

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**



**«ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»**

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ
ПОСОБИЕ**

Ташкент 2018

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Главного
управления науки и
медицинского образования
МЗ Р Уз  Исмаилов У.С.
« 24 » мая 2018 г.
Протокол № 5

«СОГЛАСОВАНО»

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

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

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. Ф.М. Шамсиев

д.м.н., профессор. Главный детский
пульмонолог при Минздраве
Здравоохранения Республики
Узбекистан. РСНПМЦП

2. Э.А. Шомансурова

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

Учебно-методическое пособие рассмотрено и утверждена на заседании
ЦМК ТМА, протокол № 8 от «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 6 курса лечебного «5510100» и медико-педагогического «5111000» факультетов медицинских высших учебных заведений, врачей общей практики в условиях семейной поликлиники, входит в состав рабочей учебной программы. Преследуют цель ознакомления с понятием и методом проведения диспансеризации детей и подростков с заболеваниями пищеварительной системы, 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 детей с заболеваниями органов дыхания, принципами проведения практического занятия с использованием тестовых и ситуационных заданий, контрольных вопросов и инновационных педагогических технологий для закрепления материала.

Задачи — заинтересовать студентов на необходимость достаточных теоретических и практических знаний для своевременного выявления детей с заболеваниями органов дыхания, прививать деонтологические принципы отношения к больному ребенку, к его семье, своевременное взятие на учет проведение комплексного противорецидивного лечения и профилактических мероприятий.

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

Межпредметные и внутрипредметные 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 дыхания в амбулаторных условиях, и предупредят развитие тяжелых форм и осложнений.

1. Студент должен знать:

1.1. Анатомо-физиологические особенности системы дыхания у детей. Патофизиологические реакции, возникающие при различных патологических состояниях в системе дыхания. Структуру болезней органов дыхания в группе диспансерного наблюдения.

1.2. Понятие и принципы диспансеризации и реабилитации детей, этапы рационального проведения в условиях семейной поликлиники (СП).

- 1.3. Определение уровня здоровья ребенка. Группы здоровья детей.
- 1.4. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с рецидивирующим бронхитом.
- 1.5. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей после перенесенной острой пневмонии.
- 1.6. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с бронхиальной астмой
- 1.7. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с затяжной пневмонией.

2. Студент должен уметь:

- 2.1. Правильно проводить осмотр детей в условиях СП, выявить и интерпретировать жалобы больных с заболеваниями органов дыхания
- 2.2. Умение правильно собрать анамнез у больного с предполагаемой заболеванием органов дыхания.
- 2.3. Произвести объективный осмотр и физикальное исследование ребенка с заболеваниями органов дыхания (ЧД, перкуссия и аускультация).
- 2.4. Составить план обследования пациента для подтверждения предполагаемого диагноза.
- 2.5. Разработать план диспансерного наблюдения детей с заболеваниями органов дыхания.
- 2.6. Умение проводить противорецидивное лечение и профилактику детей с заболеваниями органов дыхания.

3. Студент должен владеть:

- 3.1. Основными приемами объективного и физикального обследования детей. (ЧД, перкуссия, аускультация, пальпация живота, диагностические симптомы)
- 3.2. Принципами и стилями взаимоотношения «врач-больной».
- 3.3. Методикой составления плана диспансерного наблюдения и реабилитации больных с бронхолегочной патологией.
- 3.4. Умением интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
- 3.5 Умением работать с медицинскими документами и формами диспансерного больного (форма №112/у, №030/у, № 063 у и другие).

Введение

Заболевания органов дыхания у детей занимают одну из первых мест среди детской патологии. Более 30% детей поступают в стационар в связи с острыми заболеваниями бронхолегочной системы: острым бронхитом, острой пневмонией, бронхиолитом. Среди хронических бронхолегочных заболеваний отмечается большое количество детей с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), бронхиальной астмой (БА) и затяжной пневмонией. У детей первого года жизни в структуре заболеваний органов дыхания преобладают острые пневмонии, а у детей более старшего возраста в последние годы увеличивается заболеваемость респираторными аллергиями. [2,7,8]

Основная роль в борьбе с бронхолегочными заболеваниями принадлежит участковым ВОП (врачам общей практики), которые осуществляют раннюю диагностику, своевременную госпитализацию или лечение в домашних условиях. Детей после выписки из стационара ВОП проводят диспансерное наблюдение, реабилитацию и профилактику заболеваний. Диспансерному наблюдению подлежат дети: перенесшие острую пневмонию (ОП); дети с рецидивирующими бронхитами(РБ); больные затяжной пневмонией, бронхиальной астмой(БА), респираторными аллергиями (РА).

Диспансеризация – это активный метод 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. 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. Диспансеризация осуществляется также с целью ранней профилактики, т.е. раннее обнаружение заболеваний и предупреждение их обострений силами первичного звена системы детского здравоохранения.

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. [3,10,11]

Главный врач семейной поликлиники (СП) и заведующий педиатрическим отделением составляют план проведения диспансеризации и профилактических осмотров детей. При организации и осуществлении этой работы педиатрическая медицинская служба руководствуется рядом приказов МЗ Узбекистана, в частности № 352 от 28.07.1994 года «О мерах по организации диспансеризации населения», № 99 от 12.04.2012 года «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан», где говорится о необходимости организации оказания медицинской помощи детям в дошкольных и общеобразовательных учреждениях, об обеспечении качества проведения медицинских осмотров и диспансеризации. Приказ МЗ Узбекистана № 161 от 17.05. 2013 года «О внедрении профилактических мероприятий населению в первичных медико-санитарных учреждениях» также указывает о необходимости проведения правильного и своевременного диспансерного наблюдения в первичных звеньях здравоохранения. [3,5,6]

Основными медицинскими документами диспансерного больного является история развития ребенка (форма №112/у), контрольная карта диспансерного наблюдения (форма №030/у), прививочная форма (№ 063у), которые необходимы для учета и планирования оздоровительных и профилактических мероприятий.

Основными принципами 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.

При осмотре ребенка 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.

Диспансеризация здоровых детей включает: патронаж новорожденных, наблюдение за детьми первого года жизни, 2—3-го года, периодические осмотры дошкольников, и школьников.

ВОП при проведении диспансеризации ежегодно составляет план наблюдения за ребёнком. 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). Кроме того, в обязанности 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). [3,11]

По окончании календарного года на каждого ребёнка, 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.

Группы здоровья детей

Понятие «Здоровье» — это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, характеризующееся динамическим равновесием организма с окружающей средой, а также отсутствием в нем болезней и физических дефектов». После объективного осмотра врач выставляет диагноз: «здоров», «практически здоров», «угрожаемый по какой — либо патологии» (группа риска) или диагноз заболевания, а также указывает группу здоровья 1, 2(А, Б), 3,4,5, группу риска. Стадии шкалы здоровья: полное здоровье, практическое здоровье, предболезнь. Диагностика групп здоровья у каждого конкретного ребенка проводится на основании тщательного анализа 3-х критериев-социального биологического и генеалогического анамнеза, определяющих состояние здоровья и 5 критериев физического развитие, нервно-психическое развитие, уровень резистентности, уровень функционального развития, наличие или отсутствие хронических заболеваний и пороков развития.[3]

Группы здоровья подразделяются:

1. Здоровые дети с нормальным уровнем физического развития и нормальным уровнем основных функций.

2. Дети, имеющие некоторые функциональные и морфологические отклонения, ЧБД (часто болеющие дети):

А) Подгруппа краткосрочного (менее 6 мес.) врачебного наблюдения (реконвалесценты после хирургических вмешательств, травм, перенесенных пневмоний и других инфекций, острых заболеваний, потребовавших госпитализации, дети с начальными проявлениями рахита, белково-энергетической недостаточностью (БЭН), аномалиями конституции и анемии).

Б) Подгруппа длительного (более 6 месяцев) врачебного наблюдения (умеренная миопия, аномалии прикуса, негрубые нарушения осанки, функциональные шумы в сердце, увеличение щитовидной железы в пубертатном периоде).

3. Больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации с сохранением функциональных возможностей организма.

4. Больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации со сниженными функциональными возможностями, но без значительного нарушения самочувствия.

5. Больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, находящиеся в стационаре на постельном режиме.

Для эффективного приема и осмотра детей очень важно правильное взаимоотношение врача с ребенком и их близкими. Врачи должны проникать в духовный мир больного, лучше понимать не только физические, но и их душевные страдания, чувствовать психологическое состояние больного ребенка. При работе педагог обращает внимание студентов на стратегию поведения врача в различных ситуациях. Умение устанавливать и поддерживать контакт с больным является одной из профессионально необходимых врачу черт, так как чем выше уровень речевого искусства врача, тем быстрее и продуктивнее будет достигнут результат лечения. Следует избегать как фамильярности, так и резкого или административно-холодного тона, которые мешают созданию контакта между врачом и больными и могут вызвать тревогу, беспокойство за состояние ребенка и родителей. Иногда улучшению самочувствия и установлению контакта с ребенком или его близкими помогает чувство юмора, игры. Например, при приеме детей старшего возраста рекомендуем разговор начать не с жалоб, опроса самочувствия и симптомах, а расспросить об успехах в школе, увлечениях, далее внимательно выслушав ответы, переходить к осмотру и

опросу. При такой последовательности действий больной чувствует, что врач интересуется не только болезнью, но и его душевным миром, его заботами. При таком общении ребенок проникается доверием и благодарностью к врачу, видя его человеческое участие. [1,3,10]

В таблице №1 представлена схема диспансерного наблюдения детей с бронхолегочной патологией.

Диспансеризация детей с рецидивирующим бронхитом

Рецидивирующий бронхит (РБ) представляет собой воспаление бронхов без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2–3 раза в течение 1–2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Эпизоды бронхита характеризуются длительностью клинических проявлений, в частности 2 недели и более. Между частотой ОРВИ и рецидивирующего бронхита выявлена прямая зависимость. Респираторные вирусы обнаруживают у больных рецидивирующим бронхитом в 2 раза чаще. Частые ОРВИ вызывают гиперчувствительность слизистой оболочки бронхиального дерева, и при повторных ОРВИ развивается бронхит.

Рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ) – обструктивный бронхит, эпизоды которого повторяются у детей раннего возраста на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Критериями обострения рецидивирующего бронхита служат кашель, сухие и разнокалиберные влажные хрипы, отсутствие на рентгенограмме инфильтративных или очаговых теней в лёгких. В анализе периферической крови отклонения минимальны или отсутствуют. У некоторых больных рецидивирующим бронхитом в периоде обострения отмечают синдром бронхообструкции. Однако необходимо учитывать, что свистящие хрипы и удлинённый выдох могут быть обусловлены как обструктивным (воспалительная инфильтрация стенки бронхов, гиперсекреция слизи), так и истинно астматическим синдромом (аллергический отёк, бронхоспазм, гиперсекреция). [1,8,14]

Повторные эпизоды РОБ также возникают на фоне ОРВИ. Клиническая картина такая же, что и при остром обструктивном бронхите. Рецидивы бронхиальной обструкции обычно наблюдают в течение 6-12 месяцев после первого эпизода; у большинства детей они не повторяются. Дети с отягощенной по аллергическим заболеваниям наследственностью, повышенной концентрацией IgE и продолжающимися эпизодами обструкции составляют группу риска по формированию бронхиальной астмы. [8,14]

Диспансеризация детей с РБ проводится в следующем порядке:

1. Частота осмотров во время диспансерного наблюдения ВОП — 2 раза в год, оториноларингологом и стоматологом — 2 раза в год,

пульмонологом — 1 раз в год, аллергологом и иммунологом — по показаниям. Диспансерное наблюдение 2 года. Группа здоровья 2.

2. Методы обследования: ОАМ и ОАК при обострении и после интеркуррентных заболеваний; рентгенография грудной клетки, посевы мокроты, реакция Манту, спирография и ФГС, аллергопробы по показаниям. При хроническом рецидивирующем бронхите необходимо проведение рентгенографии органов грудной полости, посева мокроты, постановка реакции Манту, спирографии, ЭФГДС — по показаниям.

3. Основные методы реабилитации: оздоровление вне обострений по принципам и схемам для часто болеющих детей (диета, режим, закаливание, массаж, ЛФК, санаторно — курортное лечение в местных санаториях), школьники освобождаются от физкультуры на 1 месяц после обострения, далее постоянно занятия в подготовительной группе.

При ранней реабилитации детей с различными формами рецидивирующего бронхита на фоне этиологического лечения назначаются интерферогенные противовоспалительные препараты, бронхолитики и секретолитические средства преимущественно в виде ингаляций, отхаркивающие препараты, охранительный и тренирующий режим. Основные усилия направляют на устранение нарушений бронхиальной проходимости и снижение реактивности бронхов. Антибактериальную терапию назначают по показаниям курсом на 7-10 дней. Ребёнку необходимо давать достаточное количество жидкости.

При поздней реабилитации — назначается санаторно-курортное лечение, а также проводится иммунотерапия адаптогенами растительного и животного происхождения. [3,13,15]

Оздоровление вне обострений осуществляют по принципам схем для часто болеющих детей. Реабилитацию проводят 1-2 месяца в местных санаториях. В летнее время года вне обострения показано климатобальнеологическое лечение 1—3 мес.

Диспансеризация детей с острой пневмонией

Пневмония — острое инфекционное заболевание легких, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов с внутриальвеолярной экссудацией.

Клинические критерии диагностики пневмонии: повышение температуры тела, кашель, физикальные изменения в легких, дыхательная недостаточность. Рентгенологические: инфильтративные изменения в легких. Лабораторные: наличие островоспалительных изменений в гемограмме. [1,7,8]

Выделяют: по этиологии — бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная; по месту возникновения: внебольничная, госпитальная; по морфологическим формам: очаговая, очагово-сливная, моно- или полисегментарная, крупозная, интерстициальная. [8,9]

Показания к госпитализации: дети первого года жизни; дети всех возрастов с осложненным течением пневмонии; дети из неблагополучных социально-бытовых условий, при отсутствии условий для лечения на дому; дети с отягощенным преморбидным фоном; дети, повторно переболевшие ОРВИ и/или пневмонией.

Детей, перенёсших острую пневмонию (ОП) на первом году жизни, посещают участковые ВОП в первые 3 дня после выписки из стационара. Детей первых 3 месяцев наблюдают в течение 6 месяцев с по выздоровлении 2 раза в месяц, затем каждый месяц. Детей, перенёсших острую пневмонию в возрасте 3-12мес, наблюдают в течение года каждый месяц. Детей, заболевших в возрасте от 1 до 3 лет, наблюдают один раз в 2 месяца, старше 3 лет — один раз в квартал. Необходима консультация оториноларинголога и стоматолога для обнаружения и санации хронических очагов инфекции.

После перенесенной острой пневмонии без осложнений из лабораторных исследований ОАК и ОАМ проводится детям 1 раз в месяц в течение 6 месяцев, рентгенологическое обследование органов грудной клетки -1 раз в год. Общий анализ крови и мочи проводится 1 раз в три месяца после деструктивной формы воспаления легких, при этом рентгенологическое обследование органов грудной клетки осуществляется через 6-12 месяцев после выписки из стационара. В данном случае посев мокроты на флору и бронхография — по показаниям.[3,12]

Физиотерапевтические манипуляции включают: 1) фитотерапия - сборы трав с различным действием: усиливающим выделение мокроты, противовоспалительным, иммуномодулирующим, бронхолитическим; 2) лечебная физкультура, массаж грудной клетки (обычный, вибрационный,

точечный); 3) закаливание (воздушные и солнечные ванны, морские купания).

При восстановительном лечении ОП также применяют специальные физиотерапевтические процедуры: 1. ингаляции соляно-щелочные (растворы хлорида натрия, гидрокарбоната натрия, йодида калия); ингаляции с протеолитическими ферментами (трипсин, химотрипсин, мукозольвин); ингаляции отварами лекарственных трав при отсутствии бронхообструктивного синдрома (ромашка, шалфей, мать-и-мачеха); 2. лекарственный электрофорез с кальцием, йодидом калия, сульфатом магния, медью; 3. ультразвук на грудную клетку, область надпочечников; 4. пеллоидотерапия — электрофорез, аппликации; 5. индуктотермия; 6. магнитотерапия.

Реабилитацию детей раннего возраста, перенёвших острую пневмонию, проводят в течение 3 месяцев, старших возрастных групп — 2 мес. При повторной пневмонии за время диспансерного наблюдения производят консультацию пульмонолога, иммунолога. Оптимальной является реабилитация в условиях реабилитационных отделений больниц или в санаториях. Режим включает максимальное использование свежего воздуха, ограничение контакта с больными и носителями патогенной флоры.

Допуск ребенка в ДДУ и школу разрешается через 2 недели после клинико-лабораторного выздоровления. ВОП даёт таким детям рекомендации о необходимости ежедневных занятий дыхательной гимнастикой и ЛФК с постепенным повышением физических нагрузок в подготовительной группе на занятиях физкультурой в школе. При хорошей переносимости физических нагрузок в подготовительной группе через 1-2 месяца возможен перевод в основную группу по физкультуре. В период диспансерного наблюдения дети в школе от экзаменов не освобождаются.

Питание детей, перенесших острую пневмонию, должно быть рациональным и полноценным для соответствующего возраста.

Медикаментозная реабилитация осуществляется только по индивидуальным показаниям, при этом включает стимулирующую терапию и фитотерапию. Стимулирующая терапия проводится повторными 2-3-недельными курсами после острого периода: нуклеинат натрия, метилурацил, дибазол, женьшень, алоэ, настой элеутерококка, витамины В1, В6, В15, С. [4]

Массаж грудной клетки проводится курсами 10-15 дней. В последующем для полного рассасывания воспалительного процесса в легких и укрепления бронхо-легочного аппарата детям рекомендуется санаторно-курортное лечение.

Первичная профилактика включает здоровый образ жизни родителей, в частности отсутствие вредных привычек курения, алкоголизма и т.д. Следует отметить исключение профессиональных вредностей в период беременности и родов и предупреждение острых заболеваний матери во время беременности. У детей, находящихся на грудном вскармливании, рациональном вскармливании, реже отмечаются случаи возникновения легочных заболеваний. Процедуры закаливания организма всеми факторами (солнце, воздух, вода) также благотворно влияют на реактивность ребенка.

Вторичная профилактика предусматривает правильное и своевременное лечение ОРВИ. Во время эпидемий применяют с профилактической целью лейкоцитарный интерферон в нос, 0,25% оксолиновую мазь, настой чеснока. Санация хронических очагов инфекции. Необходима ранняя госпитализация больных пневмонией детей с отягощенным преморбидным фоном, своевременное лечение рахита, белково-энергетической недостаточности (БЭН), анемии, иммунодефицитных состояний.

Диспансерное наблюдение за детьми с затяжной пневмонией

Затяжная пневмония относится к группе хронических рецидивирующих воспалительных неспецифических заболеваний. Патоморфологической основой данного заболевания является пневмосклероз и деформация бронхов. У детей затяжная пневмония (ЗП) чаще формируется на фоне аномалий бронхолегочной системы, наследственных иммунодефицитов, болезней обмена, внутриутробных инфекций, инородных тел дыхательных путей. Критериями диагностики признаны кашель с мокротой, стабильные локализованные хрипы в лёгких, рецидивирующее течение, на рентгенограмме органов грудной клетки — деформация и расширение бронхов и/или пневмосклероз.[1,7,8]

Обострения хронического процесса протекают с клинической картиной острой пневмонии. Лечение обострений следует проводить в стационаре. Вне обострения дети находятся под диспансерным наблюдением в семейной поликлинике.

Дети с осложненным и затяжным течением пневмонии в возрасте до 6 месяцев осматриваются еженедельно в течение двух месяцев после выписки из стационара, затем 2 раза в месяц. В возрасте 6-12 месяцев — еженедельно в течение первого месяца, затем 1-2 раза в месяц. В возрасте 1-3 лет — в первый месяц 2 раза, затем 1 раз в 2-3 месяца.

Из узких специалистов пульмонолог осматривает детей ежемесячно, отоларинголог — 2 раза в год с санацией хронической инфекции, аллерголог и фтизиатр, торакальный хирург - по показаниям. Дети после трех

лет осматриваются через месяц после выписки из стационара, затем 1 раз в квартал. В зависимости от тяжести заболевания частота осмотров ВОП у детей старшего возраста и подростков с осложненным и ЗП при лёгком течении болезни 2 раза в год, среднетяжёлом — 4 раза в год, при тяжёлом — 6 раз в год.

При затяжной пневмонии применяемые методы обследования: анализ крови и мочи перед каждым диспансерным осмотром и после интеркуррентных заболеваний; спирография 2 раза в год; цитология мокроты, посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам 1 раз в год; определение иммуноглобулинов крови, потовая проба, ЭКГ — по показаниям; при обострении и постановке диагноза — рентгенологическое исследование лёгких, далее по показаниям.

Противорецидивные курсы лечения 2 раза в год, если бронхи не деформированы, в противном случае — 4 раза в год. Противорецидивное лечение включает борьбу с курением у подростков и другими загрязнениями воздуха, сокращение контактов с источниками инфекции, охранительный режим, диетотерапию, иммунотерапию (рибомунил, бронхо-мунал, ИРС-19, имудон), аэрозольстерапию, грудные сборы.

В период диспансерного наблюдения рекомендуют постепенное восстановление режима, соответствующего данному возрасту, сокращение времени сна до нормы, увеличение времени прогулок, физической нагрузки. В зависимости от состояния ребёнка решают вопрос о дополнительном дне отдыха или индивидуальном обучении.

Лечебно-реабилитационные мероприятия детей с хронической бронхолегочной патологией (ХБЛП) предусматривает следующее:

1. Режим: щадящее - тренирующий с освобождением от занятий в школе на 1-3 месяца после обострения.

2. Диета: по возрасту, максимально обогащенная животным белком, витаминами и растительным маслом.

3. Медикаментозная терапия:

а) Антибактериальная терапия — при обострении хронического процесса.

б) Муколитики и экспекторанты (карбоцистеин, амброксол, эреспал).

в) Стимулирующая терапия (апилак, растительные адаптогены). г) Витаминотерапии (В1, В6, В15, Е, С). Стимулирующие препараты (элеутерококка экстракт, пантокрин, левамизол, витамины В5, В1, А, РР), отхаркивающие средства и муколитики, бронхолигики. [4,7,8]

г) При БОС назначают стабилизаторы мембран — кетотифен (задитен) до 3—6 мес.

д) Иммунореабилитационная терапия: неспецифические иммуностимуляторы различных групп (метилурацил, пентоксил, ликопид, полиоксидоний, иммунорикс и др.); - препараты микробного происхождения (рибомунил, бронхомунал, ИРС-19); - препараты интерферона (виферон, интерферон).[]

4. Немедикаментозная терапия: а) Физиотерапия (ингаляционная терапия, светолечение, электролечение, теплолечение) — курсами, 2 раза в год при отсутствии деформации бронхов и 4 раза в год при их наличии. б) ЛФК. в) дыхательная гимнастика (по Токареву, по Стрельниковой, респираторно-звуковая гимнастика). г) постуральный дренаж и вибрационный массаж. д) массаж общий и точечный. е) санаторно-курортное лечение (местные санатории в теплое время года). [3,9,13]

5. Закаливание: группа закаливания II-III, щадящие методики, разрешается через 1-2 месяца после обострения.

6. Физкультурная группа: в периоде неполной ремиссии — специальная, затем — подготовительная и основная (без участия в соревнованиях) [16]

7. Вакцинация- по индивидуальному календарю.

Сроки диспансерного наблюдения детей с ХБЛП: 1) при среднетяжелых и тяжелых формах заболевания состоят на учете до передачи во взрослую сеть; 2) при легком течении и после оперативного лечения — снятие с учета через 5 лет при отсутствии обострений в этом периоде.

Первичная и вторичная профилактика ЗП проводится также, как при острой пневмонии. Показатели эффективности проведенной реабилитации детей с ХБЛП: хорошее самочувствие; отсутствие или редкие обострения; улучшение показателей функциональных проб, рентгенологических данных.

Инвалидность назначают при стойкой ДН II степени и более тяжелой сроком до 18 лет.

Диспансерное наблюдение детей с затяжной пневмонией в СП до 18 лет. Группа здоровья III—V.

Диспансеризация детей с бронхиальной астмой

Бронхиальная астма (БА) - это заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов.

Клинические критерии диагностики БА: приступы кашля и/или затрудненного дыхания, дистанционные свистящие хрипы, экспираторная одышка, вздутие грудной клетки, распространенные сухие свистящие хрипы в легких. Функциональные критерии БА: обратимая бронхиальная обструкция. Рентгенологические признаки: повышение прозрачности легочной ткани, усиление сосудистого рисунка. Выделяют по тяжести: легкая интермитирующая, легкая персистирующая, среднетяжелая персистирующая, тяжелая персистирующая. Периоды заболевания БА: обострение, ремиссия. [2,7,8]

Осложнения БА: ателектаз легких, медиастинальная и подкожная эмфизема, спонтанный пневмоторакс.

Согласно современной классификации, целесообразно проводить диспансеризацию с учетом степени тяжести бронхиальной астмы. [9]

В течении БА различают несколько периодов: предприступный, приступный, послеприступный и межприступный.

В межприступном периоде дети с БА находятся на диспансерном учёте у участкового ВОП. При установлении диагноза «Бронхиальная астма» или подозрении на неё участковый врач направляет ребёнка к аллергологу. В аллергологическом кабинете диагноз уточняют постановкой кожных проб, исследованием титра иммуноглобулинов к значимым аллергенам, проводят специфическую гипосенсибилизацию. Комплекс неспецифической гипосенсибилизации проводит участковый ВОП с учётом рекомендаций аллерголога.

В таблице № 2 представлена схема диспансерного наблюдения детей, страдающих БА в зависимости от тяжести заболевания (по форме 030/у).

Дети осматриваются ВОП: в межприступный период тяжелой формы бронхиальной астмы не реже одного раза в 1-2 месяца; при легкой и среднетяжелой формах – не реже одного раза в 3 месяца; при длительном межприступном периоде – 2 раза в год.

Среди узких специалистов отоларинголог и стоматолог осматривает детей не реже 1-2 раза в год, аллерголог и другие специалисты — по показаниям.

Общий анализ крови проводится по показаниям, функциональные тесты (пневмотахометрия, спирография и др.), при необходимости используют методы аллергодиагностики: 1) изучение анамнеза, 2) постановка кожных проб, ингаляционных и пищевых, 3) определение уровня иммуноглобулина Е.

Снятие с учета проводят при наличии полной клинико-лабораторной ремиссии, продолжающейся не менее двух лет, в течение которой ребенок не получает противоаллергической терапии и находится на физиологической диете с ограничением облигатных аллергенов.[3,11]

У детей с БА реабилитационные мероприятия включают диету, которая должна быть гипоаллергенной (неспецифической или индивидуальной), витаминизированной, сбалансированной по белкам, жирам и углеводам. Известно, что наиболее правильная элиминация выявленного пищевого аллергена проводится с помощью пищевого дневника. Неспецифическая гипоаллергенная диета предусматривает исключение облигатных аллергенов: рыба, куриные бульоны и мясо кур, яйцо, мед, шоколад, кофе, какао, цитрусовые, клубника, малина и др. Запрещаются острые, соленые блюда, пряности, маринады, консервы.

Кроме правильного ведения пищевого дневника, очень важно создание для детей с БА гипоаллергенной обстановки в семье, дошкольном учреждении, школе, пребывание на свежем воздухе. В межприступный период режим дня ребенку должен соответствовать возрасту. При среднетяжелой и тяжелой формах бронхиальной астмы детям школьного возраста предоставляется дополнительный выходной день.[3,13,15]

Детям с диагнозом БА допуск в ДДУ и школу разрешается после приступа, при хорошем самочувствии, восстановлении сна, аппетита, ликвидации патологических симптомов, нормализации инструментально-лабораторных показателей. Больные бронхиальной астмой имеют низкую толерантность к физическим нагрузкам, поэтому их освобождают от занятий физкультурой в школе. Для повышения толерантности к физическим нагрузкам включают дыхательную гимнастику, массаж. В период диспансерного наблюдения дети со среднетяжелой и тяжелой формами бронхиальной астмы освобождаются от переводных и выпускных экзаменов в школе. При тяжелой форме бронхиальной астмы возможно оформление инвалидности сроком на 1-2 года. В последующем возможно продление срока инвалидности в соответствии с состоянием ребенка, при этом ребенок может обучаться на дому.

В межприступном периоде используются различные средства и методы специфической и неспецифической гипосенсибилизации. Специфическая гипосенсибилизация детей с БА включает введение микродоз

выявленного аллергена, что является профилактическим методом, предупреждает развитие приступов удушья или облегчает их течение. Специфическая гипосенсибилизация проводится в условиях клиники или аллергологического центра. Для специфической гипосенсибилизирующей терапии используют моноаллерген или смесь причинно-значимых аллергенов (домашняя пыль, пыльца растений и другие).

В условиях СП применяется неспецифическая гипосенсибилизация, к которой относятся: задитен, пирогенал, продигозан, гистоглобулин, тималин, декарис, витамин Е и другие.[4]

Физиотерапия включает в себя следующие мероприятия: иглорефлексотерапию, которая оказывает седативное действие, спазмолитическое, увеличивает длительность ремиссии; общее ультрафиолетовое облучение; гальванический воротник с кальцием; диатермию на область селезенки; парафиново-озокиритовые аппликации; аэроионотерапию; электросон; климатолечение. В домашних условиях можно использовать баночный массаж, точечный массаж биологически активных зон, общий массаж грудной клетки, дыхательную гимнастику.

Санаторно-курортное лечение показано детям с БА со стойкой ремиссией. В местные санатории можно направлять детей в послеприступном периоде сразу же, а в другие климатические зоны через 3 месяца от начала ремиссии. Перед направлением на санаторно-курортное лечение следует провести санацию ХОИ. Рекомендуются санатории: горные курорты (Ак-таш, Чимган, Зомин, Ялта, Кисловодск, Нальчик) и др. Продолжительность санаторно-курортного лечения от 1 до 1,5 месяцев, предпочтительное время года – конец весны, лето, начало осени.

Иммунопрофилактика инфекционных заболеваний при БА строго индивидуальна в зависимости от формы и тяжести процесса. Решение о проведении профилактических прививок принимается иммунологической комиссией семейной поликлиники. При составлении индивидуального графика иммунизации следует предусмотреть раздельное введение вакцин АДС-М и полиомиелитной с интервалом в 1 месяц, назначить прививку в оптимальный сезон с наименьшей аллергической активностью для данного ребенка. В целях профилактики обострения на 1-2 дня до вакцинации и в течение 5-6 дней после нее назначают антигистаминные препараты или раствор хлорида кальция 5-10% по десертной ложке 2-3 раза в сутки. В поствакцинальном периоде исключаются облигатные аллергены и не вводятся новые виды пищи.[3,11,13]

Первичная профилактика предусматривает здоровый образ жизни родителей в экологически чистом районе, отсутствие профессиональной вредностей. Уменьшение аллергизации организма за счет пропаганды рационального питания беременной женщины. Естественное вскармливание детей. Закаливание организма ребенка солнцем, воздухом, водой.

Вторичная профилактика сводится к тщательному лечению затяжных и рецидивирующих бронхитов, которые могут оказаться единственным очагом сенсибилизации ребенка. Санация кариозных зубов и ЛОР-органов и лечение паразитарных инвазий. Удаление из окружающей среды аллергенов: птиц, рыбок, корма для рыбок, животных, цветов, борьба с пылью. Для этого необходима влажная уборка, удаление ковров, перьевых подушек и перин.

К вторичной профилактике приступов бронхиальной астмы относятся и профориентация школьников и подростков, т.е. противопоказаны профессии, связанные с эмоциональным, физическим перенапряжением, неблагоприятными метеорологическими факторами, ингаляционными или контактными аллергенами (шерсть, медикаменты, химикаты, пыль).

Таблица №1 Схема диспансерного наблюдения детей с бронхолегочной патологией.

Заболел я	Частота осмотра ВОП, узких специалистов	Дополнительные обследования	Основные пути оздоровления	Снятие с учета
Рецидивиру ющий бронхит	ВОП 2 раза в год, ЛОР и стоматолог 2 раза в год, пульмонолог 1 раз в год. Иммунолог и аллерголог по показаниям	ОАК, ОАМ; посев мокроты, спирография и рентгенография грудной клетки, аллергопробы по показаниям	Диета, режим, закаливание, массаж, ЛФК, санаторно- курортное лечение, освобождение от физкультуры на 1 месяц после обострения.	Клиническое выздоровление. Снятие с учета через 2 года при отсутствии рецидивов.
Пневмония, острая	После выписки дети до 3-х мес.- в первые 6 месяцев 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- х лет -не реже 1 раз в квартал. ЛОР и стоматолог-1 раз в год	После выписки - ОАК, ОАМ-1 раза в месяц в течение 6 месяцев после, далее 1 раз в квартал, рентген через год, посев мокроты, пробы на туберкулез по показаниям.	Режим, рациональное питание, витамиотерапия, пребывание на воздухе, ЛФК, массаж, закаливание. Лечение ХОИ, рахита, анемии, экссудативного диатеза, дистрофии, гиповитаминозов. СКЛ	Клиническое и рентгенологическое выздоровление. Снятие с учета спустя 10-12 месяцев.
Пневмония, осложненная	После выписки дети до 6 месяцев-	При каждом диспансерном осмотре	Режим, рациональное питание,	При среднетяжелых и

<p>затяжная</p>	<p>еженедельно в течение 2 месяцев; 6-12 месяцев- еженедельно в течение первого месяца, затем 1-2 раза в месяц; 1-3лет-в первый месяц 2 раза, затем 1 раз в 2-3 месяца.</p> <p>В период ремиссии в течении 1 года не реже 1 раза в 3 месяца. В дальнейшем 2 раза в год (осень, весна).</p>	<p>ОАК, Спирометрия и пневмотахометрия, бронхография – по показаниям. Иммуноглобулины крови, потовая проба, ЭКГ-по показаниям.</p>	<p>ОАМ. витаминотерапия, иммуностимулирующая терапия, ЛФК, массаж, закаливание. Свежий воздух в зимнее время не менее 3-4 часов в день, летом в течении всего дня. Санация ХОИ. Санаторно-курортное лечение.</p>	<p>тяжелых формах состоят на учете до 18 лет; при легком течении и после оперативного лечения – снятие с учета через 5 лет.</p> <p>Инвалидность назначают при стойкой ДН II степени и более тяжелой сроком до 18 лет.</p>
------------------------	--	--	--	---

Таблица № 2 Схема диспансерного наблюдения детей, страдающих бронхиальной астмой (по форме 030/у)

Мероприятия	Легкая интермиттирующая	Легкая персистирующая	Среднетяжелая персистирующая	Тяжелая Персистирующая
-------------	-------------------------	-----------------------	------------------------------	------------------------

Участковый ВОП	1 раз в 12 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца	1 раз в месяц, по показаниям - чаще
Узкие специалисты: Аллерголог или пульмонолог Главный детский аллерголог/пульмонолог	1 раз в 1-2 года	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца	По показаниям 1 - 2 раза в год индивидуально
Врач ЛФК, реабилитолог	По показаниям			
Окулист Невролог, психолог	Через 6-9 месяцев терапии ИГКС			
Эндокринолог	По показаниям 1 раз в год		1 раз в год при терапии ИГКС	
ЛОР, стоматолог	Санация ХОИ 2 раза в год , стоматолог: 1- 2 раза в год до санации, 1 раз в год после санации			
1)ОАК, ОАМ 2)Биохимия крови (протеинограмма, белки остройфазы, (β- липопротеиды) 3)Анализ крови на иммунограмму (включая IgE)	1 раз в 6 месяцев 1 раз в 6-12-месяцев 1 раз в год			
Спирография, включая пробу бронхолитиком,	1 раз в год, по показаниям - чаще 2 раза в год, по показаниям - чаще		3-4 раза в год, по показаниям - чаще	

физической нагрузкой (у детей старше 5 лет)			
Пикфлоуметрия	1 неделя 1 раз в год	1 неделя 1 раз в 3 месяца	1 неделя 1 раз в месяц
Рентгенорг. гр. клетки и придат. пазух носа	По показаниям	1 раз в год	
Аллергообследовани е (кожно-аллергические пробы)	1 раз в 5-7 лет, в состоянии ремиссии, при ее продолжительности не менее 2-4хнед		
Основные пути оздоровления	Ведение пищевого дневника, оздоровление среды обитания, ЛФК, физиотерапия. Курс витаминов и адаптогенов. Санация ХОИ. Санаторно-курортное лечение. По показаниям – базисная терапия.		
Снятие с учета	С учета снимается при 2-3 летней продолжительности межприступного периода. При тяжелой форме БА возможно оформление инвалидности сроком на 1-2 года		

Технология обучения на практическом занятии

Время: 6 часов	Количество студентов: 8-10
<p>Структура учебного занятия</p> <p style="text-align: center;">по теме:</p> <p style="text-align: center;">Диспансеризация детей с заболеваниями органов дыхания</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 дыхания
<p>Педагогические задачи</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разъяснение понятия «диспансеризация» 2. Обучение этапов проведения диспансеризации 3. Обучение принципам диспансеризации детей с заболеваниями органов дыхания 	<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 органов дыхания - умеет составлять план

<p>4. Обучить правилам составления плана 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>диспансерного наблюдения детей с различной патологией органов дыхания</p> <ul style="list-style-type: none"> - знает принципы проведения противорецидивного лечения больных - умеет определять группу здоровья и показания к снятию с учета диспансерного надзора - может оценить состояние ребенка на приеме, определение физического развития, сбор анамнеза, физикальное обследование, взятие на учет. - умение проводить профилактические мероприятия по оздоровлению ребенка - оформляет результаты работы в виде устного ответа, демонстрации работы на приеме и письменного составления плана диспансеризации детей.
<p>Методы обучения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - демонстрация больных (на муляже, видеоролик) - индивидуальная работа (на приеме, патронаж) - работа в малых группах (ПОО, мозговой штурм и др.) - презентация
<p>Формы организации учебной деятельности</p>	<ul style="list-style-type: none"> - групповая - индивидуальная

<p>Средства обучения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - раздаточные учебные материалы, методические рекомендации, материалы интернета, слайды, амбулаторные карты детей, формы документов - классическая школьная доска, графические органайзеры, комплекты медицинских карт, таблицы, стенды. - муляжи (ребенок), весы, ростомер, патронажная сумка
<p>Способы и средства обратной связи (мониторинг и оценка)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - устный и письменный контроль - контроль и оценка на приеме больных - презентация результатов выполнения учебного задания - представление выполненного отчета по УИРС
<p>Условия обучения</p>	<p>Оснащенные учебные комнаты и кабинеты ВОП в СП (№ 16,56)</p>

Технологическая карта практического занятия

Тема: Диспансеризация детей с заболеваниями органов дыхания

Этапы работы Время 6 часов	Содержание деятельности преподавателя	Содержание деятельности студента
1 этап Введение 8.30-9.10 (40 минут)	1.1. Сообщает тему, цель и планируемые учебные результаты. 1.2. Знакомит с особенностями учебного занятия. 1.3. Проводит оценку исходных знаний студентов. 1.4. Сообщает показатели и критерии оценки учебной работы на занятии.	Слушают, записывают, уточняют, задают вопросы, отвечают на вопросы.
9.10-9.20	Перерыв	
2 этап Основной 9.20- 10.00 (40 минут)	2.1. Предоставляет студентам: - наглядные пособия, раздаточные материалы, муляж, видеоролик 2.2 Демонстрирует на муляже и измерительных приборах осмотр ребенка на приеме, определение весо-	Слушают, записывают, смотрят, рассчитывают, анализируют, на муляже между собой студенты пробуют и демонстрируют педагогу методику проведения

	<p>ростового показателя</p> <p>2.3. Дает пояснения о правильности проведения осмотра большого ребенка на патронаже</p>	осмотра ребенка.
10.00-10.10	Перерыв	
<p>3 этап</p> <p>Практическая работа студентов</p> <p>10.00-11.20</p> <p>(1 час.20 минут)</p>	<p>3.1. На приеме демонстрирует правила поэтапного осмотра тематического больного</p> <p>3.2. Тактика ведения, лечения и наблюдения за детьми с различной патологией органов дыхания</p> <p>3.3 Каждый студент прикрепляется к приемному кабинету ВОП в СП.</p>	<p>Принимает активное участие на приеме детей: осмотре ребенка,</p> <p>запись назначения под диктовку ВОП</p>
11.20-12.00 (40мин)	Большой перерыв	
<p>Практическая работа студентов</p> <p>(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 в соответствии с алгоритмом действий по шагам.</p> <p>3.5. Направляет деятельность студентов на правильное оформление отчета по УИРС в соответствии с предложенной схемой.</p> <p>3.6. Разъясняет как работать с амбулаторной картой ребенка, бланками</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>медицинских форм, патронажной сумкой</p> <p>3.7 Совместно с ВОП направляет студентов на патронаж</p>	
<p>4 этап</p> <p>Заключительно-результатирующий.</p> <p>13.30-14.00 (30 минут)</p>	<p>4.1. Делает заключение по теме.</p> <p>4.2. Концентрирует внимание студентов на главном, сообщает о 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, использованием тестовых и ситуационных заданий, контрольных вопросов и инновационных педагогических технологий для закрепления материала.</p> <p>4.5. Дает задание для самостоятельной работы к следующему занятию. Сообщает показатели и критерии его оценки.</p>	<p>Проводят самооценку, взаимооценку.</p> <p>Задают вопросы.</p> <p>Записывают задание.</p> <p>Составляют отчет о проделанной работе, презентуют результаты работы</p>

Контроль знаний, навыков и умений студентов с использованием тестов, ситуационных задач и интерактивных игр

Вопросы для самостоятельной подготовки

1. Анатомо-физиологические особенности системы дыхания у детей.
2. Патофизиологические реакции, возникающие при различных патологических состояниях в системе дыхания.
3. Клиническая симптоматика основных заболеваний системы дыхания у детей с элементами дифференциальной диагностики.
4. Возможности клинической и лабораторной диагностики заболеваний органов дыхания у детей в условиях семейной поликлиники.
5. Критерии диагностики неотложных состояний при болезнях органов дыхания у детей и принципы оказания первой медицинской помощи.
6. Особенности работы врача по организации диспансерного наблюдения и реабилитации детей с заболеваниями бронхолегочной системы в СП, дневном стационаре.
7. Показания к госпитализации детей, оформление направления в стационар.
8. Принципы профилактических мероприятий у детей с патологией органов дыхания
9. Принципы реабилитации детей с патологией органов дыхания
10. Принципы оздоровления и снятия с диспансерного учета детей с заболеваниями органов дыхания.

Практические навыки

1. Провести прием детей в условиях семейной поликлиники и на дому во время патронажа.
2. Провести субъективный и объективный осмотр больных с патологией органов дыхания.
3. Поставить предварительный диагноз, составить план обследования и назначить лечение.
4. Оказать неотложную первую помощь, оценить показания к экстренной и плановой госпитализации.
5. Составить план диспансерного наблюдения ребенка с патологией органов дыхания

6. Дать рекомендации по реабилитации и профилактике заболевания.

Пошаговое выполнение практических навыков

	Навык/действие- осмотр детей первого года жизни и старше (до 5 лет)
	Собрать жалобы путем правильных наводящих вопросов
	Собрать анамнез жизни и заболевания
	Оцените состояние ребенка на момент осмотра (сознание, активность, реакция на осмотр)
	Определить тип телосложения
	Осмотреть кожные покровы (окраска, влажность, тургор) и слизистые (язык).
	Оценить физическое развитие: рост, вес, ИМТ
	Оценить психомоторное развитие: рефлексы (1 детей 1 года жизни), восприятие беседы, выполнение упражнений по указанию врача
	Костно-мышечная система: подвижность, тонус мышц
	Определить частоту дыхания
	Определить частоту сердечных сокращений
0	
1	Послушать дыхание в легких: перкуссия, аускультация
2	Послушать сердечные тоны, определите характер пульса
3	Пальпаторно определите состояние живота и органов пищеварения.
4	Оценка органов чувств (зрение, ЛОР)
5	Оцените характер сна и бодрствования
6	Мочевыделение: регулярность, безболезненность, цвет мочи.
7	Стул: регулярность, консистенция и цвет кала.
8	Результаты осмотра зафиксируйте, при необходимости определите вмешательства по коррекции выявленных отклонений,

	при необходимости отправьте к узким специалистам.
9	Назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования
0	При необходимости дать рекомендации по медикаментозному лечению
1	Рекомендации по профилактике заболевания
2	Определить группу здоровья

Тесты

Выберите один или несколько правильных ответов

1. Частота осмотров ВОП у детей с рецидивирующим бронхитом в первый год после перенесенной острой формы бронхита

А) 1 раз в квартал

Б) 2 раза в год*

В) ежемесячно

Г) 1 раз в год

2. Продолжительность реабилитационного лечения после окончания острого периода пневмонии составляет:

А) 3-4 недели*

Б) 2-3 мес.

В) 6 мес.

3. Объем обследования при диспансеризации детей с острой пневмонией:

А) ОАК 1 раз в 6 мес.

Б) ОАМ 1 раз в 6 мес.

В) рентгенография органов грудной клетки через 1 год*

Г) посев мокроты 1 раз в квартал

4. Основу реабилитации детей, перенесших острую пневмонию составляет:

А) физическая реабилитация

Б) фармакологическая*

В) социальная

5. Реабилитацию детей раннего возраста, перенесших острую пневмонию проводят:

А) в течение 3 месяцев*

Б) 2 месяца

В) 1 месяца

6. Продолжительность наблюдения за детьми, перенесшими острую пневмонию старшего возраста:

А) 3 месяцев

Б) 2 месяцев*

В) 6 месяцев

Г) не наблюдаются при отсутствии осложнений

7. Показатели эффективности реабилитации детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями:

А) хорошее самочувствие

Б) отсутствие или более редкие обострения

В) улучшение показателей функциональных проб

Г) все выше названные ответы*

8. Частота осмотров ВОП после выписки детей до 6 месяцев с затяжной осложненной формой пневмонии:

А) еженедельно в течение 2х месяцев*

Б) еженедельно в течение 1 месяца

В) в первый месяц 2 раза

Г) 1 раз в первый месяц

9. Частота наблюдений ВОП в поликлинике за детьми с легкой персистирующей формой бронхиальной астмы:

а) 1 раз в неделю

б) 1 раз в бмесяц*

в) 1 раз в три месяца

г) ежемесячно

10. Профилактические прививки детям с бронхиальной астмой проводят:

- а) по традиционному календарю
- б) по индивидуальному календарю*
- в) противопоказаны

11. Дополнительные лабораторные обследования больных бронхиальной астмой, в периоде стойкой ремиссии заболевания включает все, кроме:

- а) ОАК, ОАК 1 раз в 6 месяцев
- б) биохимия крови 1 раз в 6-12 месяцев
- в) анализ крови на иммунограмму 1 раз в год
- г) санаторно-курортное лечение
- д) пикфлоуметрия 1 раз в год*

12. Консультация аллерголога – иммунолога детям из группы диспансерного учета по БА должна быть проведена при:

- а) отсутствии эффекта от проводимого лечения
- б) недостаточном контроле за симптомами заболевания
- в) при тяжелом течении болезни
- г) при развитии осложнений
- д) планомерно к экстренной иммунизации
- е) все перечисленное*

13. Реабилитация в поликлинике детей с БА включает:

- А) закаливание
- Б) санаторно – курортное лечение
- В) посещение «астма – школы»*
- Г) массаж
- Д) получение базовой терапии

14. Выбор профессии детей – подростков с бронхиальной астмой:

- А) не имеет ограничений
- Б) ограничен*

В) зависит от объема терапии

Ситуационные задачи

Задача № 1

Ребенок в возрасте 8 месяцев перенес острую очаговую пневмонию, неосложненную. После выписки из стационара обратились 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

Ребенок в возрасте 2 лет перенес затяжную пневмонию, осложненной формы.

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 14 лет с диагнозом бронхиальной астмы, среднетяжелая персистирующая, находится в периоде ремиссии.

Вопросы:

1. Частота осмотров ВОП в межприступном периоде
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 5 лет, страдает бронхиальной астмой в течение 3 лет. Приступы возникают 1 раз в 2 месяца, снимаются ингаляциями беротека, базисную терапию регулярно не получает.

Вопросы:

1. Оцените степень тяжести бронхиальной астмы.
2. Составьте план реабилитационных мероприятий.
3. Сроки динамического наблюдения.

4. Критерии эффективности диспансеризации.

Задача № 5

Ребенок 6 - и лет, лечился в стационаре по поводу сегментарной пневмонии, осложнившейся серозно-фибринозным плевритом.

Вопросы:

1. План реабилитационных мероприятий.
2. Длительность диспансерного наблюдения.
3. Тактика по проведению профилактических прививок.

Интерактивные игры

1. «Ручка на середине стола»

Выбор темы: Составить план диспансерного наблюдения ребенка с острой пневмонией

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 бронхиальной астмой

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.

Контрольные вопросы

1. Дайте понятие термину «Диспансеризация»? Какие цели она преследует?
2. Дайте понятие термину «Здоровье» и назовите группы здоровья?
3. Как проводится организация и планирование диспансеризации?
4. Назовите сроки и порядок диспансеризации детей с РБ?

5. Назовите сроки и порядок диспансеризации детей после перенесенной острой пневмонии?
6. Назовите основные реабилитационные мероприятия детей с БА?
7. Особенности диспансерного наблюдения детей с затяжной пневмонией?
8. Назовите основные реабилитационные мероприятия при затяжной пневмонии
9. Назовите основные методы первичной и вторичной профилактики?
10. Каковы принципы взаимоотношения «врач-больной»?

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

	<p>исследований. Проведение дифференциального диагноза, назначение планового лечения.</p> <p>-Грамотное решение ситуационных задач, тестовых заданий, погрешности в оформлении заключения по интерпретации лабораторных анализов и рентгенограмм.</p> <p>-Хорошее качество написания плана диспансерного наблюдения ребенка .</p> <p>55-70 балл “удовлетворительно”</p> <p>Участие в разборе темы, средний по уровню ответ с неточностями и ошибками.</p> <p>-Отдельные погрешности при приеме больных, оформления диагноза, интерпретаций результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.</p> <p>-Среднее качество написания плана диспансерного наблюдения с помощью преподавателя. Назначение планового лечения больному без обоснования необходимости назначения того или другого препарата.</p> <p>0-54 балл “неудовлетворительно”</p> <p>-Не имеет точного представления о теме;</p> <p>-Не участвует в разборе темы.</p> <p>-не может принимать тематических больных, написание плана диспансерного наблюдения с помощью преподавателя</p> <p>-не умение интерпретаций результатов лабораторно-инструментальных методов обследований, оформление предварительного и клинического диагнозов, не проводит дифференциальный диагноз, назначение планового лечения</p>
--	---

Использованная литература

Основная:

1. Баранов А.А. Детские болезни., М., 2 издание, 2002 г. 880 стр.
2. Блохин Б.М. Заболевания органов дыхания у детей. М. Практическое руководство. 2007г., 616 стр.
3. Калмыкова А.С. Поликлиническая педиатрия. М. 2009. 2 изд. 706 стр.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 16 изд. М. 1 том. 2017. 1216 стр.
5. Приказ МЗ Узбекистана, № 99 от 12.04.2012 года «О совершенствовании медико-санитарной помощи детям организованного контингента в Республике Узбекистан».
6. Приказ МЗ РУз. № 352 28.07.1994 года « О мерах по организации диспансеризации населения» и № 161 17.05. 2013 года «О внедрении профилактических мероприятий населению в первичных медико-санитарных учреждениях».
7. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. Переизд. Практическое руководство. М. 2015. 396 стр.
8. Шабалов Н.П. Детские болезни. М. Том 1, 8 издание, 2017г. 1776стр.
9. Чучалин А.Г., Геппе Н.А. и др. Современная классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. Педиатрия. Т.89. № 4. 2010. 15 стр.

Дополнительная:

10. Быкова В.О. Руководство по практическим умениям педиатра. учеб. пособие для вузов / под ред. – изд. 3-е, стереотип. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. –574 с.
11. Галактионова М.Ю., Манчук В.Т. и др. Организация диспансерного наблюдения детей и подростков в педиатрическом участке. М. 2010. 117 стр.
12. Кильдиярова Р.Р. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / . Р.Р. 2012 г. <http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419588.html>
13. Малявина А.Г., Епифанов В.А. и другие. Реабилитация при заболеваниях органов дыхания. М. 2010. 352 стр.
14. Новиков П.Д., Новикова В.И. Бронхиты у детей. Учебное пособие. Витебск, 1998. 153 стр.

15. Омолоева Т.С. Принципы динамического наблюдения за больными детьми на педиатрическом участке. Учебно-методическое пособие. Иркутск. 2013. 36 стр.

16. Хрущев С.В., Симонов О.И. Физическая культура детей с заболеваниями органов дыхания. М. Учебно-методическое пособие. 2006г. 28 стр.

Список сокращений

АДС-М – дифтерийно-столбнячный анатоксин

БА-бронхиальная астма

БОС-бронхообструктивный бронхит

БЭН- белково-энергетическая недостаточность

ВОП- врач общей практики

ДДУ-детское дошкольное учреждение

ДН- дыхательная недостаточность

ЗП-затяжная пневмония

КСГ-кортикостероидные гормоны

Климатолечение- лечение оздоровительным климатом

ЛФК-лечебная физкультура

ОРВИ-острая респираторное заболевание

ОАК-общий анализ крови

ОАМ-общий анализ мочи

ООБ- острый обструктивный бронхит

ОБ- острый(простой) бронхит

ОП- острая пневмония

ОРВИ- острая респираторная вирусная инфекция

РБ-рецидивирующий (простой) бронхит

РОБ-рецидивирующий обструктивный бронхит

РС-респираторный аллергоз

СП- семейная поликлиника

УЗИ-ультразвуковое исследование

ФДЗ-фракционное дуоденальное зондирование

ФГС-фиброгастроскопия

ХОБ-хронический обструктивный бронхит

ХОИ-хронический очаг инфекции

ХБЛП-хроническая бронхолегочная патология

ЧБД-часто болеющие дети

ЧД-частота дыхания

ЩТ-щелочная фосфатаза

ЭКГ-электрокардиография

ЭФГДС-эзофагогастродуоденоскопия

Глоссарий

Антибиотики - класс медикаментов, обладающих антибактериальным действием

Аускультация - ручное обследование, проводимое врачом с помощью фонедоскопа

Антидепрессанты - медикаменты, предназначенные для борьбы с депрессией.

Бронхит - воспаление слизистой оболочки бронхов

Бронхиальная астма - инфекционно-аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся приступами удушья

Бронхоспазм - сужение просвета бронха, за счет сокращения бронхиальных мышц

Гиперсекреция - выброс воспалительного экссудата

Дыхательная недостаточность - нарушение дыхания, сопровождающееся одышкой, участием вспомогательной мускулатуры легких

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

Детское дошкольное учреждение - это дети посещающие детские сады

Здоровье - это состояние полного физического, духовного и социального благополучия

Иглотерация - методика китайской народной медицины, позволяющая стимулировать определенные точки на теле человека с помощью очень тонких иглол, втыкающихся в кожу.

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

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

Иммунологическая недостаточность (иммунодефицитное состояние, иммунопарез) - 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 больного 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, поликлинического отделения больницы, медико-санитарной части, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи подросткам в возрасте 15--18 лет и их диспансеризации.

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

ЛФК-лечебная физкультура

Обструкция бронха - сужение просвета бронха, за счет бронхоспазма, наличия слизи, отека стенки, увеличения бронхиальных лимфоузлов

Острая респираторное заболевание-острое воспаление верхних дыхательных путей

Пневмония- острое воспаление легких.

Поликлиника-медицинское учреждение, где находятся на учете и под наблюдением врачей дети и взрослые

Профилактика заболевания- пути предупреждения и оздоровления от заболевания

Перкуссия- ручное обследование, проводимое врачом, чтобы оценить сравнительную топографию легких

Пульмонолог-врач, специализирующийся лечении и диагностики органов дыхания.

Педиатр - специалист по лечению детей до 18 лет.

Подростковый возраст - период развития личности при переходе от детства к взрослой жизни (от 12-13 до 17-18 лет)

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

Реабитолог- врач, занимающийся восстановлением здоровья и трудоспособности больных и инвалидов

Рецидивирующий бронхит-после острого бронхита наблюдаются эпизоды повторения заболевания

Часто болеющие дети --дети болеющие в течении 1 года более 6 раз

Частота дыхания- количество дыханий в минуту

Содержание

Аннотация	3
Введение	5
Группы здоровья детей	7
Диспансеризация детей с рецидивирующим бронхитом	9
Диспансеризация детей после перенесенной острой пневмонией	11
Диспансерное наблюдение за детьми с затяжной пневмонией	13
Диспансеризация детей с бронхиальной астмой	16
Схема № 1 диспансерного наблюдения детей с бронхолегочной патологией	20
Схема №2 диспансерного наблюдения детей, страдающих бронхиальной астмой	22
Технология обучения на практическом занятии	24
Технологическая карта практического занятия	27
Контроль знаний, навыков и умений студентов	30
Список литературы	39
Список сокращений	40
Глосарий	42



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

