

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**



**«ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ»**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ
ПОСОБИЕ**

Ташкент 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного
управления науки и
медицинского образования
МЗР Уз Исмаилов У.С.
« 14 » 2018 г.

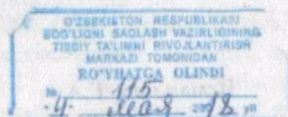
Протокол № 5

«СОГЛАСОВАНО»

Директор Центра
развития медицинского
образования МЗ Р Уз
Янгиева Н.Р.
« 15 » 2018 г.
Протокол № 5

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Учебно-методическое пособие для студентов VI курса
медицинских высших образовательных учреждений



Ташкент – 2018

Составитель:

Закирова У.И.

к.м.н., доцент кафедры Детские болезни
№ 2 лечебного факультета ТМА

Рецензенты:

1. Э.А. Шомансурова

д.м.н., профессор, заведующий кафедры
амбулаторной медицины и физического
воспитания ТашПМИ

2. Т.А. Бобомуратов

д.м.н., профессор кафедры Детские
болезни № 2 лечебного факультета ТМА

Учебно-методическое пособие рассмотрено и утверждено на Центральном
методическом совете ТМА

Протокол № 8 «18» апреля 2018 г.

Учебно-методическое пособие рассмотрено и утверждено на заседании
Ученого Совета ТМА

Протокол № 10 от 25 апреля 2018 г.

Ученый секретарь Ученого Совета ТМА



Исмаилова Г.А.

Аннотация

Настоящее учебно-методическое пособие предназначено для студентов VI курса лечебного «5510100» и медико-педагогического «5111000» учебного направления медицинских высших учебных заведений, врачей общей практики в условиях семейной поликлиники. Преследуют цель ознакомления с понятием и методом проведения диспансеризации детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы, соответствует учебной программе обучения и принципами проведения практического занятия с использованием тестовых и ситуационных заданий, контрольных вопросов и инновационных педагогических технологий для закрепления материала.

Цель — ознакомления с понятием и методом проведения диспансеризации и реабилитации детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.

Задачи — раннее выявление детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы, взятие их на учет, диспансерное наблюдение и комплексное противорецидивное лечение больных, проведения мероприятий по оздоровлению детей и профилактическая работа.

Мотивация- своевременное выявление и амбулаторное лечение острых заболеваний органов пищеварительной системы у детей, правильное диспансерное наблюдение и реабилитация значительно сократят переход их в тяжелые формы и угрожающие состояния, требующих госпитализации в реанимационные отделения.

Межпредметные и внутривидовые связи: знания, полученные на кафедрах анатомии, физиологии, аллергологии, ВОП-терапия, детских болезней, лечебной физкультуры сыграют большую роль в правильной ранней диагностике, своевременной госпитализации и лечении детей с заболеваниями органов пищеварительной системы в амбулаторных условиях, и предупредят развитие тяжелых форм и осложнений.

1. Студент должен знать:

1.1. Анатомо-физиологические особенности системы органов пищеварительной системы у детей. Патологические реакции, возникающие при различных патологических состояниях в системе пищеварения.

1.2. Особенности диспансеризации и реабилитации детей школьного и подросткового возраста с заболеваниями пищеварительной системы.

1.3 Диспансерное наблюдение и реабилитация детей и подростков с хроническим гастритом и гастродуоденитом.

1.4. Диспансеризация и реабилитация детей и подростков с язвенной болезнью.

1.5. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей и подростков с хроническим энтероколитом.

1.6. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей и подростков с дискинезиями желчевыводящих путей.

1.7. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей и подростков с хроническим гепатитом и перенёсших острый гепатит.

1.8. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей и подростков с хроническим холецистохолангитом.

1.9. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с хроническим панкреатитом.

2. Студент должен уметь:

2.1. Правильно проводить осмотр детей и подростков в условиях семейной поликлиники, выявить и интерпретировать жалобы больных с заболеваниями пищеварительной системы.

2.2. Умение правильно собрать анамнез у больного с предполагаемой заболеванием пищеварительной системы.

2.3. Произвести объективный осмотр и физикальное исследование пациента (пальпация живота(поверхностная, глубокая), перкуссия желудка).

2.4. Демонстрация и умение показать диагностические симптомы при заболеваниях пищеварительной системы у детей. – болевые точки Боасса, симптом Менделя, болевая точка Гебса и др.

2.5. Составить план обследования пациента для подтверждения предполагаемого диагноза.

2.6. Разработать план диспансерного наблюдения детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.

2.7. Умение проводить противорецидивное лечение и профилактику детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.

3. Студент должен владеть:

3.1. Основными приемами объективного и физикального обследования детей (перкуссия, аускультация, пальпация живота, диагностические симптомы)

3.2. Методикой составления плана диспансерного наблюдения и реабилитации больных.

3.3. Умением интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.

3.4. Умением работать с медицинскими документами и формами диспансерного больного (форма №112/у, №030/у, № 063 у и другие).

3.5. Способностью поиска литературы и работы с литературными источниками.

Введение

В последние годы проблема заболеваний пищеварительной системы у детей и подростков привлекают к себе особое внимание, так как они имеют чрезвычайно широко распространенность с разнообразием клинических проявлений, развитием серьезных осложнений и необходимостью длительного диспансерного наблюдения после полученного стационарного лечения. Нередко заболевания пищеварительной системы манифестирует в подростковом возрасте. Основными этиологическими факторами развития заболеваний в этом возрасте являются гормональная перестройка эндокринной и иммунной системы, нарушение режима и качества питания, стресс, учеба, чрезмерная физическая нагрузка, запоры, ожирение, некоторые лекарственные средства. [2,5,7]

Метод диспансеризации представляет собой методику динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, диспансерного наблюдения и комплексного лечения больных, проведения мероприятий по оздоровлению окружающей среды, предупреждению развития болезней, реабилитации. Динамические наблюдения за развитием детей и подростков необходимы не только для выявления индивидуальных особенностей роста и созревания, темпа и гармоничности развития, но и являются диагностическим "ключом" к своевременному решению вопроса о показаниях к углубленному обследованию. Нарушения темпа развития, свойственные самым различным хроническим заболеваниям детского и подросткового возраста, адекватно отражают наличие различных интоксикаций, нарушений питания, состояний невротизации и психомоторики. [3,13]

Диспансеризация предусматривает проведение периодических осмотров и динамического наблюдения как за здоровыми, так и за больными детьми, проведение первичной и вторичной профилактики заболеваний, их своевременное лечение и направление в лечебно-оздоровительные учреждения.

Целью диспансеризации является раннее выявление заболеваний, взятие на учет, диспансерное наблюдение и комплексное лечение больных, проведения мероприятий по оздоровлению детей и профилактическая работа.

Задачи диспансеризации — воспитание здоровых детей и подростков, 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.

Основными принципами рациональной диспансеризации являются:

1. Этапность (семейная поликлиника – стационар – местный санаторий, отделение восстановительного лечения – семейная поликлиника).
2. Индивидуальный подход.
3. Систематичность и непрерывность диспансерного наблюдения.
4. Внедрение в практику здравоохранения научно - обоснованных, унифицированных подходов к лечению и профилактике хронической и врожденной патологии.
5. Стандартизация, разработка организационных мероприятий по совершенствованию педиатрической помощи больным детям и подросткам.[3,13]

При осмотре детей и подростков ВОП должен не только выявить у него заболевания, но и оценить уровень физического и нервно-психического развития, резистентность организма, функциональное состояние органов и систем, определить группу здоровья, дать рекомендации по проведению профилактических, воспитательных, оздоровительных и лечебных мероприятий с установлением группы по физкультуре и группы закаливания.

Основными элементами диспансеризации в работе являются: активное выявление больных с начальными стадиями патологического процесса; полное клиническое обследование; динамическое наблюдение за состоянием здоровья; осуществление комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, включающего амбулаторное лечение, госпитализацию, санаторно-курортное лечение, диетическое питание.

Согласно данным последней литературы заболевания пищеварительной системы начинает манифестировать в школьном и подростковом возрасте. [2,3,11] Школьный период делится на младший школьный период (6–9 лет) и средний школьный период (10–14 лет). С младшим и средним школьным возрастом работает медицинский персонал школы и ВОП из СП (семейной поликлиники). С подростковым возрастом (15–17 лет) работает медицинский персонал лицеев, колледжей и подростковый врач из СП. Диспансеризацию детей школьного возраста осуществляется во время плановых осмотров с приглашением специалистов в соответствии со схемой динамического наблюдения здоровых детей.

Согласно приказа МЗ Узбекистана, № 99 от 12.04.2012 года «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан» [14], врач должен организовать диспансеризацию учащихся на территории школы или СП, определять медицинскую группу здоровья для занятий физкультурой и проводить анализ эффективности физического воспитания с оценкой физической подготовки детей. При этом для более тщательного сбора анамнеза следует чаще проводить опросы детей. Обращают внимание на перенесенные заболевания, особенности поведения, темпы физического и психического развития.

Подростковый возраст отличается следующими своими особенностями: биологические, психологические, социальные. Физиологические особенности характеризуются выраженной нестабильностью эндокринной и вегетативной регуляции, эмоциональной лабильностью и сниженной выносливостью к физическим и психическим нагрузкам. Пубертатное ускорение роста у мальчиков и девочек начинается в разном возрасте. У мальчиков наиболее интенсивный рост происходит в 13-15 лет, у девочек - в 11-13 лет. Наступление полового созревания совпадает с подростковым возрастом. Созревание репродуктивной системы заканчивается только к 17-18 годам. [3,5,13]

В подростковом возрасте происходит завершение структурного и функционального развития пищеварительной системы. Следует отметить, что подросткам характерны гиперсекреция и гиперхлоргидрия натошак и в периоде повышения общей и свободной соляной кислоты. Наряду с повышением эвакуаторной активности желудка может отмечаться и спазм пилорического отдела. Эти особенности создают благоприятные предпосылки для формирования функциональных и патологических изменений со стороны желудка. Для желчевыделительной системы подростков характерно выраженная лабильность ее моторной функции с развитием гипер и гипокинезии в зависимости от преобладания влияния парасимпатической или симпатической части вегетативной нервной системы. Что касается особенности секреция желез пищеварительной системы у подростков отмечается высокая ранимость при длительном эмоциональном и физическом напряжении, нарушении режима питания, труда и отдыха.[1,3,5,11]

Вышеуказанные особенности развития подростков могут способствовать увеличению частоты гастроэнтерологической патологии в данной возрастной группе. Поэтому необходима своевременная диагностика, рациональное лечение и диспансерное наблюдение с последующей реабилитацией.

ВОП (врач общей практики) при проведении диспансеризации детей и подростков ежегодно составляет план наблюдения. План включает кратность осмотров участковым ВОП и специалистом соответствующего профиля, кратность и конкретные сроки осмотров другими специалистами или врачами смежных специальностей, объём и кратность необходимых клинических и параклинических исследований, перечень реабилитационных и противорецидивных мероприятий, их кратность в течение года (режим, диета, медикаментозные и немедикаментозные методы, физиотерапия, санаторно-курортное лечение).

Врач разрабатывает тактику ведения детей и подростков на фоне интеркуррентных заболеваний; формулирует обоснование и сроки плановой госпитализации; определяет сроки и показания для снятия с диспансерного

учёта; проводит анализ эффективности диспансеризации. Кроме того, в обязанности ВОП или подросткового врача входит выдача рекомендации по допуску в детские коллективы; организации занятий физической культурой и спортом; проведению профилактических прививок социальной адаптации и реабилитации (показания к освобождению от экзаменов, к обучению на дому, показания к оформлению инвалидности).

По окончании календарного года на каждого пациента, находившегося на диспансерном наблюдении, составляют годовой эпикриз. В годовом эпикризе отражается длительность и динамика заболевания, сопутствующие заболевания, проведённое обследование и лечение, профилактические мероприятия, эффективность диспансеризации, оцениваемой как «выздоровление», «улучшение», «состояние без перемен» или «ухудшение». При ухудшении анализируют его причины.[3,13]

Снятие больного с учёта осуществляют при обязательном участии ВОП и специалиста, наблюдавшего ребенка или подростка. Если по истечении года больного не снимают с учёта, то одновременно составляют план диспансеризации на следующий год. Участковый педиатр проводит анализ диспансеризации всех детей за текущий год в целом и по отдельным нозологическим группам. Итоги диспансеризации всего контингента за год обсуждают на медицинском совете семейной поликлиники.

У детей большое значение имеют режимные моменты, особенности диеты, режим максимального щажения в отношении физических нагрузок, пребывания в школьных и других коллективах. Помимо этого, на фоне интеркуррентных заболеваний обязательен лабораторный и инструментальный контроль течения основного заболевания. Большинство острых заболеваний у подростков с хронической патологией требует их стационарного лечения, в этом случае необходима экстренная госпитализация. Потребность в плановой госпитализации детей и подростков с хроническими заболеваниями связана с диагностическими и лечебными возможностями первичного звена, условиями в семье подростка. Показаниями к плановой госпитализации служат углублённое обследование для уточнения диагноза хронического заболевания; противорецидивное комплексное лечение при невозможности амбулаторного проведения (дети из социально неблагополучных семей; проживающие в отдалённых сельских районах); необходимость планового хирургического или специфического (онкозаболевания, гематология) лечения по поводу основного или сопутствующих заболеваний.[1,3,5]

В таблице №1 представлена схема диспансеризации детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы.

Диспансерное наблюдение детей и подростков с хроническим гастритом и гастродуоденитом.

Хронический гастрит (ХГ) и хронический гастродуоденит (ХГД) – это хроническое рецидивирующее склонное к прогрессированию заболевание, морфологическим проявлением которого является воспаление, дистрофия слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки, сопровождаемое нарушением секреторной, моторной, инкреторной функций желудка и двенадцатиперстной кишки.

Клиническая картина хронического гастрита и хронического гастродуоденита полиморфна, имеет возрастные особенности, зависит от локализации воспалительного процесса и стадии заболевания. Для заболевания характерны 3 синдрома: болевой, диспептический и астеновегетативный. Болевой синдром бывает связан с приемом пищи и отсрочен по времени в зависимости от локализации воспалительного процесса. Клинически наиболее ярко проявляется антральный гастрит, при котором болевой симптом локализуется в эпигастральной и пилорoduоденальной областях. Боли возникают через 1 – 1,5 ч после приема пищи, сопровождаются диспептическими явлениями в виде изжоги, тошноты, отрыжки воздухом. Для фундального гастрита характерны чувства тяжести, «распирания» в мезогастральной области, отрыжка тухлым. Клиническая картина вторичного гастродуоденита обычно включает гастритический синдром: боль в животе, имеющая постоянный, но не интенсивный характер, возникает или усиливается, как правило, после каждого приема пищи (существует четкая связь болевого синдрома с приемом острой и грубой пищи). Из диспептических явлений наиболее характерны тошнота, рвота, отрыжка пищей и воздухом, тогда как кислая отрыжка беспокоит пациентов редко. Язык обложен белым или желтоватым налетом. При пальпации живота отмечают болезненность в эпигастральной области или области пупка. [1,2,6,9]

Для диагностики заболевания необходимо собрать анамнез и выяснить жалобы пациента. Далее проводят общеклиническое физикальное обследование с использованием пальпации, перкуссии и аускультации.

Обязательными лабораторными исследованиями считают общий анализ крови, мочи и кала, анализ кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (определение концентрации общего белка, альбумина, холестерина, глюкозы, билирубина, железа, активности трансаминаз, амилазы). Для диагностики инфекции *H. pylori* назначают инвазивные или неинвазивные (дыхательный тест, определение антител к микроорганизму) методы исследований, согласно рекомендациям Европейской группы по изучению *H. pylori*. Одним из новых методов диагностики инфекции *H. pylori* служит определение ДНК бактерии в копрофильтратах с использованием ПЦР. [3,4,5]

Инструментальные исследования. Фиброзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) и морфологическое исследование тканей желудка — основные методы верификации диагноза. С помощью ФЭГДС можно получить биоптаты слизистой оболочки желудка для определения наличия инфекции *H. pylori*. УЗИ органов брюшной полости показано для диагностики сопутствующей патологии органов гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. При проведении диспансеризации детей и подростков с хроническим гастритом (ХГ) и гастродуоденитом (ХГД) в течение первого года после взятия на учёт наблюдают ВОП каждые 3 месяца, затем 2 раза в год (осенью и весной), ЛОР и стоматологи — 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.

При диспансеризации детей и подростков в условиях СП проводят следующие обследования: ЭФГДС 1 раз в год, исследование желудочной секреции 1 раз в год, анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма 1 раз в год, другие исследования — по показаниям.

Противорецидивное лечение проводят 2 раза в год (весной и осенью) в течение 2—3 нед, оно включает щадящий режим, диету, заместительную ферментотерапию или антацидные средства, витамины, стимулирующие средства, минеральные воды, физиотерапию. [3,8,13]

Следует обращать внимание на соблюдение режима питания с учетом состава желудочного сока (стол № 1 при повышенной кислотности и стол № 2 при пониженной кислотности), питье минеральных вод курсами до 2 месяцев из расчёта 3 мл минеральной воды на 1 кг массы больного на приём. При повышенной кислотности минеральную воду дают через 60–70 мин после еды, при пониженной — за 30–40 мин до еды. Курс лечения минеральными водами (Чиновская, Эссентуки № 4, 17) проводят 2–3 раза в год. При склонности к диарее воду перед приёмом подогревают. Кроме того, при повышенной кислотности рекомендовано пить воду после того, как из неё выйдут газы. При сниженной кислотности пить воду нужно медленно, через соломинку (смаковать).

При пониженной кислотности необходимыми компонентами лечения являются: заместительное лечение: натуральный желудочный сок, ацидин-пепсин, сычужные ферменты — абомин, пепсидил, мексаза, панзинорм в течение 3—4 нед 2—3 раза в год; стимулирующее лечение: пентоксил в течение 10 дней. [3,10,13]

Физиотерапевтическое лечение проводят курсами 2 раза в год, весной и осенью: хвойные ванны (температура 37—37,5 °С) — на курс 10 ванн, парафиновые аппликации на эпигастральную область, на курс 10 процедур, кислородные коктейли 1 раз в день в течение 2 недели.

При повышенной кислотности обязательными компонентами лечения являются: антацидные средства: викалин, алмагель, викаир, алюминия

фосфат — фосфалогель, маалокс в течение 2—6 нед 2 раза в год (весной и осенью).

Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия на эпигастральную область, курс 10—12 процедур, гальванический воротник по Щербаку — 10—15 процедур, парафиновые аппликации на эпигастральную область и спину, 10 процедур 1—2 раза в год.

Занятия физкультурой в течение 1 года после обострения проводят в спецгруппе, далее в подготовительной группе постоянно. Снятие с диспансерного учёта происходит через 3 года после последнего обострения. Группа здоровья III—V.

Диспансеризация детей и подростков с язвенной болезнью

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) - хроническое и рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс, наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой, органов системы пищеварения, развитию осложнений, угрожающих жизни больного. Диспансеризация детей и подростков с язвенной болезнью схожа с хроническим гастритом и гастродуоденитом. ЯБ в фазе обострения характеризуется рядом симптомов местного и общего характера. Среди местных проявлений ведущее значение имеет желудочная диспепсия, которая характеризуется тяжестью и давлением в подложечной области после еды, отрыжкой, срыгиванием, тошнотой, неприятным привкусом во рту, особенно по утрам, жжением в эпигастрии и изредка изжогой. Кишечная диспепсия проявляется переливанием и урчанием в животе, метеоризмом, нарушением стула. [2,3]

«Золотым стандартом» диагностики ЯБ остается эндоскопический метод с обязательным гистологическим исследованием, кроме того, в качестве вспомогательных методов могут быть использованы как рентгенографический, так и УЗИ диагностика.

При диспансеризации детей и подростков с ЯБ в течение первого года после взятия на учёт больных наблюдают ВОП каждые 3 месяца, затем 2 раза в год (осенью и весной), ЛОР и стоматологи — 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.

Методы обследования: ЭФГДС 1 раз в год, исследование желудочной секреции 1 раз в год, анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмма 1 раз в год, другие исследования — по показаниям.

Из антисекреторных лекарственных средств, помимо пирензепина, предпочтительно применение препаратов II (ранитидин, фамотидин) и III поколений (аксид, роксатидин). Их применение целесообразно при непрерывной профилактике на фоне рецидивирующего течения, язвенных кровотечений, трудно рубцующихся язв, гиперацидных состояний, эрозивного поражения слизистой оболочки нескольких отделов ЖКТ. Антисекреторной направленностью обладают ингибиторы протонной помпы (омепразол). В настоящее время эрадикационное лечение проводят с использованием трёх- и четырёхкомпонентных схем.[2,10,11]

В комплексном противорецидивном лечении используют и регуляторы моторики ЖКТ: прокинетики (метоклопрамид, церукал, домиридон — мотилиум, дизаприд), из ферментных препаратов применяют микросферы панкреатина — креон 10000.

Противорецидивное лечение проводят 2 раза в год (весной и осенью) в течение 2—3 недель, оно включает щадящий режим, диету, заместительную ферментотерапию или антацидные средства, витамины, стимулирующие средства, минеральные воды, физиотерапию.

Показано физиотерапевтическое лечение: при астеновегетативном синдроме — электрофорез с бромом на воротниковую зону через день, на курс 10 процедур 2 раза в год. При умеренном болевом синдроме — электрофорез на эпигастральную область с прокаинамом (новокаин), кальция хлоридом, папаверином, парафиновые и озокеритовые аппликации курсом 10—15 процедур 1—2 раза в год. Рекомендуются минеральные воды: Ессентуки 17, 4, Смирновская, Славяновская, Боржоми в тёплом виде (36—40°C) без газа по 30—40 дней 3 раза в год — весной, осенью, зимой.[3,113]

Рекомендовано санаторно-курортное лечение: местные курорты, а также Ессентуки, Железноводск, Трускавец через 6 месяцев после обострения под контролем ЭФГДС.

Освобождение от физкультуры показано на 6 месяцев после обострения, затем специальная группа или лечебная физкультура. Инвалидность при осложнённом течении ЯБ оформляют на срок от 6 месяцев до 2 лет.

Диспансерное наблюдение необходимо до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III-IV.

Диспансерное наблюдение детей и подростков с хроническим энтероколитом

Хроническим энтероколитом (ХЭК) называют заболевание кишечника воспалительно-дистрофического характера. Этот термин имеет две составляющие — энтерит, или воспаление тонкого кишечника, и колит, или воспаление толстого кишечника. Поскольку весь кишечник представляет

собой сообщающуюся трубку, то, как правило, не бывает изолированного колита или изолированного энтерита, так как процесс, начавшийся в одном отделе, неизбежно распространяется на другой. На ранних стадиях заболевания, впрочем, возможны и ограниченный энтерит, и ограниченный колит, однако для лечения это не имеет большого значения, поскольку комплекс лечебных мер направлен на лечение энтероколита в целом.[2,6,15]

К первичным признакам энтероколита у детей относится колющая боль, снижение аппетита. Позже добавляются диспепсические нарушения ЖКТ: сменяющие друг друга поносы и запоры, метеоризм, изжога, отрыжка, симптомы интоксикации, признаки нарушения всасываемости, ухудшение внешнего вида (сухость и ломкость волос и кожи, серовато-бледный цвет), проявления анемии и дегидратации (судороги, обмороки), резкое похудение. Как правило, поражается весь кишечник, но встречается узкая локация патологии.

При воспалении тонкой кишки возникает тянущая и ноющая боль в области пупка или по всему животу (с обострениями), понос до 15 раз за сутки со специфическим запахом гнили и частями непереваренной пищи (слизью). Во время обострений возникает гипертермия и тошнота (рвота). Колит (поражение толстой кишки) проявляется острой болью внизу живота, стул редкий, но болезненный (чередуется понос и запор, наблюдаются вкрапления крови).[2,5,6]

Для дифференциальной диагностики необходимо знать, что основные симптомы хронического неязвенного колита (НЯК) — боли в животе и нарушения стула. На клиническую картину хронического неязвенного колита влияет локализация процесса (тотальный, левосторонний, правосторонний колит, сигмоидит). К этой же группе заболеваний могут быть отнесены болезни мальабсорбции - лактазная недостаточность, муковисцидоз, целиакия, пищевая аллергия. В настоящее время участились случаи диагностики синдрома раздражённой кишки на фоне общей вегетативной дисфункции. [2,4,15]

При диспансеризации детей и подростков с ХЭК:

- частота наблюдения ВОП или подростковым врачом — 1 раз в 3 месяцев в течение первого года после обострения, в последующем — 1 раз в 12 месяцев, гастроэнтерологом — 1 раз в год, ЛОР и стоматологом — 1 раз в год, другими специалистами — по показаниям.
- анализы крови, мочи, кала на скрытую кровь, копрограмму 1 раз в 3 мес в течение года после обострения, далее 1 раз в 6 месяцев; анализы кала на яйца глистов, лямблии, дисбактериоз проводят 1 раз в 6 мес.
- рентгенологическое исследование кишечника, ректороманоскопию назначают при постановке диагноза, затем по показаниям.

Противорецидивное лечение детей с ХЭК проводят 2 раза в год в течение 1 месяца. Больным назначают диету № 4. Диетотерапии придают особое значение при болезнях нарушенного кишечного всасывания, в этом случае основными принципами считают применение элиминационных диет и использование в рационе арсенала адаптированных по монокомпонентам лечебных питательных смесей. [3,13]

Ферментотерапия включает панкреатические ферменты (панкреатин, мезим форте), комбинированные препараты (фестал, энзистал, панзинорм). Комбинированные ферменты особенно эффективны при синдроме раздражённой кишки. Заместительное лечение при муковисцидозе включает микрокапсулированные препараты панцитрат и креон 1000, при лактазной недостаточности — препараты лактазы, тилактаза и другие. Эффективно сочетание энтеро-сорбентов с иммуномодуляторами — вифероном, комплексным поливалентным иммуноглобулином. На фоне часто встречающихся нарушений микробиотоза кишечника показаны пробиотики — лакто G, бифиформ, бактисубтил и другие. [10,15]

Минеральные воды; при склонности к диарее — Эссендуки №4, Березовская; при склонности к запору — Эссендуки № 17, Чинабад, Сталинская, Арзни, Славяновская 2—3 раза в год в течение 1 мес.

Детям и подросткам с ХЭК назначают физиотерапевтическое лечение: парафиновые (45— 50°C) или озокеритовые аппликации на область живота на 20— 30 мин, курс 8—10 процедур, электрофорез витаминов В, и С по Вермелю — 10 процедур, электрофорез с прокаинам (новокаин), платифиллином, кальцием на область живота через день до 15 процедур. В фазе ремиссии назначают кишечные промывания, субкавальные ванны, грязи. При спастических болях применяют дротаверин (но-шпа), папаверин, глюкона бутилбромид (бускопан), платифиллин, бенциклан (галидор). [8,10]

Санаторно-курортное лечение детей и подростков с ХЭК рекомендуют через 6 месяцев после обострения (Эссендуки, Железноводск).

Занятия физкультурой на протяжении 6 месяцев организуют в специальной группе, далее до 2 лет — в подготовительной группе. Диспансерное наблюдение 5 лет после последнего обострения. Группа здоровья III—IV.

Диспансерное наблюдение детей и подростков с дискинезиями желчевыводящих путей

Дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) — это функциональные нарушения моторики желчного пузыря и сфинктерного аппарата вследствие несогласованного, несвоевременного, недостаточного или чрезмерного сокращения желчного пузыря и (или) сфинктерного аппарата. Эта форма

заболевания составляет около 70% всех болезней билиарной системы в детском и подростковом возрасте. [1,2,12]

Клинические симптомы при ДЖВП схожи с различными формами патологии желчевыделительной системы. Наиболее распространены следующие клинические симптомы этой патологии: болевой, диспептический, астеновегетативный. Причинами дискинезий служат заболевания органов ЖКТ, расстройства нервно-гуморальной регуляции, аллергия, аномалии жёлчного пузыря.

В зависимости от характера нарушений двигательной функции желчного пузыря и тонуса сфинктера Одди, выделяют следующие типы ДЖВП: гипертонически-гиперкинетическую и гипотонически-гипокинетическую. Гипертонически-гиперкинетическая ДЖВП встречается у детей с повышенным тонусом парасимпатического отдела нервной системы. В большинстве случаев это первичная дискинезия, которая сочетается с невротами, вегетативно-сосудистой дистонией, психосоматическим синдромом. [2,12]

Частота наблюдения детей и подростков с ДЖВП участковым ВОП в течение первого года после обострения — 1 раз в 3 месяца, в течение последующих лет — 1 раз в 6 месяцев, ЛОР и стоматологом — 2 раза в год, другими специалистами — по показаниям. Гастроэнтеролог консультирует ребёнка 2 раза в год после обострения, далее 1 раз в год. [3,12,13]

При обследовании выполняют УЗИ печени и желчевыводящих путей с определением функции жёлчного пузыря (либо холецистографию) 2 раза в год в течение первого года после обострения, далее 1 раз в год; дуоденальное зондирование 2 раза в год, далее 1 раз в год; анализы крови, мочи, кала на яйца глистов и лямблии, копрограмму 2 раза в год; биохимические исследования функции печени (содержание билирубина и его фракций, холестерина, активность трансаминаз, щелочной фосфатазы) проводят 1 раз в год, другие исследования делают по показаниям.

Противорецидивное лечение в течение нескольких месяцев после обострения проводят по 10—14 дней ежемесячно, затем 2 раза в год (весной и осенью) в течение 3—4 нед. Больные получают диету № 5 в течение 1—2 лет после обострения заболевания. Лечение желчегонными средствами проводят в первые 6 месяцев после выписки из стационара по 10 дней ежемесячно, в последующем 2 раза в год (весной и осенью).

С учетом типа дискинезий назначают холекинетики, усиливающие желчеобразование (хологон, дехолин, кукурузы рыльца, холензим, никодин, оксафенамид и др.), холецистокинетики, усиливающие опорожнение жёлчного пузыря (оливковое или подсолнечное масло, сорбитол, ксилит, витаминный чай из шиповника, яичный желток, препараты барбариса,

флавин, карловарская соль, экстракт плодов шиповника — холосас, магния сульфат).[8,10,12]

Больным с ДЖВП проводят тюбажи 1 раз в неделю в течение 6-12 месяцев после обострения болезни, при гипотонических формах дискинезии процедуру выполняют с минеральной водой Эссентуки 17, Чинабад, Арзни, отваром бессмертника, морковным соком. При гипертонических формах дискинезии тюбажи проводят со щелочными минеральными водами типа Смирновская, Славяновская, отваром кукурузных рылец. Показан курс витаминотерапии (гиамин, рибофлавин, аскорбиновая кислота) в течение 3 недели 2 раза в год.

Физиотерапевтическое лечение детей с ДЖВП включает электрофорез с магния сульфатом, кальцием, бромом, прокаинном (новокаин) на область печени (10-12 процедур) или индуктотермоэлектрофорез (10-12 процедур), очокеритовые или парафиновые аппликации. Санаторно-курортное лечение не ранее чем через 6 месяцев после обострения (Чинабад, Эссентуки, Железноводск).

Занятия физкультурой проводят в специальной группе в течение 3 месяцев после обострения, в дальнейшем в подготовительной. В основную группу ребёнка переводят после исчезновения клинических симптомов заболевания, но не ранее чем через 2 года после обострения.

Больные с ДЖВП находятся на диспансерном учете в течение 3 лет после последнего обострения. Группа здоровья II.

Диспансеризация детей и подростков, перенёсших гепатит

Вирусный гепатит - инфекционная болезнь вирусной природы, передающаяся фекально-оральным, сывороточным, а возможно, и воздушно-капельным путем и характеризующаяся преимущественным поражением ретикулоэндотелиальной системы печени. Возбудителями вирусного гепатита являются вирусы: вирус А - возбудитель инфекционного гепатита и вирус В - возбудитель сывороточного гепатита. Источником инфекции является человек, больной гепатитом, а также вирусоноситель. Больной инфекционным гепатитом А представляет опасность с конца инкубации, в преджелтушный период и в первые 10 дней желтушного периода, хотя выделение вируса может быть и более продолжительным. Сроки изоляции - 3 недели с момента появления желтухи и месяц от начала болезни - установлены эмпирически и неточно отражают истинное положение. При сывороточном гепатите В заразный период продолжительный, выявляются хронические носители антигена. Больные хроническим гепатитом заразительны во время обострений. [1,5,17]

Инкубационный период при инфекционном гепатите колеблется от 15 до 50 дней; наиболее часто он равен 15-30 дням. При сывороточном гепатите этот период удлиняется до 60-180 дней, но чаще всего продолжается 30-45 дней.

Классификация строится с учетом типа болезни, тяжести и течения. К типичным формам относятся желтушная, среди атипичных выделяются безжелтушная, стертая и субклиническая формы. [1,9,17]

Течение гепатита может быть острым, затяжным и хроническим. При остром течении исчезновение клинических проявлений болезни и нормализация основных биохимических изменений происходят в пределах 3 мес. Хорошо выражена цикличность болезни. Желтуха у большинства детей исчезает в первые 2-3 недели болезни, постепенно нормализуются размеры печени, основные биохимические показатели и наступает выздоровление.

При затяжном течении процесс выздоровления задерживается до 4-5-6 месяцев за счет удлинения желтушного периода. У больных, несмотря на снижение уровня билирубина до нормы, сохраняются увеличенные размеры печени, повышенная активность ферментов и другие показатели. Затяжное течение может носить как бы волнообразный характер: нарастание уровня билирубина или активности ферментов после их предшествующего снижения. Ему могут способствовать наслоения ОРВИ, воспалительные процессы, особенно желчных путей. [9,17]

Календарный срок в 6 месяцев, взятый для определения затяжного течения гепатита, весьма условен; он устанавливается не столько по срокам, сколько в зависимости от течения болезни. При благоприятном течении и выздоровлении затяжная форма может продолжаться и 7-8 мес. В то же время уже на 2-3-м месяце болезни возможно формирование хронического гепатита-точное разграничение между ними очень сложно.

Обострения гепатита выражаются в повторном возникновении, а также усилении патологических изменений со стороны печени как во время пребывания в стационаре, так и после выписки. Непосредственные причины обострений носят преимущественно экзогенный характер. Главным образом это интеркуррентные вирусные и микробные инфекции, а также нарушения диеты, режима. Рецидивы отличаются от обострений не сроками появления, а возникновением изменений уже после выздоровления, после достаточно достоверного отсутствия проявлений болезни. Обострения, рецидивы болезни являются одной из причин затяжного течения и перехода в хроническую форму; особенно неблагоприятно их повторное возникновение.

Тактика ведения больного, перенёсшего острый гепатит после выписки из стационара: рекомендована ранняя выписка (на 15-20-й день болезни) сразу после завершения острой фазы даже при наличии остаточных явлений (гепатомегалия, гиперферментемия, диспротеинемия и др.). Долечивание

производят в диспансерном кабинете стационара первый осмотр проводят через 7 дней, последующие — через 1, 3 и 6 месяцев; при отсутствии остаточных симптомов реконвалесцентов снимают с учёта.

Всех переболевших вирусным гепатитом А через 1 месяц после выписки обследуют амбулаторно при стационаре, где они находились на лечении. При каждом посещении определяют содержание билирубина и его фракции, активность трансаминаз, проводят тимоловую пробу, исследуют наличие HbsAg, анти-HCV. Детей, у которых клинико-лабораторные показатели при первом обследовании были нормальными, далее наблюдает в поликлинике инфекционист или гастроэнтеролог (при невозможности — участковый врач) через 3 и 6 месяцев.

Детей с изменёнными клинико-биохимическими показателями наблюдать ежемесячно при стационаре. При значительных и нарастающих клинико-лабораторных отклонениях и обострения заболевания показана повторная госпитализация, наблюдение продолжают до нормализации состояния независимо от календарных сроков. [3,9,17]

Наблюдение за детьми, перенёвшими вирусный гепатит, наряду с участковым ВОП и подростковым врачом осуществляет врач-инфекционист. ВОП осматривает ребёнка в стадии реконвалесценции через 1, 3, 6 месяцев после выздоровления далее 1 раз в 6 мес.

Инфекционист осматривает детей и подростка с такой частотой. Гастроэнтеролог и другие специалисты — по показаниям.

Дети и подростки могут приступать к занятиям в школе или лицее на 40-50-й день после начала болезни, их освобождают от занятий физкультурой 3-6 месяцев, от занятий спортом на 12 месяцев. При констатации неполного выздоровления следует провести исследование с целью исключения хронического гепатита или другой гастродуоденальной патологии.

Проводят биохимическое исследование функции печени каждые 3 месяца, УЗИ печени 1 раз в 6 месяцев, другие исследования по показаниям.

Реабилитацию осуществляют в течение 6 месяцев путём обеспечения диеты витаминотерапии, назначения гепатопротекторов, фитотерапии.

Освобождение от занятий физкультурой выдают на 6 месяцев, далее без ограничений. Диспансерное наблюдение после перенесённого гепатита А ведётся в течение 6 месяцев после клинического выздоровления после гепатита В — в течение 1 года.

Обычно дети с ХГ выписываются на 30-40 день от начала болезни, при этом допускаются умеренная гепатомегалия, гиперферментемия. При выписке из стационара больному выдается памятка с указанием рекомендуемого режима и диеты. В случае, если у ребенка в момент выписки продолжает выявляться HbsAg, сведения об этом вносятся в карту

амбулаторного наблюдения и сообщаются в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту жительства.

Последующее наблюдение желательно проводить в консультативно-диспансерном кабинете, организованном при инфекционном стационаре. При невозможности организации такого кабинета диспансерное наблюдение за перенесшими гепатит В должен осуществлять непосредственно лечащий врач, участковый ВОП СП.

Первый диспансерный осмотр проводится не позже, чем через месяц после выписки из стационара, последующие — через 3, 4, 6 мес. При отсутствии субъективных жалоб и объективных отклонений рековалесценты снимаются с диспансерного учета, а при их наличии они продолжают обследоваться 1 раз в месяц до полного выздоровления. [3,9]

Дети и подростки со значительными или нарастающими клинико-лабораторными изменениями, а также с обострением заболевания или подозрением на формирование ХГ, повторно госпитализируются на предмет уточнения диагноза и продолжения лечения. Повторной госпитализации подлежат и дети, у которых, хотя и отсутствуют признаки хронического гепатита, но имеется стойкая HBs-антигемия. В дальнейшем такие дети подвергаются клинико-лабораторному обследованию по показаниям. [3,9,18]

Окончание диспансерного наблюдения и снятие с учета осуществляется в тех случаях, если при 2-х очередных обследованиях фиксируется нормализация клинических и биохимических данных, а в крови не выявляется HBsAg.

При благоприятном течении болезни рековалесценты могут быть допущены в учебные учреждения или к занятиям в школе и лицее через 40-50 дней после выписки из стационара. Школьники и подростки освобождаются от занятий физкультурой на 6 мес., а от участия в соревнованиях — на 1 год. В течение этих сроков рековалесценту разрешаются занятия лечебной физкультурой и другие, дозированные физические нагрузки.

Профилактика острых вирусных гепатитов предусматривает соблюдение гигиенических норм, использование для питья кипячёной воды, обработку продуктов и т.д. Все контактные дети находятся под наблюдением в течение 35 дней со дня изоляции последнего больного. У контактных детей определяют активность аланиновой аминотрансферазы и анти-HAV класса IgM. В очаге инфекции проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

Для профилактики гепатита А разработана живая вакцина, представляющая ослабленные штаммы HAV, а также убитая инактивированная культуральная вакцина (ГЕП-А-ин-ВАК, харвикс 1440 и другие). Стандартный первичный курс состоит из двух доз, вводимых по схеме. Антитела у вакцинированных образуются уже через месяц после иммунизации и сохраняются на протяжении 18 мес. [3,9,17]

Профилактика парентеральных гепатитов сводится к соблюдению правил переливания крови и её препаратов, а также к ограничению показаний для их использования. Полученная детьми и подростками вакцинация против гепатита В в период новорожденности и грудного возраста по календарю прививок обеспечивает поствакцинальный иммунитет в течение всей жизни.

Для профилактики вирусного гепатита А применяют иммуноглобулин. Показанием для использования иммуноглобулина считают уровень заболеваемости и интенсивность формирования эпидемических очагов гепатита А среди дошкольников, учащихся школ и лицеев. В зависимости от показателей заболеваемости в наиболее поражённых возрастных группах рекомендована следующая система использования иммуноглобулина.

При заболеваемости от 5 до 12 на 1000 населения иммуноглобулин назначают только контактировавшим с заболевшими в пределах группы детского дошкольного учреждения, класса или семьи. При показателях 12 и выше на 1000 населения оправдано одномоментное введение иммуноглобулина дошкольникам и учащимся начальных классов школ в начале сезонного подъёма с реализацией этой программы в течение 10—15 дней. Детям в возрасте 1-6 лет иммуноглобулин вводят в дозе 0,75 мл; в возрасте 7-10 лет — 1,5 мл, детям старшего школьного возраста и подросткам -2-2,5 мл. [3,10]

Данные о проведённой профилактике вносят в учётные формы № 63/у и № 26/у. Введение иммуноглобулина можно повторять не более 4 раз с интервалом не менее 12 мес. После введения иммуноглобулина прививки можно проводить через 4—8 недель. Иммунизированных изолируют на 28 дней с момента заболевания. Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому, обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

Диспансерное наблюдение детей и подростков с хроническим холецистохолангитом

Холецистохолангит— это катаральное или гнойное воспаление желчного пузыря, а также вне-и внутрпеченочных желчных протоков. Холецистохолангит (ХХ) у детей обычно инфекционной природы: бактериальной, вирусной, грибковой, может быть токсического происхождения.

В клинической картине холецистохолангита выделяют 3 синдрома: болевой, диспепсический и интоксикационный. Большинство детей жалуются на боли в животе: в области правого подреберья, часто в надчревьё, а иногда разлитые по всему животу. Боли схваткообразные или тупые, ноющие, они могут возникать в виде приступа, в связи с чем дети

нередко поступают в хирургические отделения. Боли чаще начинаются после еды, связаны с приемом жирной, жареной, острой или холодной пищи. Они усиливаются при быстрой ходьбе, во время бега. Диспепсический синдром выражается в снижении аппетита, тошноте, иногда рвоте, урчании в животе, метеоризме, реже поносах. Интоксикация проявляется в виде общей слабости, утомляемости, иногда головной боли, субфебрильной температуры тела; наступает истощение. У многих детей наблюдаются субиктеричный оттенок кожи и склер, явления гиповитаминозов. Язык часто отечен, с отпечатками зубов по краям, обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется болезненность в правом подреберье (области желчного пузыря), особенно при вдохе (симптом Кера), поколачивание ребром ладони по реберной дуге над желчным пузырем также болезненно. Печень увеличена, выступает на 2,5 — 3 см за край реберной дуги. При пальпации толстой кишки определяются урчание, иногда болезненность, отдельные участки могут быть спастически сокращены. [1,6,19]

При диспансеризации частота осмотров ВОП — 1 раз в 3 месяцев в течение первого года 1 после обострения, далее 1 раз в 6 месяцев в течение последующих лет, ЛОР и стоматологом — 2 раза в год, другими специалистами — по показаниям. Гастроэнтеролог консультирует детей 2 раза в течение первого года после обострения, далее 1 раз в год.

При обследовании выполняют УЗИ печени и желчевыводящих путей с определением функции жёлчного пузыря (холецистография по показаниям) 2 раза в год в течение первого года после обострения, далее 1 раз в год; исследование желудочной секреции и дуоденальное зондирование проводят 1 раз в год (по показаниям); анализы крови, мочи, кала на яйца глистов, копрограмму — 2 раза в год; биохимические функции печени (содержание билирубина и его фракций, холестерина, активность трансаминаз и щелочной фосфатазы, амилазы крови и мочи) исследуют 1 раз в год; другие исследования — по показаниям. [3,13]

Противорецидивное лечение проводят 6 месяцев после обострения по 10—14 дней ежемесячно, далее 2 раза в год (весной и осенью) в течение 3—4 недель. Оно включает режим, диету, минеральные воды, витамины, лечение лямблиоза и дисбактериоза, тюбажи, физиолечение, желчегонные средства, холекинетики, спазмолитики, ферментные препараты, предпочтение отдают препаратам содержащим растительные масла.

При сочетании заболевания желчевыводящих путей с дисметаболическими нарушениями, что повышает вероятность билирубинового холелитиаза и у детей, длительно назначают литолитики (квестран, гепатофалм, планта). Литолитическую терапию следует сочетать с гепатопротекторами (силимарин), с папавериноподобными спазмолитиками (хелидонин, дротаверин) и мягкими желчегонными средствами (куркума, отвар кукурузных рылец, бессмертника). Госпитализация показана при

невозможности проведения обследования и лечения в амбулаторных условиях, неэффективности проведенного амбулаторного лечения, сочетании характере патологии выраженном болевом синдроме, интоксикации. [3,4,6,10]

Санаторно-курортное лечение показано не ранее чем через 6 месяцев после обострения (Чинабад, Ессентуки, Железноводск, Трускавец).

Занятия физической группой проводят в специальной группе в течение 6 месяцев после обострения, чаще в подготовительной группе до 2 лет, через 2 года — в основной группе.

Диспансерное наблюдение устанавливают на 3 года после обострения.

Группа

здоровья

III—IV.

Таблица 1 Схема диспансерного наблюдения детей с патологией пищеварительной системы

Заболевания	Частота осмотра ВОП, узких специалистов	Дополнительные обследования	Основные пути оздоровления	Снятие с учета
Хронический гастрит и гастродуоденит	ВОП каждые 3 месяца, затем 2 раза в год (осень, весна) гастроэнтеролог-2-3 раза в год. ЛОР, стоматолог-2 раза в год, другие - по показаниям	ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на яйца глист и лямблии. ЭФГДС 1 раз в год, исследование желудочной секреции, рентгеноскопия желудка по показаниям	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК, физиотерапия, витаминотерапия. Антациды по показаниям. СКЛ	через 3 года после последнего обострения. Группа здоровья III—V.
Язвенная болезнь и предязвенное состояние	ВОП каждые 3 месяца, затем 2-3 раза в год (осенью и весной), ЛОР и стоматологи — 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.	ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на я/г и лямблии. Ежегодно ЭФГДС, желудочная секреция- 1 раз в год, анализ кала на скрытую кровь. Рентгеноскопия желудка- по показаниям.	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК, физиотерапия. В весенние и осенние периоды – курсы противорецидивной терапии. Витаминотерапия в течение года. СКЛ	Через 5 лет после последнего обострения при эндоскопической ремиссии Группа здоровья III-IV.
Дискинезия желчевыводящих путей	ВОП в течение первого года после обострения 1 раз в 3 мес, далее 1 раз в 6 мес, ЛОР и стоматолог 2 раза в год, другие специалисты по показаниям. Гастроэнтеролог 2 раза в	ОАК, ОАМ, кала на я/ г и лямблии, копрограмму 2 раза в год; б/х исследования функции печени 1 раз в год, другие -по показаниям; После обострения: УЗИ печени и ЖП- 2 раза в	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК, физиотерапия. В весенние и осенние периоды – курсы противорецидивной терапии. Витаминотерапия в течение года. Санаторно-курортное лечение	учет в течение 3 лет после последнего обострения. Группа здоровья II.

	год после обострения, далее 1 раз в год.	год в течение первого года, далее 1 раз в год; ФДЗ 2 раза в год в течение года, далее 1 раз в год;		
Хронический холецистохолангит	В течении первого года после обострения: ВОП 1 раз в 3 мес., далее 1 раз в 6 мес, ЛОР и стоматологом 2 раза в год, др. по показаниям. Гастроэнтеролог 2 раза в течение первого года, далее 1 раз в год.	ОАК, ОАМ; кала на я/г, копрограмму — 2 раза в год; печеночные пробы (1 раз в год; другие исследования — по показаниям. УЗИ печени, ЖП и ЖВП путей 2 раза в год после обострения	Диета, режим дня, фитотерапия, ЛФК. 2 раза в год — курсы противорецидивной терапии. Витаминотерапия в течение года. Санаторно-курортное лечение	наблюдение устанавливают на 3 года после обострения. Группа здоровья III—IV.
Хронический энтерит и колит	ВОП 1 раз в 3 месяца в течение первого года после обострения, ЛОР и стоматолог-1 раз в год, аллерголог, невропатолог- по показаниям	ОАК, ОАМ, анализ кала на скрытую кровь, рентгеноскопия, ректороманоскопия по показаниям	Диета, режим, витаминотерапия, ферментотерапия зубиотики по показаниям, физиотерапия, фитотерапия, СКЛ	Снятие с учета при отсутствии обострений в течении 6 лет. Группа здоровья III—IV.
Хронический панкреатит	В течении первого года после обострения: ВОП — 1 раз в 3 мес, гастроэнтерологом — 1 раз в 6 мес, стоматологом и ЛОР — 2 раза в год, другие — по показаниям.	ОАК, ОАМ, глюкоза, активность диастазы в крови и моче, копрограмма 1 раз в 3 мес, УЗИ поджелудочной железы 1 раз в 6 мес, другие исследования — по показаниям.	Режим, диета, витаминотерапия, зубиотики, ферменты по показаниям, фитотерапия СКЛ показано через 6 месяцев после обострения (Чинабад, Ессенуки).	Наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III—IV.
Хронический	ВОП 1 раз в квартал и	Билирубин,	Диета стол №5.	Снятие с учета

гепатит	течение первых 2 лет, далее 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет, далее 1 раз в год, стоматолог и ЛОР— 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.	АЛТ, АСТ, холестерин, протейнограмма, протромбин, ЩФ, ГГТ ФДЗ 1 раз в 3-6 месяцев. ОАК с тромбоцитами 1 раз в 3 месяца. Кал на я/г Моча на желчные пигменты и уробилин -1 раз в месяц.	Систематическая желчегонная терапия и тюбажи не менее 1 раз в 6 месяцев. Физитерапия на область печени 2-3 курса в год.	при отсутствии клиники, норме проб печени и анализов крови, т.е. отсутствие обострений в течении 2-х лет. I группа здоровья III—IV.
---------	--	--	---	---

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим панкреатитом

Хронический панкреатит (ХП) — воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся развитием фиброза в паренхиме и функциональной недостаточностью. Изолированный панкреатит встречается у детей редко, чаще служит признаком сочетанной патологии ЖКТ. Поджелудочная железа (ПЖ) — один из органов пищеварительного тракта, является одновременно железой как внешней, так и внутренней секреции. Внешнесекреторная ее функция состоит в выработке пищеварительного секрета, который по протокам поступает в 12-перстную кишку, где активируется желудочным соком и участвует в переваривании пищи. Внутрисекреторная функция ПЖ заключается в выработке специальными клетками железы гормона инсулина, без которого невозможно усвоение глюкозы в организме. В школьном возрасте у детей чаще развивается хронический панкреатит с латентным или рецидивирующим течением. В острой форме панкреатит у детей встречается в редких случаях. [2,16]

При диспансерзации детей с ХП частота осмотров ВОП детей и подростков — 1 раз в 3 месяцев, гастроэнтерологом — 1 раз в 6 мес, стоматологом и оториноларингологом — 2 раза в год, другими специалистами — по показаниям.

При обследовании выполняют общие анализы крови и мочи, определяют содержание глюкозы, активность диастазы в крови и моче, копрограмма 1 раз в 3 месяцев, УЗИ поджелудочной железы 1 раз в 6 месяцев, другие исследования — по показаниям.

Противорецидивное лечение проводят по 2 недели каждого месяца в течение 6 месяцев, далее 3 раза в год, весной, осенью и зимой, длительностью 1 месяц. В схему лечения входит диета № 5 в течение 2 лет после обострения, ферментотерапия, желчегонные средства, витаминотерапия, минеральные воды, физиолечение. Ведущая роль в медикаментозном лечении принадлежит ферментотерапии. Рекомендованы панкреатические энзимы, липазу, трипсин животного происхождения (креон 10000, панцитрат, мезим форте, трифермент, пролипаза, ораза, сомилтаза). При заместительном лечении возможно использование комбинированных с панкреатином препаратов (дигестал, энзистал, комбицин, пакреофлэт). При обострении процесса используют антиферментные препараты (гордокс, пантрипин). [8,10]

Санаторное лечение показано через 6 месяцев после обострения (Чинабад, Эссендуки). Занятия физкультурой организуют на 2 года в специальной группе, далее в подготовительной группе в течение 1 года, после чего допустим перевод в основную группу без участия в соревнованиях.

наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. Группа здоровья III—IV.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) представляют собой заболевания, длительно протекающие (более 6 мес.) воспалительно-дистрофические и некротические изменения в печени. Они вызываются вирусами гепатитов В, С и дельта без нарушения долькового строения печени. Заболевание проявляется стойкой гепатоспленомегалией, гиперферментемией и диспротеинемией.

ХВГ разделяют: на хронический персистирующий (доброкачественный) гепатит (ХПГ) с благоприятным течением и хронический активный гепатит (ХАГ), имеющий иногда прогредиентное течение с исходом в цирроз печени.[1,5,9]

Хронический персистирующий вирусный гепатит (ХПГ) возникает в условиях генетически детерминированного слабого иммунного ответа. У этих больных все показатели клеточного звена иммунитета (Т-лимфоциты, Т-хелперы, Т-супрессоры, Т-киллеры и др.) пропорционально снижены, что делает невозможным элиминацию вирусосодержащих гепатоцитов; но и воспалительные изменения в печени слабо выражены. Процесс протекает неопределенно длительно, хотя и доброкачественно, нередко на уровне так называемого "минимального" гепатита или даже вирусоносительства.

Хронический активный вирусный гепатит (ХАГ) развивается в условиях дисбаланса иммунной регуляции ввиду преимущественного снижения Т-супрессоров при относительно неизменном уровне Т-хелперов, что приводит к активации В-клеточного звена иммунитета и высокой глобулинопродукции. Избыток противовирусных антител способствует усилению цитотоксических реакций (антителозависимой К-клеточной цитотоксичности), что поддерживает иммунную агрессию, а следовательно, иммунокомплексное поражение печени. При этом липопротеиновые мембраны гепатоцитов приобретают функцию чужеродного антигена, индуцирующего атаку Т-киллеров и К-клеток, что может закончиться лизисом клеток-мишеней, т.е. паренхимы печени. [9,17,18]

Разделение хронического процесса на активный и персистирующий основано на морфологических критериях, но клинические проявления и лабораторные сдвиги этих гепатитов настолько различны, что позволяют рассматривать их раздельно.

Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами включает осмотры ВОП 1 раз в 3 месяцев в течение первых 2 лет, далее 1 раз

в 6 мес. Гастроэнтеролог консультирует ребёнка 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет, далее 1 раз в год, стоматолог и ЛОР — 2 раза в год, другие специалисты — по показаниям.

При обследовании необходимо провести УЗИ печени и желчевыводящих путей, повторяемое каждые 6 месяцев в течение 2 лет, далее 1 раз в год; анализы крови, мочи, кал на яйца глистов исследуют 1 раз в 3 месяцев в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 месяцев; биохимические показатели функции печени (концентрация билирубина, белка и белковых фракций, глюкозы крови, активность трансаминаз и щелочной фосфатазы, тимоловая проба, HBs-антиген и маркерный спектр) исследуют 1 раз в 3 месяцев в течение 2 лет, далее 1 раз в 6 месяцев; дуоденальное зондирование и другие исследования назначают по показаниям.

Противорецидивное лечение проводят месячными курсами 3 раза в год в течение 2 лет, далее 2 раза в год проводят по схеме:

- диета № 5 в течение 3 лет непрерывно;
- «слепые» зондирования 2 раза в неделю в сочетании с приёмом отваров лекарственных трав (бессмертника, кукурузных рыльцев, трилистника, корня одуванчика, листьев мяты перечной, цветов ромашки или желчегонного чая), лактобакгерипа или бификола сухого;
- курсы интерферонотерапии длительностью до 6 месяцев;
- чередующиеся 2-недельные курсы витаминов (С, А, В15, В5, В6 и др.);
- стимулирующее лечение, последовательно 2-недельные курсы пентоксила, дибазола, пантокрина, алоэ, женьшеня и т.д.);
- 2 раза в год курсы минеральных вод (Славяновская, Эссентуки и др.);
- физиолечение, озокеритовые аппликации на область печени.

При хроническом гепатите с признаками фиброза различной степени по показаниям проводят поддерживающие курсы глюкокортикоидов, иммуносупрессоров, мембраностабилизаторов (демифосфон), гепатопротекторов (легалон, эссенциале Н). Интерферонотерапию проводят по рекомендациям из стационара.[3,9]

Профилактика вирусных гепатитов предусматривает соблюдение гигиенических норм, использование для питья кипячёной воды, обработку продуктов и т.д. Все контактные дети находятся под наблюдением в течение 35 дней со дня изоляции последнего больного. У контактных детей определяют активность аланиновой аминотрансферазы и анти-НAУ класса IgM. В очаге инфекции проводят текущую и заключительную дезинфекцию. Прерывание путей передачи инфекции достигается применением индивидуальных шприцев, игл, скарификаторов, зондов, катетеров, систем для переливания крови, другого медицинского инструментария и оборудования. [9]

Для профилактики посттрансфузионного гепатита большое значение имеет строгое соблюдение показаний к гемотерапии.

Специфическая профилактика гепатита В достигается путем пассивной и активной иммунизации детей с высоким риском инфицирования. Для пассивной иммунизации используют иммуноглобулин с высоким содержанием антител к HBsAg.

Иммуноглобулинопрофилактику рекомендуется проводить:

- детям, рожденным от матерей-носителей HBsAg или больных острым гепатитом В в последние месяцы беременности (иммуноглобулин вводится сразу после рождения, а затем повторно через 1, 3 и 6 мес);
- после попадания в организм вирусосодержащего материала (перелита кровь или ее компоненты от больного или носителя HBV, случайные порезы, уколы и пр. с предполагаемой контаминацией вирусосодержащего материала). В этих случаях иммуноглобулин вводится в первые часы после предполагаемого инфицирования и через 1 месяц.
- при длительно сохраняющейся угрозе инфицирования (дети, поступающие в центры гемодиализа, больные гемобластомами и др.) — вводят повторно с различными интервалами (через 1-3 мес. или каждые 4-6 мес).

Эффективность пассивной иммунизации зависит в первую очередь от сроков введения иммуноглобулина. При введении сразу после инфицирования профилактический эффект достигает 90%, в сроки до 2-х дней — 50-70%, а после 5 дней — иммуноглобулинопрофилактика практически неэффективна. [3,9,12]

Санаторно-курортное лечение в местных санаториях, бальнеолечение назначают не ранее 6 месяцев после постановки диагноза (Ессентуки, Железноводск, Пятигорск). При хроническом агрессивном гепатите санаторно-курортное лечение противопоказано.

Освобождение от занятий физкультурой рекомендовано на I год после обострения, далее 2 года показана специальная группа, затем подготовительная группа постоянно. Школьникам выделяют дополнительный выходной день, освобождение от переводных экзаменов, сдачу выпускных экзаменов организуют в щадящем режиме, при печёночной недостаточности освобождение постоянное. При ХАГ занятия физкультурой противопоказаны, школьникам и подросткам организуют обучение на дому, освобождают от переводных экзаменов, сдачу выпускных экзаменов организуют в щадящем режиме. Инвалидность назначают при стойком нарушении функций печени сроком на 2 года, при стойком необратимом нарушении функций печени сроком до 18 лет. Диспансерное наблюдение до перевода во взрослую поликлинику. I группа здоровья III—IV. [3,13]

Технология обучения на практическом занятии

Время: 6 часов	Количество студентов: 8-10
<p>Структура учебного занятия</p> <p>по теме:</p> <p>Диспансеризация и реабилитация детей и подростков с патологией пищеварительной системы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вводное слово преподавателя. 2. Контроль исходного уровня знаний. 3. Коррекция ответов студентов. 4. Инструктаж преподавателя. 5. Самостоятельная работа студентов. 6. Оценка самостоятельной работы студентов. 7. Заключение с индивидуальным анализом. 8. Задание к следующему занятию.
Цель занятия	- ознакомления с понятием и методом проведения диспансеризации детей с заболеваниями органов пищеварительной системы
<p>Педагогические задачи</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разъяснение понятия «диспансеризация» 2. Обучение этапам проведения диспансеризации 3. Обучение принципам диспансеризации детей с заболеваниями пищеварительной системы 4. Обучить правилам составления плана 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - знает понятие о диспансерного наблюдения детей - называет этапы рационального проведения диспансеризации и реабилитации детей - характеризует особенности проведения диспансеризации детей и с заболеваниями пищеварительной системы - умеет составлять план диспансерного

<p>диспансерного наблюдения</p> <p>5.Обучить методике противорецидивного лечения тематических больных.</p> <p>6.Научить проведению оценки группы здоровья детей и снятия с учета диспансерного надзора</p> <p>7.Представить студентам умение работать на приеме больных в условиях СП</p> <p>8. Разъяснение понятия «профилактика заболеваний»</p> <p>9. Оценить уровень знаний студентов</p>	<p>наблюдения детей с различной патологией органов пищеварения</p> <p>- знает принципы проведения противорецидивного лечения больных</p> <p>-умеет определять группу здоровья и показания к снятию с учета диспансерного надзора</p> <p>- может оценить состояние ребенка на приеме, определение физического развития, сбор анамнеза, физикальное обследование, взятие на учет.</p> <p>- умение проводить профилактические мероприятия по оздоровлению ребенка</p> <p>- оформляет результаты работы в виде устного ответа, демонстрации работы на приеме и письменного составления плана диспансеризации детей.</p>
<p>Методы обучения</p>	<p>- демонстрация больных (на муляже, видеоролик)</p> <p>- индивидуальная работа (на приеме, патронаж)</p> <p>- работа в малых группах (ПОО, мозговой штурм и др.)</p> <p>- презентация</p>
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<p>- групповая</p> <p>-индивидуальная</p>
<p>Средства обучения</p>	<p>- раздаточные учебные материалы, методические рекомендации, материалы интернета, слайды, амбулаторные карты детей, формы документов</p> <p>- классическая школьная доска,</p>

	<p>графические органайзеры, комплекты медицинских карт, таблицы, стенды.</p> <p>- муляжи (ребенок), весы, ростомер, патронажная сумка</p>
<p>Способы и средства обратной связи (мониторинг и оценка)</p>	<p>- устный и письменный контроль</p> <p>- контроль и оценка на приеме больных</p> <p>- презентация результатов выполнения учебного задания</p> <p>- представление выполненного отчета по УИРС</p>
<p>Условия обучения</p>	<p>Оснащенные учебные комнаты и кабинеты ВОП в СП № (16,56)</p>

Технологическая карта практического занятия

По теме: Диспансеризация и реабилитация детей и подростков с патологией пищеварительной системы

Этапы работы Время: 6 часов	Содержание деятельности преподавателя	Содержание деятельности студента
--------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------

<p>1 этап</p> <p>Введение</p> <p>8.30-9.10</p> <p>(40 минут)</p>	<p>1.1. Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты.</p> <p>1.2. Знакомит с особенностями учебного занятия.</p> <p>1.3. Проводит оценку исходных знаний студентов.</p> <p>1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии.</p>	<p>Слушают, записывают, уточняют, задают вопросы, отвечают на вопросы.</p>
<p>9.10-9.20</p>	<p>Перерыв</p>	
<p>2 этап</p> <p>Основной</p> <p>9.20- 10.00</p> <p>(40 минут)</p>	<p>2.1. Предоставляет студентам:</p> <ul style="list-style-type: none"> - наглядные пособия, раздаточные материалы, муляж, видеоролик <p>2.2 Демонстрирует на муляже и измерительных приборах осмотр ребенка на приеме, определение весо-ростового показателя</p> <p>2.3. Дает пояснения о правильности проведения осмотра больного ребенка на патронаже</p>	<p>Слушают, записывают, смотрят, рассчитывают, анализируют, на муляже между собой студенты пробуют и демонстрируют педагогу методику проведения осмотра ребенка.</p>
<p>10.00-10.10</p>	<p>Перерыв</p>	
<p>3 этап</p>	<p>3.1. На приеме демонстрирует правила</p>	<p>Принимает активное участие на</p>

<p>Практическая работа студентов</p> <p>10.00-11.20</p> <p>(1 час.20 минут)</p>	<p>позатпного осмотра тематического больного</p> <p>3.2. Тактика ведения, лечения и наблюдения за детьми с различной патологией ПВС</p> <p>3.3 Каждый студент прикрепляется к приемному кабинету ВОП в СП</p>	<p>приеме детей:</p> <p>осмотре ребенка,</p> <p>запись назначения под диктовку ВОП</p>
<p>11.20-12.00</p>	<p>Большой перерыв</p>	
<p>Практическая работа студентов (продолжение)</p> <p>12.00-13.30</p> <p>(1 час 30 минут)</p>	<p>3.4. Контролирует самостоятельную работу студентов по освоению практических навыков по шагам.</p> <p>3.5. Направляет правильное оформление отчета по УИРС</p> <p>3.6. Разъясняет как работать с амбулаторной картой ребенка, бланками медицинских форм, патронажной сумкой</p> <p>3.7 Совместно с ВОП направляет студентов на патронаж</p>	<p>Принимает активное участие на приеме детей и тематических больных, в работе с амбулаторными картами, бланками медицинских форм и участие на патронаже</p>
<p>4 этап</p> <p>Заключительно-результатирующий.</p>	<p>4.1. Делает заключение по теме.</p> <p>4.2. Концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о</p>	<p>Проводят самооценку, взаимооценку.</p> <p>Задают вопросы.</p>

<p>13.30-14.00 (30 минут)</p>	<p>важности проделанной работы для будущей профессиональной деятельности.</p> <p>4.3. Проверяет отчеты студентов и оценивает деятельность студентов на патронаже.</p> <p>4.4. Анализирует и оценивает степень достижения цели учебного занятия в соответствии с критериями оценки текущего контроля.</p> <p>4.5. Дает задание для самостоятельной работы к следующему занятию. Сообщает показатели и критерии его оценки.</p>	<p>Записывают задание.</p> <p>Составляют отчет о проделанной работе, презентуют результаты работы</p>
-----------------------------------	---	---

Контроль знаний, навыков и умений студентов

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной и гепатобилиарной системы у детей.
2. Патофизиологические реакции, возникающие при различных патологических состояниях в системе пищеварения.
3. Клиническая симптоматика основных заболеваний системы пищеварения у детей с элементами дифференциальной диагностики.
4. Возможности клинической и лабораторной диагностики заболеваний органов пищеварения у детей в условиях семейной поликлиники.
5. Критерии диагностики неотложных состояний при болезнях органов пищеварения у детей и принципы оказания первой медицинской помощи.

6. Особенности работы врача по организации диспансерного наблюдения и реабилитации детей с заболеваниями пищеварительной и гепатобилиарной системы на дому, дневном стационаре.
7. Показания к госпитализации детей, оформление направления в стационар.
8. Принципы профилактических мероприятий у детей с патологией органов пищеварения и гепатобилиарной системы.
9. Принципы реабилитации детей с патологией органов пищеварения.
10. Принципы оздоровления и снятия с диспансерного учета детей с заболеваниями органов пищеварения.

Практические навыки

1. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей с хроническим гастритом.
2. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей ЯБ желудка и 12пк.
3. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей с ДЖВП.
4. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей с хроническим энтеритом и колитом
5. Осмотр и составление диспансерного наблюдения лечения больных с хроническим холецистохолангитом
6. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей после перенесенного острого гепатита и детей с хроническим гепатитом
7. Осмотр и составление плана диспансерного наблюдения детей с хроническим панкреатитом.

Пошаговое выполнение практических навыков

№	Навык/действие- осмотр детей школьного возраста
1	Собрать жалобы путем правильных наводящих вопросов
2	Собрать анамнез жизни и заболевания
3	Оцените состояние ребенка на момент осмотра (сознание, активность, реакция на осмотр)
4	Определите тип телосложения
5	Осмотрите кожные покровы (окраска, влажность, тургор) и слизистые (язык).
6	Оцените физическое развитие: рост, вес, ИМТ

7	Костно-мышечная система: подвижность, тонус мышц
8	Определите частоту дыхания
9	Определите частоту сердечных сокращений
10	Выслушайте дыхание в легких: перкуссия, аускультация
11	Выслушайте сердечные тоны, определите характер пульса
12	Пальпаторно определите состояние живота и органов пищеварения. Диагностические симптомы на животе (н-р при ЯБ, пузырьные)
13	Определить границы печени по Курлову
14	Оценка органов чувств (зрение, ЛОР)
15	Оцените характер сна и бодрствования
16	Мочепуспускание: регулярность, безболезненность, цвет мочи.
17	Стул: регулярность, консистенция и цвет кала.
18	Результаты осмотра зафиксируйте, при необходимости определите вмешательства по коррекции выявленных отклонений, при необходимости отправьте к узким специалистам.
19	Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования
20	При необходимости дать рекомендации по медикаментозному лечению
21	Рекомендации по профилактике заболевания
22	Определить группу здоровья
23	Разработать план диспансерного наблюдения

Тесты

Выбрать один или несколько правильных ответов

1. Частота осмотра ВОП детей с хроническим гастритом после обострения:

А. 1 раз в квартал в течение 1 года*

Б. затем 2-3 раза в год

В. 1 раз в год

Г. 1 раз в месяц в течение 6 месяцев

2. Дополнительные обследования при диспансеризации детей с ЯБ:

А. УЗИ печени и ЖВП 2 раза в год

Б. ЭФГДС каждые 3 месяца, рентгенокопия желудка

В. ЭФГДС ежегодно, анализ кала на скрытую кровь*

Г. Фракционное дуоденальное зондирование (ФДЗ)

3. Осмотр узких специалистов при хроническом гепатите у детей:
- А. ЛОР и стоматолог 2 раза в год
 - Б. аллерголог, невропатолог- по показаниям
 - В. Гастроэнтеролог, инфекционист 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет, стоматолог и лор 2 раза в год, другие по показаниям*
 - Г. Инфекционист, лор поквартально
4. Какие инструментальные обследования необходимы детям при хроническом колите:
- А. Рентгеноскопия, ретроманоскопия*
 - Б. УЗИ органов малого таза
 - В. Фракционное дуоденальной зондирование, УЗИ печени
 - Г. УЗИ печени и ЖП, рентгеноскопия
5. Лабораторные анализы специфичные при хроническом панкреатите:
- А. ОАК, ОАМ и кал на я/г
 - Б. ОАК, ОАМ, глюкоза крови, активность диастаз в крови и моче*
 - В. АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин
 - Г. Копрограмма, кал на я.г и лямблии
6. Лабораторные анализы специфичные при хроническом гепатите:
- А. ОАК, ОАМ и кал на я/г
 - Б. ОАК, ОАМ, глюкоза крови, активность диастаз в крови и моче
 - В. АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин*
 - Г. Копрограмма, кал на я.г и лямблии
7. Основные пути оздоровления детей с заболеваниями пищеварительной системы
- А. Диета, режим дня
 - Б. Фитотерапия, ЛФК, физиотерапия
 - В. Курсы противорецидивной терапии
 - Г. Санаторно-курортное лечение
 - Д. Все вышеназванные ответы*
8. Когда проводят снятие с диспансерного учета детей с хроническим гепатитом после последнего обострения

- А. Через 3 года
 - Б. Через 5 лет
 - В. в течение 6 лет
 - Г. При отсутствии клиники, б.х анализов, обострений в течение 2 лет*
9. Когда проводят снятие с диспансерного учета детей с хроническим гастритом после последнего обострения
- А. Через 3 года*
 - Б. Через 5 лет
 - В. в течение 6 лет
 - Г. При отсутствии клиники, б.х анализов, обострений в течение 2 лет
- 10.Какая группа здоровья детей с ЯБ:
- А.3-4*
 - Б.3-5
 - В.2
 - Г.1-2

Ситуационные задачи

Задача № 1

Ребенок в возрасте 12 лет с диагнозом хронический гастрит находился в стационаре с обострением заболевания. После выписки из стационара обратился в семейную поликлинику.

Вопросы:

- 1.Какова частота осмотра ВОП после выписки
2. Дополнительные обследования в СП
3. Основные пути оздоровления
4. Какая группа здоровья у ребенка

Задача № 2

У ребенка в возрасте 14 лет на ЭФГДС обнаружен эрозивный гастрит, получил курс лечение в стационаре. После выписки из стационара обратился в семейную поликлинику.

Вопросы:

1. Какова частота осмотра ВОП после выписки
2. Дополнительные обследования в СП
3. Основные пути оздоровления
4. Какая группа здоровья у ребенка

Задача № 3

Подросток 16 лет находился в стационаре с диагнозом острый вирусный гепатит. После выписки из стационара обратился в семейную поликлинику.

Вопросы:

1. Частота осмотров ВОП в течение 1 года после лечения
2. Дополнительные лабораторные обследования в СП
3. Сколько раз в течение 1 года проводят спирографию
4. Сколько раз в течение 1 года проводят рентгенографию грудной клетки

Задача № 4

Ребенок 15 лет, страдает хроническим гастроуденитом в течение 3 лет. После последнего обострения получил стационарное лечение в больнице. После выписки из стационара обратился в семейную поликлинику.

Вопросы:

1. Составьте план диспансерного наблюдения
2. Составьте план реабилитационных мероприятий.
3. Сроки динамического наблюдения.
4. Каковы критерии эффективности диспансеризации.

Задача № 5

Ребенок 7 лет лечился в стационаре по поводу хронического энтероколита. После выписки из стационара обратился в семейную поликлинику.

Вопросы:

1. План реабилитационных мероприятий.

2. Длительность диспансерного наблюдения.
3. Тактика по проведению профилактических мероприятий.

Сценарии интерактивного метода

1.«Ручка на середине стола»

Выбор темы: Составить план диспансерного наблюдения подростка с хроническим гастритом

Объяснение задачи участникам: на один лист каждый студент записывает один вариант ответа и продвигает лист товарищу, при этом свою ручку отодвигает в центр стола. При отсутствии ответа ручка остается на столе студента. Все ответы обсуждаются совместно в течение 10-15 минут, анализируются верные и неверные ответы и дается оценка участия каждого студента.

2. Метод «Кто больше, кто быстрее»

Выбор темы: Составить план диспансерного наблюдения детей с хроническим холецистохолангитом

Карточка с вопросами по теме (количество карточек равно числу студентов в группе, в каждой карточке по 5 вопросов). Игра проводится в устном виде. Студенты поочередно вытягивают карточки с вопросами. В течении 3 минут каждый студент устно отвечает на серию вопросов(5), написанных в карточке. Вопросы на которые не были даны правильные ответы обсуждаются. Победитель тот, кто больше и быстрее дает ответы.

Контрольные вопросы

1. Дайте понятие термину «Диспансеризация»? Какие цели она преследует?
2. Как проводится организация и планирование диспансеризации?
3. Особенности пищеварительной системы у подростков?
4. Каковы принципы диспансерного наблюдения детей и подростков с хроническим гастритом и гастродуоденитом?
5. Особенности диспансеризация детей и подростков с язвенной болезнью?
6. Как проводят диспансерное наблюдение за детьми с хроническим панкреатитом?

7. Каковы принципы диспансерного наблюдения и реабилитации детей после перенесенного острого гепатита?
8. Каковы принципы диспансерное наблюдение и реабилитации детей с хроническим гепатитом?
9. Назовите основные профилактические мероприятия при проведении диспансеризации детей с заболеваниями пищеварительной системы?
10. Противорецидивное лечение детей и подростков с ЯБ желудка и ДПК.

Критерии оценки текущего контроля

	Экспресс тесты, письменная работа, устный опрос, презентации. Успеваемость в баллах
Критерии оценок	<p>86-100 балл “отлично”</p> <ul style="list-style-type: none"> - полный ответ по теме, на все вопросы отвечает полностью и правильно, активно использует аналитические способности и полученные знания при решении заданий, с использованием интерактивных методов обучения, - Высокое качество проведения приема больного, оформления предварительного диагноза, составления плана обследования больного, интерпретации лабораторных данных, проведения дифференциальной диагностики, лечения с выпиской рецептов; - Высокое качество написания плана диспансерного наблюдения ребенка; - Решение в полном объеме сложных ситуационных задач, тестовых заданий, правильная интерпретация лабораторных исследований, рентгенограмм и других заданий с формированием полного клинического заключения. <p>71 – 85 балл “хорошо”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ответ выше среднего и хорошего качества, соответствующий программе. - Проведение приема больного с обоснованием предварительного диагноза, составления плана

обследования больного. Правильная интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследований. Проведение дифференциального диагноза, назначение планового лечения.

-Грамотное решение ситуационных задач, тестовых заданий, погрешности в оформлении заключения по интерпретации лабораторных анализов, рентгенограмм и ЭФГДС.

-Хорошее качество написания плана диспансерного наблюдения ребенка .

55-70 балл “удовлетворительно”

Участие в разборе темы, средний по уровню ответ с неточностями и ошибками.

-Отдельные погрешности при приеме больных, оформления диагноза, интерпретации результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.

-Среднее качество написания плана диспансерного наблюдения с помощью преподавателя. Назначение планового лечения больному без обоснования необходимости назначения того или другого препарата.

0-54 балл “неудовлетворительно”

-Не имеет точного представления о теме;

-Не участвует в разборе темы.

-не может принимать тематических больных, написание плана диспансерного наблюдения с помощью преподавателя

-не умение интерпретаций результатов лабораторно-инструментальных методов обследований, оформление предварительного и клинического диагнозов, не проводит дифференциальный диагноз, назначение планового лечения

Использованная литература

Основная:

1. Баранов А.А. Детские болезни., М., 2 издание, 2002 г. 880стр.
2. Белоусов Ю.В. Педиатрическая гастроэнтерология. М. 2007г.376стр.
3. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. М. 2009. 2 изд. 706 стр.
4. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология. 2 изд. М. 2015. 816 стр.
5. Шабалов Н.П. Детские болезни. М. Том 1, 8 издание, 2017г. 1776 стр.
6. Якубчик Т.Н. Клиническая гастроэнтерология. Гродно. 2014. 325 стр.

Дополнительная:

7. Бельмера С.В. Болезни желудка и 12пк у детей. М. Учебн. пособие. 2016г.
8. Галицина П.Т. Эффективность лечения заболеваний ЖКТ. М. Учебное пособие. 2017г.
9. Дудник О.В., Орлов С.Н. и другие. Острые и хронические вирусные гепатиты в практике участкового терапевта. Уч. пос. Иваново. 2015. 108 стр.
10. Машковский М.Д. Лекарственные средства 16 изд. М. 1 том. 2017. 1216
11. Мельникова И.Ю. Детская гастроэнтерология. М. Практическое руководство. 2018г. 480 стр.
12. Мельникова И.Ю. ДЖВП. Диагностика и лечение у детей. Педиатрия. М. №1. 2017
13. Новикова В.И., Мельникова И.Ю. Диспансеризация детей и подростков с патологией пищеварительной системы. Уч-мет: пособие. М.2017. 210 стр.
14. Приказ МЗ Узбекистана, № 99 от 12.04.2012 года «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан».
15. Источник:<http://kishechnik.guru/zabolevaniya/tolstyjkishechnik/enterokolit-u-detej.html>
16. Источник: <https://babyfoodtips.ru/20203457-pankreatit-u-detej-simptomy-i-lechenie-dieta/>
17. Источник:<https://vse-zabolevaniya.ru/bolezni-infekcionnie-detskie/virusnyj-gepatit.html>
18. Источник:https://meduniver.com/Medical/profilaktika/virusnii_gepatit_u_rebeka.html
19. Источник: <https://nmedicine.net/xolccistoxolangit-prichiny-simptomy-i-lechenie/>

Список сокращений

- АЛТ-аланинтрансфераза
- АСТ-аспартаттрансфераза
- ВОП- врач общей практики
- ГГТ-гамма глутамил трансфераза
- ДЖВП-дискинезия желчевыводящих путей
- ДПК-двенадцатиперстная кишка
- ЖКТ-желудочно-кишечный тракт
- ЖП-желчный пузырь
- ЖВП-желчевыводящие пути
- ЛФК-лечебная физкультура
- ЛОР- врач уха, горла и носа
- ОАК-общий анализ крови
- ОАМ-общий анализ мочи
- СП- семейная поликлиника
- УЗИ-ультразвуковое исследование
- ФДЗ-фракционное дуоденальное зондирование
- ХГ-хронический гастрит
- ХГД-хронический гастродуоденит
- Н.pylori- хеликобактер-пилори
- НЯК-неспецифический язвенный колит
- ХАГ- хронический активный гепатит
- ХП-хронический панкреатит
- ХПП- хронический персистирующий гепатит
- ХЭК-хронический энтероколит
- ХХ- холецистохолангит
- ХП-хронический панкреатит
- ЩТ-щелочная фосфатаза
- ЭФГДС- эзофагогастродуоденоскопия
- ЯБ- язвенная болезнь

Глоссарий

Антибиотики - класс медикаментов, обладающих антибактериальным действием.

Антидепрессанты - медикаменты, предназначенные для борьбы с депрессией.

Гастроэнтерит - воспаление желудка и кишечника, провоцирующее острые, но обычно преходящие, пищеварительные расстройства.

Гастроэнтероколит - сочетанное острое воспаление слизистых оболочек ЖКТ с преимущественным поражением тонкой или толстой кишок.

Гепатит А - заболевание печени, вызванное широко распространенным на Земле вирусом. Передается через пищу. Прививка от гепатита имеет почти 100%-ную эффективность.

Гепатит В - вирусное заболевание печени

Диспансеризация - это активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов населения с целью раннего выявления заболеваний.

Двенадцатиперстная кишка - отдел пищеварительного тракта, расположенный сразу после желудка, начало тонкого кишечника.

Детские болезни - болезни, характерные для раннего детства:

ветряная оспа, корь, свинка и другие. Могут возникать в зрелом возрасте, но при этом протекают в достаточно тяжелой форме.

Желудок - часть пищеварительного тракта ниже диафрагмы, между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой

Живот - полость в нижней части туловища, в которой находится большая часть органов пищеварения и мочевыводящих путей

Запор - невозможность или затруднения при испражнении каловых масс (менее 3-х раз в неделю).

Иглотерапия - методика китайской народной медицины, позволяющая стимулировать определенные точки на теле.

Иммунитет - состояние невосприимчивости, сопротивляемости организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам.

Иммунная система - система, благодаря которой организм защищается от инфекции, вызванной патогенными микроорганизмами. (

Иммунологическая недостаточность - ослабление или отсутствие иммунного ответа вследствие дефекта системы иммунитета.

Иррадирующая боль - боль, возникающая в здоровом органе за счет прохождения нервных

импульсов по нервным волокнам от большого органа.

Календарь прививок - календарь, который указывает время проведения обязательных прививок детям разных возрастов.

Кабинет врачебный -- специально оборудованное помещение амбулаторно-поликлинического учреждения, предназначенное для врачебного приема.

Кабинет подростковый -- подразделение поликлиники, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи подросткам в возрасте 15--18 лет.

Колика кишечная - острая боль, спровоцированная кишечным спазмом. Колики особенно часто встречаются у младенцев из-за незрелости их пищеварительной системы.

Колит - острое или хроническое воспаление слизистой оболочки ободочной кишки, толстого кишечника.

ЛОР - сокращение, обозначающее специальность врача (отоларинголог, оториноларинголог). Относится к заболеваниям уха, горла, гортани и горла.

ЛФК-лечебная физкультура

Метеоризм - вздутие живота вследствие избыточного количества газов в кишечнике.

Обмен веществ - совокупность всех биохимических реакций внутри организма

Отрыжка - возвращение пищи из желудка или пищевода наружу без рвотных позывов. Часто возникает у младенцев, а также при заболеваниях пищевода и желудка. Часто сопровождается изжогой.

Пальпация - ручное обследование, проводимое врачом, чтобы оценить состояние той или иной части тела.

Педиатр - специалист по лечению детей до 18 лет.

Печень - большая железа, расположенная в верхней правой части живота. Выполняет многочисленные сложные функции синтеза и переработки некоторых веществ.

Подростковый возраст - период развития личности при переходе от детства к взрослой жизни. Начинается в период полового созревания.

Психотерапия - способ лечения психологических и эмоциональных нарушений индивида, основанный на устном общении пациента и врача.

Реабилитация - в медицине подразумевает восстановление здоровья и трудоспособности больных и инвалидов

Спазм - не размеренное, произвольное сжатие отдельной мышцы или группы мышц.

Фиброз - патологическое разрастание соединительной ткани в органе.

Холангит - воспаление желчных протоков, как внутрипеченочных, так и внепеченочных

(одновременно или по отдельности).

Холестаз (застой жёлчи) - нарушение пассажа желчи в виде застоя в желчных протоках.

Холецистит - воспаление желчного пузыря.

Хронический гастрит, хронический дуоденит, хронический гастродуоденит - это хроническое рецидивирующее склонное к прогрессированию заболевание желудка и ДПК

Хроническим энтероколитом называют заболевание кишечника воспалительно-дистрофического характера.

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) представляют собой длительно протекающие (более 6 мес.) воспалительно-дистрофические и некротические изменения в печени

Холецистохолангит - это катаральное или гнойное воспаление желчного пузыря, а также вне-и внутрпеченочных желчных протоков.

Хронический панкреатит (ХП) - воспалительно-дегенеративное заболевание поджелудочной железы

Цирроз - хроническое заболевание печени, характеризующееся реорганизацией ее тканей и повреждением клеток.

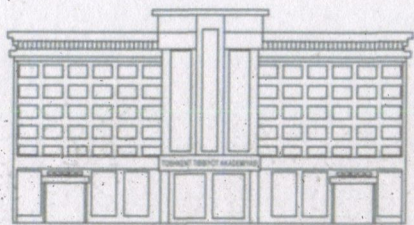
Эзофагит - хроническое воспаление пищевода. Для младенцев эзофагит - главное осложнение

эзофагитального (желудочно-пищеводного) рефлюкса.

Язвенная болезнь желудка и ДПК - хроническое и рецидивирующее заболевание, при котором отмечается язвенный дефект в желудке или ДПК.

Содержание

Аннотация	3
Введение	5
Диспансерное наблюдение детей и подростков с хроническим гастритом и гастродуоденитом	9
Диспансеризация детей и подростков с язвенной болезнью	11
Диспансерное наблюдение детей и подростков с хроническим энтероколитом	13
Диспансерное наблюдение за подростками с дискинезиями желчевыводящих путей	15
Диспансеризация детей и подростков, перенёсших гепатит	17
Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим холецистохолангитом	21
Схема диспансерного наблюдения детей с патологией пищеварительной системы	23
Диспансерное наблюдение за детьми с хроническим панкреатитом	26
Диспансерное наблюдение за детьми с хроническими гепатитами	27
Технология обучения на практическом занятии	30
Контроль знаний, навыков и умений студентов	35
Список литературы	44
Список сокращений	45
Глосарий	46



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

