экссудативном перикардите). Перикардиоцентез при тампонаде сердца.	1,5 мес.	1 мес.	6 мес./1 год	Исчезновение болей в области сердца и шума трения перикарда. Нормализация ЭКГ, гуморальных показателей.
	хронический (экссудативный)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма Титры стрептокок-	100 ->- ->- ->-	1р/7-14 дн. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->-	Нестероидные противовоспалительные средства. <*>Кортикостероиды <*>Диуретики	3-4 мес.	2-3 мес.	Пожизненно	Исчезновение или уменьшение тяжести и симптомов сердечной недостаточ-

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		ковых антител С-реактивный белок Иммуноглобулины ЦИК и другие ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки Реакция Манту КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога Фтизиатра Инфекциониста Кардиохирурга	->- ->- ->- 100 ->- ->- ->- 70 100 100 70 30 50	->- однокр. ->- 1 р/ 7–14дн. 1 р/14 дн. 1 р/мес. 2х-кратно однокр. <*> <*> <*> <*> <*>	<*> Противотуберкулёз- ные препараты				ности
	констриктивный	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма Титры стрептокок- ковых антител С-реактивный белок Иммуноглобулины ЦИК и другие ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫЕ: ФКГ ЭКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки	100 ->- ->- ->- ->- ->- 100 ->- ->- ->- 70	1р/7–14 дн. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->- ->- однокр. ->- 1 р/ 14дн. 1 р/7–10 дн. 1 р/мес. <*> однокр.	Нестероидные противо- воспалительные средства. <*> Кортикостероиды <*> Диуретики <*> Противотуберкулёз- ные препараты. <*> Перикардэктомия	1,5 мес.	1 мес.	Пожизненно	Уменьшение тя- жести наруше- ния кровообра- щения

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Реакция Манту КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога Фтизиатра Инфекциониста Кардиохирурга	100 100 70 30 50	<*> <*> <*> <*> <*>					
4. Инфекционный эндокардит		ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма Титры стрептококковых антител С-реактивный белок Иммуноглобулины ЦИК и другие 3-5-кратный посев крови на стерильность ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ФКГ ЭКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки Реакция Манту КОНСУЛЬТАЦИИ: ЛОР-врача Стоматолога Фтизиатра Инфекциониста Кардиохирурга	100 ->- ->- ->- ->- ->- ->->- 100 ->- ->- ->- 70 100 100 70 30 50	1р/7–14 дн. 1 р/ 14дн. 1 р/мес. ->- ->- однокр. ->- 1 р/мес. 1 р/ 14дн. 1 р/7–10 дн. 1 р/мес. <*> однокр. <*> <*> <*> <*> <*>	Антибактериальные препараты с учётом клинической картины и чувствительности бакфлоры. Антистафилококковая плазма и гаммаглобулин. Антигрибковые препараты при грибковом эндокардите. Гемосорбция и плазмаферез. Иммуноглобулины. При тромбоцитопении — переливание тромбоцитарной массы и дицинон. Кортикостероиды в малых дозах (только при развитии иммунопатологических феноменов).	3–4 нед	2–3 нед	Не менее 1 года	Нормализация температуры и гуморальных показателей. Исчезновение симптомов поражения сердца, других органов сердечной недостаточности. Исчезновение или уменьшение размеров вегетации на ЭхоКГ. Трёхкратный отрицательный посев крови на стерильность.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Острая сердечная недостаточность	ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ КЦС КОНСУЛЬТАЦИИ: Реаниматолога Анестезиолога	100 100 100 100	По показаниям <*> <*>	Нитроглицерин сублин- гвально. Фуросемид Эуфиллин Допамин (добутамин) в/в Сердечные гликозиды (строфантин или коргли- кон) при сниженном и нормальном АД, в/в Нитропруссид натрия в/в Бикарбонат натрия в/в <*> Наркотики (проме- дол, фентанил)	1–2 мес.	1 мес.	С учётом характера основного заболевания	Благоприятная динамика уменьшение цианоза, одыш- ки, исчезновение пенистых выделе- ний, хрипов в лёгких. Нормализация показателей сер- дечно- сосудистой сис- темы
6.	Хроническая сердечная не- достаточность	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма, СРБ Титры стрептокок- ковых антител Билирубин Трансаминазы Электролиты (калий, натрий, кальций) КЦС Газы крови ФУНКЦИОНАЛЬ- НЫЕ R-графия грудной клетки ЭКГ ФКГ ЭхоКГ	100 100 100 ->- ->- ->- ->- ->- 100 ->- 100 ->- 100 ->- ->- ->-	1 р/7–10 дн. ->- 1 р/3 нед ->- ->- ->- ->- ->- ->- 1 р/7–10 дн. 1 р/мес. 1 р/мес.	Строгий постельный или полупостельный режим. Ограничение жидкости и поваренной соли. Сердечные гликози- ды. Диуретики. Ингибиторы ангио- тензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина (козаар). Препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде. Антиагреганты.	2–3 мес.	1,5–2 мес.	До передачи в клинику для взрос- лых	Уменьшение или полное исчезно- вание признаков сердечной не- достаточности: одышки, исчезновение тахикардии, оте- ков, уменьшение размеров печени.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Пароксизмальная тахикардия, суправентрикулярная форма									
	- ортодромная форма (узкий комплекс QRS)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ R-графия грудной клетки ЭКГ ФКГ ЭхоКГ	100 100 70 100 100 100	Во время приступа -><*> Во время приступа 1р/нед 1 р/мес.	АТФ, изоптин. Сердечные гликозиды (строфантин или дигоксин). Новокаинамид, Кордарон и др. в/в	5-7 дн. после купирования приступа	1-3 дн. после купирования приступа	При рецидивировании приступов до передачи во взрослую поликлинику	Восстановление синусового ритма. Нормализация ЭКГ Исчезновение признаков сердечной недостаточности (если они возникали во время приступа)
	- антидромная форма (широкий комплекс QRS)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ R-графия грудной клетки ЭКГ ФКГ ЭхоКГ	100 100 70 100 100 100	Во время приступа -><*> Во время приступа ежедневно 1 р/мес. 1р/мес.	АТФ, гилуритмал (аймалин). Новокаинамид, кордарон и др. в/в	1-3 дн. после купирования приступа	1-3 дн. после купирования приступа	->-	->-
	Пароксизмальная желудочковая форма	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи	100 100	Во время приступа ежедневно	Лидокаин, новокаинамид, кордарон в/в	3-5 дн. после купирования приступа	1-3 дн. после купирования приступа	->-	->-
		ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки	100 100 100 70	Во время приступа ежедневно 1 р/мес. 1р/мес. <*>					

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Экстрасистолическая аритмия (идиопатическая форма)	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ ФКГ ЭхоКГ R-графия грудной клетки	100 100 100 100 100 100	1 р/10 дн. 1 р/мес 1 р/10 дн. 1 р/10 дн. При поступлении	Антиаритмические препараты: I группы: этmozин, этазин, аймалин, алапинин, новокаиनाмид и др. II группы: анаприлин (обзидан) и др. III группы: кордарон, сатолол и др. IV группы: верапамил (изоптин, фенотипин) и др.	2-4 нед	2-4 нед	При сохранении экстрасистол до 60% или полное их исчезновение.	Урежение числа экстрасистол до 60% или полное их исчезновение.
8.	Мерцательная аритмия	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма, СРБ Билирубин Трансаминазы Титры стрептококковых антител С-реактивный белок Гаптоглобин Серомукоид Иммуноглобулины Циркулирующие иммунные комплексы ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ЭКГ ФКГ	100 100 100 ->- ->- ->- ->- ->- ->- <*> <*> 100 100 ->- ->-	1р/7-10 дн. 1 р/14 дн. однократно ->- ->- ->- ->- ->- однокр. ->- ->- 1 р/10 дн. 1 р/10 дн. 1 р/мес. однократно	Лечение основного заболевания + сердечные гликозиды. Анаприлин или кордарон. Диуретики при наличии хронической сердечной недостаточности. При идиопатической форме в случае отсутствия эффекта от антиаритмической терапии показана электроимпульсная терапия.	2 мес.	1,5-2 мес.	До передачи в поликлинику для взрослых	Восстановление синусового ритма или Урежение частоты сердечных сокращений до нормы при сохранении мерцания или трепетания предсердий. Уменьшение или исчезновение клинических проявлений сердечной недостаточности.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Общий анализ мочи КЩС Газы крови Электролиты (калий, натрий, кальций, фосфор) ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЭКГ	100 100 100 100 100	->- 1 р/мес. ->- ->- 1 р/14 дн.	Фуросемид. Эуфиллин, преднизолон внутривенно. Строфантин или дигоксин внутривенно (осторожно). Нитропруссид натрия внутривенно. Гепарин и Антиагреганты при тромбоэмболии легочной артерии.			нику для взрослых	признаков: кашель, одышка, мокрота. На R-грамме нет признаков инфильтрации. Нормализация анализа крови
12.	Хроническое легочное сердце	ЛАБОРАТОРНЫЕ: Общий анализ крови Общий анализ мочи Протеинограмма Билирубин Трансаминазы С-реактивный белок Циркулирующие иммунные комплексы Газы крови КЩС Электролиты (калий, натрий, кальций, фосфор) Функция внешнего дыхания ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ: ФКГ ЭКГ ЭхоКГ R-графия органов грудной клетки	100 100 100 100 100 100 100 <*> ->- ->- ->- ->- 100 100 100 100	1 р/7-10 дн. ->- 1 р/14 дн. ->- ->- ->- 1р <*> ->- ->- ->- ->- 1 р/14 дн. ->- ->- однократно	Лечение основного заболевания. Эуфиллин. Антагонисты кальциевых каналов (нифедипин и др.). Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента.	2-3 мес.	1-2 мес.	До передачи в поликлинику для взрослых	Уменьшение признаков переломов груди признаков грудных отделов сердца (по данным ЭКГ и ЭхоКГ) и симптомов правосторонней сердечной недостаточности, восстановление газов крови.

СПИСОК НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИХ ДОКУМЕНТОВ

1. «Положение о профилактических осмотрах детей, посещающих образовательные учреждения», утверждено совместным приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования РФ № 186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях» (приложение №1 к приказу).

2. «Инструкция по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов», утверждена приказом Министерства здравоохранения РФ № 60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов».

3. «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте до 4-х лет» и «Временные отраслевые стандарты по профилактической работе с детьми в возрасте от 4-х до 18 лет», утверждены приказом Министерства здравоохранения РФ № 151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям» (приложения № 23 и № 24).

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 621 от 30.12.2003 «О комплексной оценке состояния здоровья детей».

5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 310 от 09.12.2004 «Об утверждении карты диспансеризации ребенка».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №83 от 16.08.2004 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования) и порядок проведения этих осмотров (обследований)».

7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 487 от 29.07.2005 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

8. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах: М., 1982.

9. Методические указания: Использование скрининг-тестов при массовых медицинских обследованиях детей дошкольного и школьного возрастов, М.-1984.

10. Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы. – М., Промедэк, 1993.

11. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Руководство по врачебному профессиональному консультированию подростков.- М.: Издательский Дом «Династия», 2004.- 200 с.

12. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (руководство для врачей) -М.: Издательский Дом «Династия», 2004.- 168 с.

13. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах /Пособие для врачей, утв. Минздравсоцразвития РФ 23.12. 2004.-М, 2005.-107 с.

14. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечнососудистой системы подростков 15—16 лет /Пособие для врачей. — Утв. Минздравсоцразвития РФ 28.11.2003.- М., 2004.- 47 с.

15. Нормативы физического развития, показателей психомоторных и когнитивных функций, умственной работоспособности, школьной адаптации и вегетативной лабильности, деятельности сердечнососудистой системы подростков 17—18 лет /Пособие для врачей. - Утв. Минздравсоцразвития РФ 23Д2.2004.-М., 2005.- 57 с.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Какой из ниже перечисленных факторов не позволяет отнести новорожденного ребенка ко 2 группе риска по Сотниковой:
 - а) хронический гастрит у матери;
 - б) сахарный диабет у матери;
 - в) генитальная патология;
 - г) патология родов;
 - д) хронический пиелонефрит.
2. Какова частота осмотра педиатром доношенного ребенка первого года жизни:
 - а) ежемесячно;
 - б) 2 раза в месяц;
 - в) 1 раз в 2 месяца;
 - г) 1 раз в 3 месяца
3. Частота наблюдений участковым педиатром за детьми с хроническим гастритом и хроническим гастроудоденитом составляет:
 - а) 1 раз в год;
 - б) 1 раз в 2 месяца;
 - в) 1 раз в 3 месяца;
 - г) 1 раз в полгода
4. Частота осмотров в течение года участковым педиатром больных бронхиальной астмой составляет:
 - а) 1 раз в год;
 - б) 2 раза в год;
 - в) 3 раза в год;
 - г) 4 раза в год
5. Частота осмотров в поликлинике в течение года ЛОР-врачом и стоматологом детей, больных бронхиальной астмой, составляет:
 - а) 1 раз в год;
 - б) 1 раз в полгода;
 - в) 3 раза в год;
 - г) 4 раза в год
6. Длительность наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте старше трех лет, составляет:
 - а) 1 мес.;
 - б) 2 мес.;
 - в) 3 мес.;
 - г) полгода
7. Частота наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими острую пневмонию в возрасте до 3 мес., составляет:
 - а) в первые 6мес. -2 раза в мес., затем до года жизни -1 раз в мес.;
 - б) в первые 3 мес. - 2 раза в мес., затем до года жизни- 1 раз в мес.;
 - в) в первые 6мес. -2 раза в мес., затем до года жизни- 1 раз в 2 мес.;
 - г) ежемесячно в течение первого года жизни
8. Продолжительность наблюдения в поликлинике детей с хроническим гастритом и хроническим гастроудоденитом составляет:
 - а) не менее 1 года;
 - б) не менее 2 лет;
 - в) не менее 3 лет;
 - г) не менее 5 лет
9. Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми с язвенной болезнью желудка и ДПК составляет не менее:
 - а) 2 лет;
 - б) 3 лет;
 - в) 5 лет;
 - г) до перевода во взрослую сеть
10. Продолжительность диспансерного наблюдения за детьми с хроническим колитом составляет не менее:
 - а) 1 года;
 - б) 3 лет;
 - в) 5 лет;
 - г) до перевода во взрослую сеть
11. Частота наблюдения за детьми с ДЖВП участковым педиатром:
 - а) 1 раз в мес.;
 - б) 1раз в 2 мес.;
 - в) 1 раз в 3 мес.;
 - г) 1 раз в 6 мес.
12. При наблюдении за новорождённым из группы риска по поражению ЦНС необходимо контролировать:
 - а) повышенную потливость;
 - б) сухость кожных покровов;
 - в) учащенный стул;
 - г) состояние черепных швов, родничков и изменение размеров и формы черепа в динамике
13. Реабилитация в поликлинике детей с хроническим холециститом и холецистохолангитом включает:
 - а) диету №5, приём минеральной воды по схеме 2-3 раза в год;

- б) желчегонные средства, антацидные средства 3 раза в год, витамины;
- в) тьюбажи по Демьянову, ЛФК, физиотерапию;
- г) все вышеперечисленное

14. Длительность наблюдения в поликлинике за детьми, перенесшими пневмонию острую в возрасте старше трех лет, составляет:

- а) 1 мес.;
- б) 2 мес.;
- в) 3 мес.;

- г) 6 мес.;

15. Программа реабилитации детей, перенесших острую пневмонию, включает, кроме:

- а) ЛФК, физиотерапию, плавание, закаливание;
- б) массаж грудной клетки;
- в) витаминотерапию, аэрозольную фитотерапию;
- г) антибактериальную терапию и антигистаминные препараты

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1	б	6	б	11	г
2	а	7	г	12	г
3	г	8	в	13	г
4	г	9	г	14	г
5	г	10	г	15	г

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Врачу передан первичный патронаж к новорожденному ребенку. Мальчику 14 дней. Родился от молодых родителей, страдающих миопией. Беременность I, протекала с гестозом в 1-й и 2-й половине (рвота, нефропатия). Из обменной карты №113 известно, что ребенок от срочных самопроизвольных родов. Закричал после санации верхних дыхательных путей и желудка. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела 3690 г, длина - 52 см. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. Выписан из роддома на 7-е сутки с потерей массы 250 г.

При осмотре: мать жалуется на недостаток молока, докармливает смесью Энфамил-1. Ребенок беспокоен. Рефлексы периода новорожденности вызываются. Физиологические рефлексы живые, симметричные. Кожа и слизистые оболочки чистые. Пупочная ранка сухая, чистая. Большой родничок 3,5х3,5 см, не выбухает. Малый родничок 1х1 см. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Перкуторно - звук легочный. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, селезенка у края реберной дуги. Стул кашицеобразный, 3 раза в сутки. Наружные половые органы сформированы правильно, яички в мошонке.

Задание:

1. Предполагаемый диагноз? Группа здоровья.
2. В какую группу риска по Сотниковой возможно отнести данного ребенка?
3. Составьте план дифференцированного наблюдения за ребенком на участке.

Задача №2

Ребенок 1 год 9 мес., с паратрофией 1ст. и аллергодерматозом. Заболел постепенно: слизистое отделяемое из носа, редкий кашель, температура тела 37,3 С. Самочувствие не было нарушено. Вечером на второй день болезни мать натерла грудную клетку ребенка мазью следующего состава: ментол, камфора, тимол, эвкалиптовое и мускатное масло.

Ночью кашель усилился, стал частым и малопродуктивным. Ребенок не спал, беспокоился. Появилось частое шумное дыхание с затрудненным выдохом, с участием в дыхании крыльев носа и мышц плечевого пояса. При плаче - периоральный цианоз. Зев умеренно гиперемирован. Грудная клетка бочкообразная, коробочный оттенок перкуторного звука. Над легкими на фоне жесткого дыхания много сухих свистящих хрипов, выдох удлиннен, частота дыханий 45 в 1 мин. Частота сердечных сокращений 136 в 1 мин., тоны сердца чистые, слегка приглушены. Печень — у края реберной дуги.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. План диспансерного наблюдения ребенка
3. Реабилитация ребенка на участке.

Задача №3

Андрей 5 мес., поступил в стационар. Ребенок от первой нормально протекающей беременности. Роды на 39- 40 недели, масса при рождении 3750 г. С 2-х

недельного возраста находится на искусственном вскармливании, получает смесь "Малыш", кашу, овощное пюре. 10 дней назад был в контакте с отцом больным ОРВИ. 5 дней назад у мальчика повысилась температура, вначале до субфебрильных цифр, в последние 2 дня температура 38,8-39,5°C. Накануне состояние ещё больше ухудшилось, появилось беспокойство, отказался от еды. Ребенок направлен в стационар.

Состояние при поступлении очень тяжелое, резко выражен цианоз, одышка (до 66-70 в 1 мин.), укорочение перкуторного звука паравертебрально с обеих сторон. В легких на фоне жесткого дыхания единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ЧСС 150 в 1 мин. Печень увеличена до 4 см из под реберной дуги.

На рентгенограмме органов грудной клетки - усиление легочного рисунка за счет реакции межуточной ткани с обеих сторон во всех полях.

Задание:

1. Ваш диагноз?
2. План диспансерного наблюдения ребенка после выписки из стационара
3. Реабилитация ребенка на участке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доскин, В.А. Поликлиническая педиатрия: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002.- 504 с.
2. Лекции по поликлинической педиатрии/Т.И.Стуколовой.– М: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2005. – 448с.
3. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (руководство для врачей)/ Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М.и др. - М.: Династия, 2004.- 168 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии/ Под ред. А.А. Баранова.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007.- 608 с.
5. Руководство участкового педиатра/ Под ред. Проф. Т.Г. Авдеевой.-М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008.- 352с.
6. Участковый педиатр: Справочное руководство /под ред. М.Ф. Рзынкиной, В.Г. Молочного. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 313 с

Типография КрасГМУ
Подписано в печать 19.05.10. Заказ № 1074
Тираж 120 экз.
660022, г.Красноярск, ул.П.Железняк, 1

