



---

Кафедра: Амбулаторно- поликлинической  
педиатрии.

# СРС

НА ТЕМУ: ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА  
ДЕТЬМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

---

Форма выполнения:

презентация

Проверила: Оналбаева Б.Ж.

Выполнила: Муминова Н.

Факультет: Общая Медицина

Курс: 5

Группа: 11-082-1

АЛМАТЫ 2016

Г.

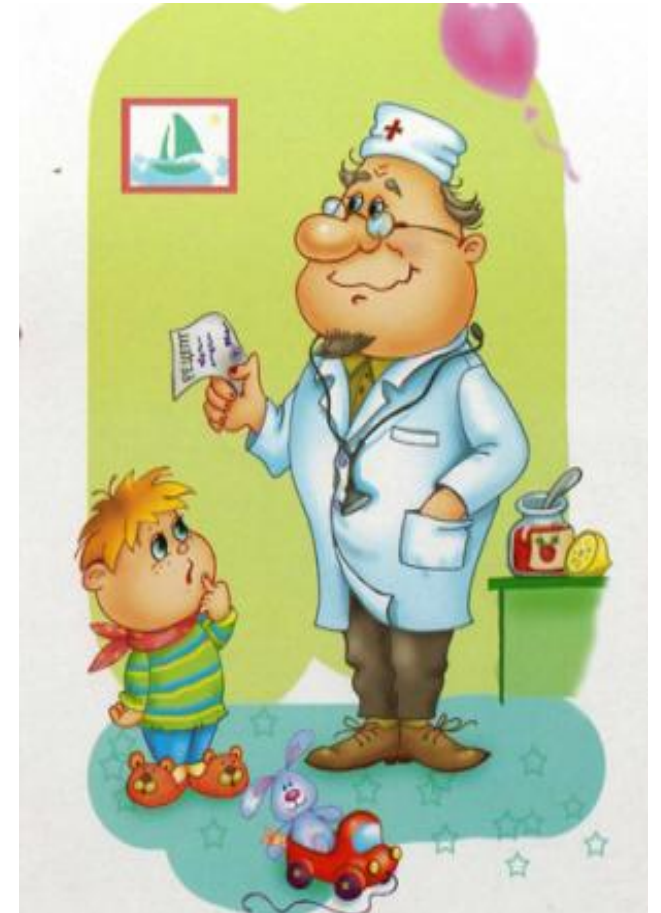
# Содержание

---

- 1) Введение
- 2) Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями дыхательных путей
- 3) Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- 4) Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта
- 5) Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями мочевыделительной системы
- 6) Список литературы

# Введение

**Диспансеризация** - это метод систематического врачебного наблюдения за состоянием здоровья определенных групп здорового населения или больных хроническими болезнями с целью предупреждения и раннего выявления заболеваний, своевременного лечения и профилактики обострений.



# Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями дыхательных путей



**Острый бронхит** - это воспалительное поражение бронхов любого калибра различной этиологии (инфекционной, аллергической, токсической), развившееся за короткий промежуток времени.

**Бронхиолит** – это экссудативное и/или продуктивно-склеротическое воспаление бронхиол, приводящее к частичной или полной их непроходимости.

**Бронхиальная астма** - аллергическое заболевание, имеющее в основе хронический воспалительный процесс в дыхательных путях и гиперреактивность бронхов на воздействие различных стимулов.

**Воспаление легких или пневмония** — одно из наиболее распространенных острых инфекционно — воспалительных заболеваний человека

# План диспансерного наблюдения

---Длительность диспансерного наблюдения не менее 1 лет.

---Осмотры педиатром проводятся в декретированные сроки в соответствии с возрастом ребенка.

---Консультации врачей-специалистов проводятся согласно схеме диспансеризации детей раннего возраста. По показаниям консультация пульмонолога, отоларинголога и аллерголога.

---

---Лабораторные исследования:

общий анализ крови 1 раз в 3 месяца 1 год наблюдения, затем 2 раза в год, общий анализ мочи 1-2 раза в год;

---Критерии снятия с учета :

1. Полная клинико-лабораторная ремиссия (2 года и более).
2. Нормальные показатели спирографии и пневмотахометрии.
3. Отрицательные провокационные пробы с дозированной физической нагрузкой и гипервентиляцией.
4. Отсутствие сенсibilизации к неинфекционным аллергенам по данным кожных тестов.

--- Инвалидность сроком на 2 года устанавливается при стойкой дыхательной недостаточности II и более степенях или при тяжелых частых приступах бронхиальной астмы (4 и более раз в году).

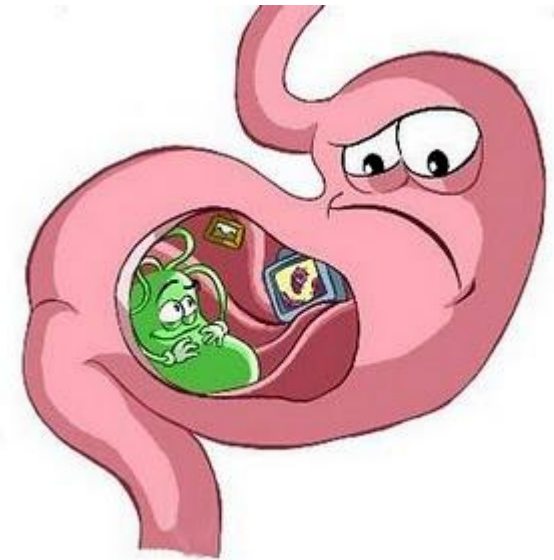
---Инвалидность на срок до достижения 16-летнего возраста устанавливается при дыхательной недостаточности II и более степени и сердечной недостаточности; при пероральной гормонозависимой бронхиальной астме - при III степени легочно-сердечной недостаточности.

---Профилактические прививки проводят вне обострения заболевания. Профилактика(иммунизация против Hib, пневмококка, кори и коклюша является наиболее эффективным способом профилактики пневмонии)

# Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта

**Гастрит** — это длительно протекающее заболевание, характеризуется дистрофическо-воспалительными изменениями в слизистой оболочке желудка, протекает с нарушением регенерации, также с атрофией эпителиальных клеток и замещением нормальных желез на фиброзную ткань.

**Гастродуоденит** – это воспаление оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Это одна из форм хронического гастрита, воспаление при этой форме переходит и на двенадцатиперстную кишку.





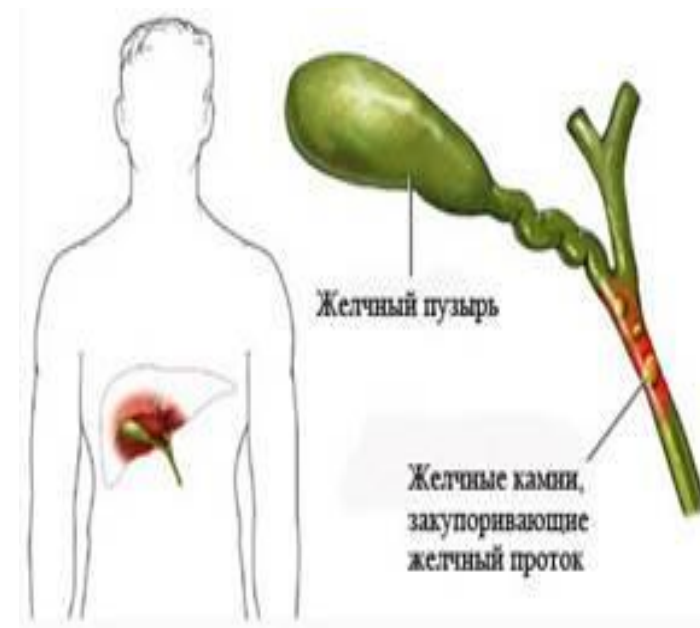
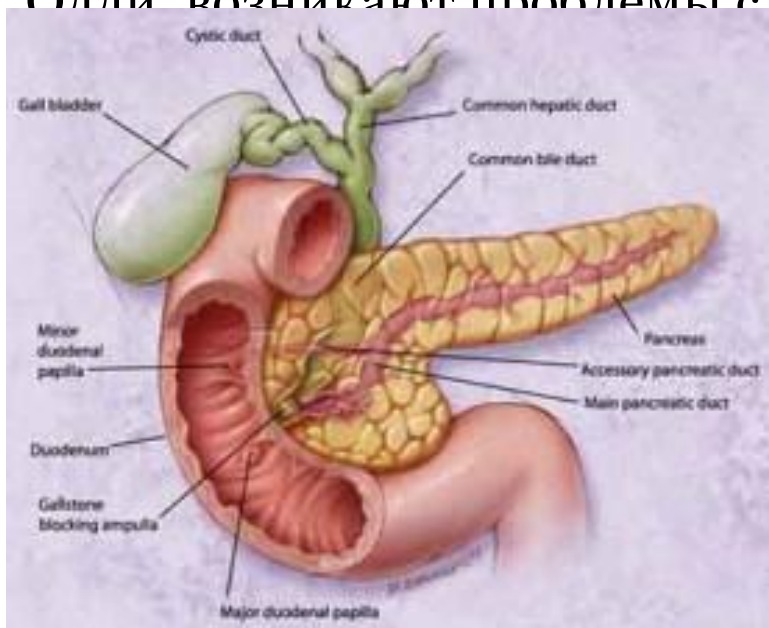
# Диспансерное наблюдение детей с хроническим гастритом, гастродуоденитом с повышенной секреторной и кислотообразующей функцией

Критерии	IV группа	III группа	II группа	I группа
Стадия хронического заболевания	Обострение	Реконвалесценция	Ремиссия	Стойкая клинико- лабораторная ремиссия
Срок наблюдения на участке		1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен	1 год, при НЯК, ХАГ может быть увеличен до 3х лет	1 год, при НЯК, ХАГ до передачи во взрослую сеть
Частота наблюдения участковым педиатром и гастроэнтерологом		1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Контрольное диагностическое обследование: • ОАК, ОАМ, кал на я/гельминтов, соскоб на энтеробиоз 1 раз в 6 месяцев 1 раз в 6 месяцев 1 раз в год • Диагностика H.pylori двумя методами (при НР-ассоциированном гастродуодените)	Лечение и обследование в этой группе ограничивается сроками пребывания в стационаре	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
• ФГДС		Через 6-8 недель после лечения	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
• Фракционное желудочное зондирование или рН-метрия		1 раз в год	1 раз в год	1 раз в год, по показаниям
• Противорецидивная терапия		2 раза в год (осень, весна), при ЯБ - 3 раза в год (осень, зима, весна)	2 раза в год (осень, весна)	1 раз в год (осень или весна, в зависимости от наибольшей частоты по сезонам)
Физкультурная группа		Специальная или ЛФК	Подготовительная, при ХАГ, НЯК, ЯБ – специальная По календарю, при	Подготовительная или основная По календарю, при ХАГ, НЯК-
Продолжительность мед. отвода от оф. прививок		В зависимости от нозологии и ее степени тяжести	ХАГ, НЯК - индивидуально	индивидуально

**Холецистит** — воспаление желчного пузыря — одно из наиболее частых осложнений желчнокаменной болезни. Основные принципы развития воспалительного процесса в стенке желчного пузыря: наличие микрофлоры в просвете пузыря и нарушения оттока желчи.

**Хронический холецистит** — воспаление желчного пузыря, развивающееся медленно и постепенно.

**Дискинезия желчных путей** — это заболевание, при котором из-за нарушения сокращений желчного пузыря и его протоков, а также дефектов в работе сфинктера Одди, возникают проблемы с выведением желчи.





# Схема диспансерного наблюдения за больными хроническим холециститом

---

Кратность осмотров специалистами	Педиатр - 1 раз в квартал на первом году, затем 2 раза в год, стоматолог и ЛОР-врач - 1-2 раза в год. Другие специалисты по показаниям.
Методы обследования	Общий анализ крови и мочи 1-2 раза в год; кал на гельминты 2 раза в год; биохимия крови - 1 раз в год; УЗИ и другие инструментальные методы исследования - по показаниям.
Критерии эффективности и снятия с учета	Не менее 3 лет
Прививки	Через 6 мес. после обострения
Группа по физкультуре	Подготовительная

# Схема диспансеризации больных дискинезией желчных путей

Кратность осмотров специалистами	Длительность наблюдения	Группа по физкультуре	Профилактические прививки	Критерии снятия с учета
Педиатр - 1 раз в 6 месяцев; ЛОР-врач, стоматолог, невропатолог - 2 раза в год; хирург – по показаниям; гастроэнтеролог - 1 раз в год, по показаниям - чаще	2 года	В первые 6 месяцев – подготовительная, затем - основная	Разрешаются после снятия болевого синдрома	Отсутствие болевого синдрома, признаков холестаза, нарушений функций кишечника

**Энтероколит** — одновременное воспаление тонкой и толстой кишок. Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний системы пищеварения, которое приводит к атрофическим изменениям слизистой оболочки и нарушению функций кишечника.

**Острый энтероколит**, при котором редко затрагиваются глубокие ткани кишечника, но обычно поражается слизистая оболочка, наиболее часто протекает в сочетании с острым гастритом.

**Хронический энтероколит** достаточно часто обусловлен плохим лечением острого воспаления кишечника и протекает достаточно длительное время, с регулярными обострениями.



# Схема диспансерного наблюдения за больными хроническим энтероколитом

Кратность наблюдения специалистами	Методы обследования	Группа по физкультуре	Профилактические прививки	Критерии снятия с учета
<p>Педиатр - 1 раз в квартал в течение первого года, затем - 2 раза в год в течение двух лет, в последующем - 1 раз в год; при тяжелых формах - наблюдение ежемесячно. ЛОР-врач и стоматолог - 2 раза в год. Невропатолог и хирург - по показаниям. Гастроэнтеролог - 1-2 раза в год.</p>	<p>1. Копрограмма - 1 раз в квартал первый год, затем - 1 раз в 6 месяцев. 2. Кал на скрытую кровь - при язвенном колите - 1 раз в квартал, в остальных случаях - по показаниям. 3. Кал на дисбактериоз, гельминты, лямблии 1 раз в 6 месяцев. 4. Специальные исследования - по показаниям</p>	<p>Первый год специальная. Затем подготовительная; через 2-3 года - основная (кроме больных язвенным колитом и болезнью Крона).</p>	<p>Через 2-3 месяца после обострения в стадии полной ремиссии.</p>	<p>Через 3-4 года после обострения при отсутствии клинико-лабораторных признаков заболевания. Больные язвенным колитом и болезнью Крона с учета не снимаются.</p>

# Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы



**Острая ревматическая лихорадка** — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией поражений в сердечно-сосудистой системе (кардит, клапанные пороки сердца), развитием суставного (артрит), кожного (ревматические узелки, аннулярная эритема) и неврологического (хорея) синдромов.

**Хроническая ревматическая болезнь сердца** — это заболевание, характеризующееся наличием порока сердца, сформированного после перенесенной острой ревматической лихорадки.

**Ревматоидный артрит** — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом.

**Аритмия сердца** — патологическое состояние, при котором происходят нарушения частоты, ритмичности и последовательности возбуждения и сокращения сердца.

**Вегето-сосудистая дистония** — сложный симптомокомплекс разнообразных клинических проявлений, затрагивающий различные органы и системы. Вегето-сосудистая дистония развивается из-за отклонений в функционировании центральных и/или периферических отделов вегетативной нервной системы.

# Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Содержание диспансеризации	Группы здоровья	
	III	IV
Лабораторно-инструментальное обследование	ЭКГ один раз в квартал и после любого заболевания	ЭКГ один раз в 1,5 мес. и после любого заболевания
Сроки наблюдения в данной группе	До 15 лет	
Периодичность наблюдения	1 раз в 3 месяца	Первые 6 мес ежемесячно, далее 1 раз в квартал
Организация лечебно-профилактических мероприятий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лечение хронических очагов инфекции</li> <li>2. Сезонная поливитамиотерапия</li> <li>3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии</li> <li>4. ЛФК в поликлинике</li> <li>5. Госпитализация при ухудшении состояния</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лечение хронических очагов инфекции</li> <li>2. Сезонная поливитамиотерапия</li> <li>3. Сезонные курсы кардиотрофической терапии</li> <li>4. ЛФК в поликлинике</li> <li>5. Госпитализация при ухудшении состояния</li> <li>6. Антиаритмическая фармакотерапия</li> <li>7. Дополнительный день отдыха в школе</li> <li>8. При социальной дезадаптации оформление инвалидности с детства</li> </ol>
Консультации	Консультация кардиохирурга на предмет постановки кардиостимулятора	
Физкультурная группа в школе	Подготовительная	Специальная
Прививки	Проводятся без ограничений после 6 мес наблюдения	Проводятся только по эпидемиологическим показаниям



# Диспансерное наблюдение детей с острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической болезнью сердца (ХРБ)

Мероприятия	Сроки исполнения
Наблюдение участкового педиатра	До проведения кардинальной санации очагов хронической инфекции – не менее 1 раза в месяц. После проведения санации очагов хронической инфекции - через 3, 6 мес. и через год, затем ежегодно.
Наблюдение узких специалистов	ЛОР-врач, стоматолог, кардиоревматолог, врачЛФК, реабилитолог – по показаниям, в зависимости от состояния, клиник и и т.д.
Лабораторное обследование	ОАК, ОАМ 2 раза в год, по показаниям - чаще; биохимический анализ крови (протеинограмма, серомукоид, АСЛ «О», антистрептокиназа) по показаниям
Функциональное обследование	

# Схема диспансерного наблюдения детей с острой ревматической лихорадкой и хронической ревматической болезнью сердца

Мероприятия	1-й год наблюдения	2-й год наблюдения	3-й год наблюдения
Участковый педиатр осматривает если получает поддерживающие дозы ГКС или антидепрессанты	1е полугодие - ежемесячно, 2е полугодие - 1 раз в 2 месяца 1 раз в 10- 14 дней (обязательно с контролем ОАК!)	1 раз в 3 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев (осень, весна)
Кардиревматолог ЛОР, стоматолог	Параллельно с педиатром 2 раза в год, по показаниям - чаще	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Врач-реабилитолог, врач ЛФК		По показаниям	
ОАК если получает поддерживающие дозы ГКС или антидепрессанты	1е полугодие - ежемесячно, 2е полугодие - 1 раз в 2 месяца (к осмотру) и 1 раз в 10-14 дней 1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев (к осмотру )	1 раз в 6-1 2 месяцев (к осмотру)
Биохимия крови (протеинограмма, белки острой фазы, АСЛ«О»)			По показаниям
ЭКГ, КИГ, ЭХО-кардиоскопия: при поражении сердца при отсутствии порока	1 раз в 3 месяца и чаще 1 раз в 6 месяцев	1 раз в 6 месяцев и чаще 1 раз в год	По показаниям
Контроль АД	При каждом осмотре	При каждом осмотре	При каждом осмотре

# Схема диспансерного и реабилитация детей с ревматоидным артритом

Нозологическая форма	Частота осмотров специалистами	При осмотре обратить внимание на:	Дополнительные исследования	Основные пути оздоровления	Длительность наблюдения	Профилактические прививки
Ревматоидный артрит, сустав- суставная форма	Участковый педиатр 2 раза в год. Кардиоревматолог 1 раз в 3 мес. Окулист, отоларинголог, стоматолог - 2 раза в год, при поражении глаз и лечении ами-нохинолиновыми препаратами - 1 раз в 3 мес. Ортопед - 2 раза в год. Другие специалисты - по показаниям	Утомляемость, температуру, продолжительность утренней скованности суставов и другие показатели функционального состояния, признаки воспаления, деформация, состояние подкожной клетчатки и мышц, лимфоузлов, печени, селезенки, глаз, сердечно- сосудистой и других систем.	1. Анализ крови общий, на СРВ, сиаловые кислоты, протеинограмма, анализ мочи - 1 раз в 3 месяца. 2.ФЭКГ, Иммунологи- ческое обследование - 2 раза в год. 3. Рентгенограмма суставов - 1 раз в год	1 .Санация очагов хронической инфекции. 2. Тщательное лечение интеркур- рентных заболеваний. 3. Длительная терапия нестероидными противовоспалительными и аминохино- линовыми препаратами. 4. Массаж общий и пораженных суставов, ЛФК. 5. Физиопроцедуры в зависимости от степени активности процесса. 6. Санаторно- курортное лечение. 7. Симптоматичекие средства.	Не менее 5 лет, при наличии обострений, нарушений функции опорно-двигательного аппарата больного передают под наблюдение врачу-терапевту	Освобождаются

<p>Ревматоидный артрит, Суставно- - висцеральные формы</p>	<p>Кардиревматолог - 1 раз в 2-3 месяца и по показаниям. Окулист, отоларинголог, стоматолог 2 раза в год, остальные специалисты - по показаниям</p>	<p>Утомляемость, температуру, отсутствие прибавки массы тела, атрофию мышц, сыпь, суставной синдром, поражение лимфатической и гепатолиенальной систем, состояние внутренних органов и зрения</p>	<p>1. Анализ крови и мочи общие - 1 раз в мес. 2. Анализ крови на СРВ, сиаловые кислоты, протеинограмма - 1 раз в 2-3 мес. 3. Иммунологическое обследование, ФЭКГ - 2 раза в год и по показаниям</p>	<p>1 .Санация очагов хронической инфекции и лечение интеркуррентных заболеваний. 2.Длительная терапия нестероидными противовоспалительными препаратами. 3. Глюкокортикоиды, иммунодепрессанты - по показаниям в поддерживающей дозе. 4. Массаж, ЛФК. 5. Физиолечение 6. Симптоматические средства.</p>	<p>С учета не снимаются, передаются под наблюдение в 15-летнем возрасте врачу-терапевту</p>	<p>Освобождаются на все время наблюдения.</p>
--	---	---	--	--	---	---

# Схема диспансерного наблюдения и реабилитации детей с

Частота осмотра специалистами <b>аритмиями</b>	2 раза в год - педиатр, отоларинголог, стоматолог. Кардиоревматолог - 1-2 раза в год (в зависимости от формы). По показаниям - психоневролог, эндокринолог, гинеколог, аритмолог и т.д.
При осмотре обратить внимание на:	Жалобы: утомляемость, исходный вегетативный тонус, показатели артериального давления, пульса, изменения в сердце, их динамику, реакцию на физическую нагрузку. Выделить ведущий синдром: кардиальный; невротический; астенический; вегето- дистонический.
Дополнительное обследование	2 раза в год: общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ кала на яйца глистов и простейшие; ФКГ; функциональная проба с нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд); исследование вегетативного тонуса; кардиоинтервалография.
Основные пути оздоровления	1. Санация очагов хронической инфекции. 2. Тщательное лечение интеркуррентных заболеваний. 3. Кардиотрофические средства курсами 1-2 раза в год - по показаниям. 4. Седативные препараты при ведущем невротическом синдроме. 5. При синдроме вегетодистонии: - ваготонического типа: беллоид, белладонна, атропин, электрофорез на воротниковую зону с кальцием; - симпатикотонического типа: электрофорез с магниезией, блокаторы (обзидан, индерал) курсами по показаниям. 6. Пребывание на свежем воздухе, лыжные прогулки, плавание, циркулярный душ, лечебные ванны. 7. Санаторно-курортное лечение: в санаториях местного типа, южного берега Крыма и Черноморского побережья Кавказа (нежаркое время года).
Длительность наблюдения	Не менее 2-х лет, при стойком нарушении ритма сердца - весь период детства.
Занятия физкультурой	При нарушениях ритма освободить от участия в соревнованиях и спортивных секциях; при токсико-инфекционных формах 1-й год подготовительная группа, в дальнейшем - по состоянию.
Профилактические прививки	Не противопоказаны.

# Схема диспансерного наблюдения детей с вегетососудистой дистонией

Частота осмотра специалистами	2 раза в год - педиатр, отоларинголог, стоматолог. Кардио-ревматолог - 1-2 раза в год (в зависимости от формы). По показаниям - психоневролог, эндокринолог, гинеколог.
При осмотре обратить внимание на:	Жалобы, утомляемость, исходный вегетативный тонус, показатели артериального давления, пульса, изменения в сердце, их динамику, реакцию на физическую нагрузку. Выделить ведущий синдром и вариант вегетативного обеспечения
Дополнительное обследование	2 раза в год: общий анализ крови; общий анализ мочи; анализ кала на яйца глистов и простейшие; ЭКГ; функциональная проба с нагрузкой (20 приседаний за 30 секунд); исследование вегетативного тонуса; кардиоинтервалография.
Основные пути оздоровления	Санация очагов хронической инфекции. 2. Тщательное лечение интеркуррентных заболеваний. 3. Кардиотрофические средства, курсами 1-2 раза в год - по показаниям. 4. Седативные препараты при ведущем невротическом синдроме: - ваготонического типа: беллоид, белладона, атропин, электрофорез на воротниковую зону с кальцием; - симпатикотонического типа: электрофорез с магниезией, блокаторы 5. Пребывание на свежем воздухе, лыжные прогулки, плавание, циркулярный душ, лечебные ванны. 6. Санаторно-курортное лечение
Длительность наблюдения	Не менее 2-х лет, при стойком нарушении ритма сердца-весь период детства. При нарушениях ритма и гипертонических кризах освободить от участия в соревнованиях и спортивных мероприятиях.
Занятия физкультурой	
Профилактические прививки	Не противопоказаны.



# Диспансеризация детей с хроническими заболеваниями мочевыделительной системы



**Дисметаболическая нефропатия у детей** – структурные и функциональные изменения почек, развивающиеся на фоне нарушения обмена веществ, сопровождающегося кристаллурией.

**Пиелонефрит** — неспецифический воспалительный процесс с преимущественным поражением канальцевой системы почки, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующееся поражением почечной лоханки (пиелит), чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани).

**Гломерулонефрит** — заболевание почек, характеризующееся поражением гломерул (клубочков почек). Это состояние может быть представлено изолированной гематурией и/или протеинурией; или как нефритический синдром, острая почечная недостаточность, или хроническая почечная недостаточность.

# Схема диспансерного наблюдения детей с заболеваниями органов мочевой системы и из групп риска

Диспансерные группы Медицинские мероприятия	Группы риска	Пиелонефритакт.		Интерстициальный нефрит; Дисметаболические нефропатии	Гломерулонефрит		Врожденные и наследствен- ные нефропатии	Болезни почек в ХПН стадии
		II I ст.	акт. 0 ст		акт. II I ст.	акт. 0 ст		
Врачебные Осмотры	1 раз в 3 месяца	1 раз в 2 недели	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз э 3 месяца	1 раз в неделю	1 раз в 1 -3 месяца	1 раз в 3 месяца	1 раз в 2-3 недели
2. Анализы мочи клинические; количественные (по Аддису, Нечипоренко)	1 раз в 3 месяца и после интеркуррент	1 раз в 2-3 недели	1 раз в 1 -3 месяца и после интеркуррент	1 раз в 2-4 недели и после интеркуррентных заболеваний	1 раз в 2-3 недели	ежемесячно и после интеркуррентных заболеваний	ежемесячно и после интеркуррентных заболеваний	1 раз в 2-3 недели,
3. Посевы мочи	При лейкоцитурии	1 раз в 3-4 недели	1 раз в 2-3 месяца	Ежемесячно	1 раз в 3 месяца и при появлении лейкоцитурии	1 раз в 3 месяца и при появлении лейкоцитурии	При появлении лейкоцитурии	При появлении лейкоцитурии
4. Анализ крови клинический	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 1-3 месяца	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз э 3 месяца	1 раз в 2-4 . недели	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 3 месяца	1 раз в 2-3 недели
5. Биохимия крови: определение общего белка протеинограмма; липидог- рамма; электролиты: К: Са	При выявлении	1 раз в 3-6 месяцев	1 раз в 6-12 месяцев	1 раз в 6-12 мес	1 раз в 1 -3 мес.	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в 1-2 месяца
6. Анализ мочи по Зимницкому	1 раз в 6- 12 месяцев	1 раз в 3-			1 раз в 2-3 месяца.			1 раз в 1-2 месяца
7.Определение в крови мочевины, креатинина	При выявлении и при стойкой	1 раз в 3-6 месяцев	-6 месяцев фосфора 1 раз в 6-12 месяцев	1 раз в 3 месяца,	1 раз в 1 -3 мес.	1 раз в 3-6 месяцев 1 раз в год 1 раз	1 раз в 3-6 месяцев 1в 3-6-12 месяцев	1 раз в 2-3 недели
8. Клиренс эндогенного креатинина	При выявлении	1 раз в 3 -12 месяцев	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в 1-3 - 12 мес.	1 раз в год	1 раз в год	1 раз в 3 месяца

# Схема диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями мочевой системы и с метаболическими нарушениями.

Заболевания мочевой системы	Интервалы обследования (месяцы)										
	Врачебный осмотр АД	Лабораторные данные		Суточная экскреция солей	Морфология мочевых осадков	Посевы мочи	Почечные функции			Инструментальные обследования	
		Крови	Мочи (Нечипоренко)				Проба Зимницкого	Мочевина, креатинин	Клиренс эндогенного креатинина	Неинвазивные (ЭХО УЗИ)	Рентгенологические (в/в урография; микционная цистоуретрография)
<b>Дисметаболические нефропатии</b>	6	6-12	3	3-6	6	6-12	6	12	12	6-12	24 (2 года)
<b>Интерстициальный нефрит</b>	3-6	6	3	3-6	3	3	3-6	6	6	6-12	24 (2 года)
<b>Мочекаменная болезнь</b>	6	6-12	3	3-6	6	6-12	12	12	12	3-6	24 (2 года)
<b>Пиелонефрит 3-6 3-6, 6 3-6 3-6</b>	3-6	3-6	2-3 мес, при неполной ремиссии 2-4	3-6	3-6	3-6 мес., при неполной ремиссии 2-4 нед.	6-12	6-12	6-12	6-12	12-24
<b>Цистит 6-12 6-12. 12 12 12</b>	3-6	12	2-3 мес., при неполной ремиссии 2-4 нед.	6-12	6-12	3-6 мес., при неполной ремиссии 2-4 нед.	12	6-12	12	3-6	Цистоскопия 6-12 месяцев R-контрастное исследование строго по показаниям

# Схема диспансерного наблюдения детей со острым и хроническим гломерулонефритом

Мероприятия	1-й год наблюдения	2-й год наблюдения	3-й год наблюдения
Участковый педиатр - при неполной клинко-лабораторной ремиссии - если получает гормонотерапию	1е полугодие - ежемесячно, 2е полугодие - 1 раз в 3 месяца 1 раз в 2-3 недели 1 раз в 10 дней	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Нефролог, ЛОР, стоматолог	Параллельно с педиатром, 2 раза в год по показаниям — чаще	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год
Окулист (осмотр глазного дна)	2 раза в год, по показаниям - чаще	-----	-----
Врач-реабилитолог, врач ЛФК		По показаниям	-----
ОАК - при неполной клинко-лабораторной ремиссии - если получает гормонотерапию	1 раз в месяц 1 раз в 2-3 недели 1 раз в 10 дней	1 раз в 6 месяцев (к осмотру)	1 раз в год (к осмотру)
ОАМ)	1 раз в 10 дней (к осмотру		
Анализ мочи по Нечипоренко	1 раз в месяц	-----	-----
Проба по Зимницкому	1 раз в 3 месяца	-----	-----
Биохимия крови (протеинограмма, ионограмма, белки острой фазы, АСЛ«О», азотистые шлаки, холестерин, β-липопротеиды)	1 раз в 6 месяцев	-----	-----
УЗИ почек и мочевого пузыря	1 раз в 6 месяцев	По показаниям	По показаниям
Радиоизотопное исследование	По показаниям	-----	-----
Контроль АД	При каждом осмотре	При каждом осмотре	При каждом осмотре

# Схема диспансерного наблюдения детей с острым и хроническим пиелонефритом

Врач-реабилитолог, врач ЛФК	При реабилитации в ДП	По показаниям	По показаниям
Общий анализ крови	1 раз в 6 месяцев, по показаниям - чаще	1 раз в 6 месяцев, по показаниям - чаще	1 раз в год (к осмотру)
Биохимия крови (белки острой фазы)	1 раз в 6 месяцев	) 1 раз в год, по показаниям - чаще	1 раз в год (к осмотру)
Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко (из разных порций)	1е полугодие - 1 раз месяц, 2е полугодие - 1 раз в 3 месяца	1 раз в 3 месяца	
Посев мочи на стерильность и чувствительность к антибиотикам: - при отсутствии бактериурии - при наличии бактериурии,	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Проба по Зимницкому	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	По показаниям
Кал на яйца глистов, соскоб на энтеробиоз	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
УЗИ почек и мочевого пузыря	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год	1 раз в год
Радиоизотопное исследование	По показаниям	По показаниям	По показаниям
Рентгенологическое обследование			

# Список литературы

1. Абрамова Е.В., Сорогин В.П., Храмова Е.Б., Захарова Г.Я. Учебно- методическое пособие по поликлинической педиатрии для самостоятельной внеаудиторной работы студентов V-VI курса по специальности 060103 (040200) – педиатрия. – Тюмень, 2009. – 28с.
2. Болезни органов пищеварения. / В.П. Сорогин, И.В. Ефремова и др. – Тюмень, 2007. – 44с.
3. Виноградов А.Ф., Акопов Э.С., Алексеева Ю.А., Борисова М.А. Детская поликлиника. – Тверь, 2004. – 495с. с ил.
- Доскин В.А., Косенкова Т.В., Авдеева Т.Г. и др. Поликлиническая педиатрия. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 504с.
4. Зайцева О.В. Бронхообструктивный синдром у детей. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения. Пособие для врачей. – М.: ГОУ ВПО РГМУ, 2005 – 48с.
5. Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 328с.: ил.
6. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов \ т.4.- М, 2001.-502 с.
7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов \ т.5.- М, 2007.-493 с.
8. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов \ т.3, книга 2.- М, 2003.-464 с.