по дисциплине Поликлиническая и неотложная педиатрия для специальности 31.05.02 - Педиатрия (Очное, Высшее образование, 6.0)

Тема №23. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии почек и мочевыделительной системы у детей и подростков. Стандарт диспансерного наблюдения

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4862) | [http://krasgmu.ru/sys/images/ico_print.png](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=o_umkd_metod&metod_id=4862)

Право на изменение методички: [Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

[▲ Передать право](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_change_right&metod_id=4862&metod_type=0)

АВТОРЫ МЕТОДИЧКИ

[+ Автор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=df_user_search)

[Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_del_user&metod_id=4862&user_id=1158)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

[**Утверждено:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4862); Протокол № 0

[**Разновидность занятия:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4862)дискуссия

[**Методы обучения:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_method&metod_id=4862)объяснительно-иллюстративный [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4862&method_id=1), частично-поисковый (эвристический) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4862&method_id=4), исследовательский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4862&method_id=5)

[**Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4862)Современная организация нефрологической помощи детям в нашей стране предусматривает несколько этапов: детская поликлиника — специализированный стационар — специализированный санаторий. В условиях детской поликлиники осуществляется раннее выявление детей с почечной патологией; диспансеризация больных с болезнями мочевой системы и детей из групп риска развития таких болезней; амбулаторное долечивание больных. Выполнение этих задач возлагается на участковых педиатров и районных нефрологов. Работа проводится в тесном контакте с детскими гинекологами и урологами при систематической консультативной помощи специалистов нефрологического центра или специализированного стационара.

ЗНАТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_structure&metod_id=4862)

УМЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4862&tl_level=1)

ВЛАДЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4862&tl_level=2)

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_eltech&metod_id=4862&tl_level=2)

Весы детские электронные [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41182)

Калипер [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41186)

Коллекция СD- DVD дисков, видео- и аудиоматериалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41187)

Комплект методических указаний для аудиторной, для самостоятельной работы студентов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41176)

Комплект раздаточных материалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41177)

Комплект фантомов и муляжей по отработке практических навыков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41181)

Методические пособия, разработанные сотрудниками кафедры; монографии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41178)

Методические разработки для преподавателя [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41179)

Набор нормативных документов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41180)

Персональные компьютеры [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41199)

Ростомер детский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41183)

Сантиметровые ленты [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41185)

Стетофонендоскоп [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41184)

Телевизор [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41201)

Экран [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4862&eltech_id=41200)

ХРОНОКАРТА

[Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=0)[Копировать из...](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_copy&metod_id=4862)[Загрузить из шаблона](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_template&metod_id=4862)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжительность (мин.) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24060) Организация занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24060) | 5.00 | Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24061) Формулировка темы и целей [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24061) | 5.00 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24062) Контроль исходного уровня знаний и умений [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24062) | 20.00 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24063) Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24063) | 5.00 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности, амбулаторные карты детей с патологией МВС) |
| 5 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24064) Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24064) | 70.00 | Анализ номенклатурных документов и бланков медицинской документации по теме занятия. Поиск в регистратуре амбулаторных карт пациентов с патологией МВС. Анализ ведения пациентов с патологией МВС по амбулаторным картам. Работа на педиатрическом приеме. |
| 6 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24065) Итоговый контроль знаний (письменно или устно) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24065) | 45.00 | ситуационные задачи |
| 7 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4862&chrono_id=24066) Задание на дом (на следующее занятие) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=24066) | 5.00 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |

АННОТАЦИЯ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_annotation&metod_id=4862)

С целью раннего выявления болезней мочевой системы и в связи с тем, что нередко бывают случаи их скрытого (без клинических симптомов) течения, необходимо ежегодное исследование мочи у всех здоровых детей, а в грудном возрасте — перед проведением первой профилактической прививки, проведение диспансерного наблюдения за детьми из группы риска или угрожаемых по развитию болезней мочевой системы. В соответствии с результатами изучения распространенности врожденных и приобретенных болезней мочевой системы к группе риска по развитию нефропатий отнесены дети, часто болеющие ОРВИ (более 3–5 раз в год), имеющие хронические очаги инфекции, перенесшие кишечную инфекцию, скарлатину, гнойную ангину, и дети с отягощенной наследственностью (родители или родственники страдают болезнями мочевой системы). У указанных детей исследование мочи желательно проводить после каждого интеркуррентного заболевания. Дети, имевшие изменения в анализах мочи в период интеркуррентного заболевания, могут рассматриваться как угрожаемые по развитию пиелонефрита и других болезней мочевой системы и должны наблюдаться в течение года с ежемесячным исследованием мочи. При сохранении изменений в моче после ликвидации основного заболевания необходимо обследование ребенка в стационаре для уточнения диагноза.  
Обследование и лечение детей в специализированном стационаре являются вторым этапом помощи нефрологическим больным. Госпитализации подлежат дети, нуждающиеся в уточнении диагноза, больные острым гломерулонефритом и пиелонефритом или с обострением их хронической формы, больные с признаками декомпенсации при врожденных и наследственных болезнях почек и при хронической почечной недостаточности.  
Обеспечение четкой преемственности между стационаром и поликлиникой является одним из условий уменьшения частоты рецидивов заболеваний, случаев перехода его в хроническую форму и неблагоприятного исхода. Необходимо разрабатывать индивидуальные схемы реабилитации с проведением регулярной коррекции на основании результатов динамического контроля за клинико-лабораторными показателями.

Гломерулонефрит.

Среди приобретенных заболеваний почек у детей гломерулонефрит является вторым по распространенности после инфекции мочевыводящих путей. Вместе с тем, в ряде возрастных групп гломерулонефрит служит ведущей причиной развития хронической почечной недостаточности и инвалидизации больных. При всем многообразии клинических и морфологических форм гломерулонефритов неоспоримой считается общность иммунопатологических механизмов. Гломерулонефриты включают группу морфологически разнородных иммуновоспалительных заболеваний с преимущественным поражением клубочков, а также с вовлечением канальцев и интерстициальной ткани. Прогрессирование гломерулонефритов после воздействия различных начальных  
факторов определяется достаточно стереотипными процессами, постепенно ведущими к склерозу. Это пролиферация мезангиальных клеток и накопление мезангиального матрикса, а также поражение стенки капилляров клубочка. В индукции гломерулонефритов ведущее место отводится иммунным факторам повреждения, реакциям гуморального и/или клеточного иммунитета; в дальнейшем прогрессировании важную роль приобретают медиаторы воспаления и неиммунные механизмы — гемодинамические и метаболические. На всех этапах развития ведущую роль играет персиститрование этиологического фактора, известного, к сожалению, лишь у 1/10 больных.

Этиология:  
1. Инфекции:  
• бактериальные (стрептококк, стафилококк и др.);  
• вирусные (гепатит В, гепатит С и др.);  
• паразитарные.  
2. Токсические вещества (органические растворители, свинец, ртуть, лекарства и др.).  
3. Экзогенные неинфекционные агенты, действующие с вовлечением иммунных механизмов, в том числе по типу атопии.  
4. Эндогенные антигены (ДНК, опухолевые).  
Клинические синдромы:  
• мочевой синдром (протеинурия и/или гематурия);  
• нефротический синдром (отеки, протеинурия более 50 мг/кг/сут, гипопротеинемия, диспротеинемия — гипоальбумиемия и гиперα2-глобулинемия, гиперлипидемия);  
• артериальная гипертензия;  
• нарушение функции почек.

Классификация:  
1. Течение:  
• острое;  
• хроническое;

• подострое.  
2. Форма:  
• нефротическая;  
• гематурическая;  
• смешанная.  
3. Стадия:  
• активная — период начальных проявлений, период разгара, период обратного развития;  
• частичной клинико-лабораторной ремиссии;  
• полной клинико-лабораторной ремиссии.  
4. Состояние функции почек:  
• без нарушения функции почек;  
• с нарушением функции почек;  
• острая почечная недостаточность;  
• хроническая почечная недостаточность.

Степень активности связана с выраженностью клинических проявлений гломерулонефрита. В период частичной клинико-лабораторной ремиссии исчезают клинические проявления заболевания, улучшаются лабораторные показатели и функция почек. Период полной клинико-лабораторной ремиссии характеризуется отсутствием как клинических, так и лабораторных проявлений заболевания. Сохранение полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 5 лет и более свидетельствует о выздоровлении ребенка.

Основные клинические типы гломерулонефритов — острый, хронический, быстро прогрессирующий.  
Острый гломерулонефрит развивается через 7–14 дней после инфекции, обычно стрептококковой (ангина, тонзиллит, пиодермия); наиболее нефритогенен β-гемолитический стрептококк группы А. Характерны гематурия (часто макрогематурия), отеки, гипертензия, олигурия. У детей острый гломерулонефрит обычно имеет циклическое течение с бурным началом, в большинстве случаев заканчивается выздоровлением.  
Хронический гломерулонефрит чаще развивается медленно, с незаметным началом, реже отмечается четкая связь с перенесенным острым нефритом. Характеризуется затяжным волнообразным, непрерывно рецидивирующим или латентным течением с прогрессирующим характером процесса. Клинически диагноз хронического гломерулонефрита устанавливается обычно через год после начала заболевания при сохраняющейся активности  
процесса. В клинической практике широкое распространение получило выделение форм гломерулонефрита (гематурической, неф-  
ротической и смешанной) в зависимости от выраженности клинических синдромов, которая может быть различной.  
Гематурическая форма: незначительные отеки, преимущественно на лице, а также пастозность век и голеней; мочевой синдром в виде гематурии и умереной (не превышающей 1–1,5 г/л) протеинурии; кратковременная гипертензия.  
Нефротическая форма: распространенные отеки вплоть до анасарки, массивная протеинурия селективного типа (более 2,5 г/л), гипопротеинемия, диспротеинемия — гипоальбумиемия и гипер-α2-глобулинемия, гиперлипидемия.

Достаточно распространена и клинико-морфологическая классификация хронического гломерулонефрита, в основу которой положены морфологические изменения клубочков почек. Она включает 5 форм:  
1) минимальные изменения клубочков;  
2) фокально-сегментарный гломерулосклероз;  
3) мембранозный гломерулонефрит;  
4) мезангиопролиферативный гломерулонефрит (как вариант —  
IgA-нефрит, или болезнь Берже);  
5) мезангиокапиллярный гломерулонефрит.  
Быстро прогрессирующий (подострый) гломерулонефрит может развиваться после инфекции, однако чаще его причиной являются системные васкулиты или системная красная волчанка.

IgA-нефрит, или болезнь Берже, является формой гломерулонефрита, протекающего с преобладанием гематурии. Клинически заболевание, как правило, манифестирует после 5-летнего возраста и проявляется эпизодически возникающей макрогематурией в сочетании с умеренными болями в пояснице или животе на фоне вирусных или других инфекционных заболеваний. У половины больных выявляется увеличение IgA в крови, а также циркулирующих иммунных комплексов, содержащих IgA.

Больные с острым гломерулонефритом и обострением хронического гломерулонефрита лечатся только в стационаре в течение 3–4 недель. На участок под наблюдение участкового врача эти дети выписываются в стадии частичной клинико-лабораторной ремиссии.  
Режим. После выписки из стационара посещение детских учреждений разрешается через 2 недели (гематурическая форма) или через 1 месяц (нефротическая и смешанная форма), т. е. должен пройти определенный период адаптации в домашних условиях. Не менее чем на 6 мес. рекомендуется дополнительный выходной день в неделю. Дети освобождаются от уроков физкультуры и уроков труда от 6 мес. до 1 года. Через год клинико-лабораторной ремиссии режим физической нагрузки подбирается индивидуально. На весь период диспансерного наблюдения дети освобождаются от  
участия в соревнованиях, сдачи спортивных норм на время, от сельхозработ. Исключается купание в открытых водоемах, бассейнах.

Диета. Дети в стационаре получают стол № 7б и после выписки в течение 2–4 недель дома получают эту диету. Затем каждые 4 недели вводятся продукты, содержащие белок животного происхождения (отварное мясо, рыба, творог) по 50 г в сутки. Одновременно ежемесячно вводится поваренная соль по 1,0 г, которую доводят до 3–4 г/сут. Первые 6 мес. от начала ремиссии больные не должны получать мясных и рыбных бульонов, жареного мяса,  
копченостей, острых приправ. Жидкость не ограничивается. Если в течение года сохраняется полная клинико-лабораторная ремиссия, то можно переходить на общий стол. Лечебное питание оставляют лишь при наличии синдрома артериальной гипертензии, нарушениях липидного и белкового обмена, функции почек.  
При гломерулонефрите, протекающем с изолированной гематурией и сохраненными почечными функциями, существенных диетических ограничений не требуется, и дети получают диету № 5.  
Детям с IgA-нефритом может назначаться аглютеновая диета. Из диеты не только исключаются продукты, богатые злаковым белком глютеном (все виды хлеба, хлебобулочные и макаронные изделия, манная, овсяная, пшенная, пшеничная крупы, все сладости, приготовленные из пшеничной и ржаной муки), но и ограничиваются поваренная соль и мясо. Расширение диеты проводят поэтапно. Включение в рацион продуктов, содержащих глютен,  
откладывается на более длительный срок (не ранее 2–3 лет). Если в течение года соблюдение аглютеновой диеты не привело к снижению активности заболевания, дальнейшее применение нецелесообразно, так как обременительно для больного.

Протокол наблюдения пациента, получающего кортикостероиды, помимо наблюдения за симптомами активности гломерулонефрита, должен включать контроль за состоянием скелета (рентгеновский снимок нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника через 1 месяц от начала лечения кортикостероидами), поджелудочной железы (амилаза крови, диастаза мочи, сахар мочи и крови, УЗИ), желудочно-кишечного тракта (кал на скры-  
тую кровь, гастроскопия), печени (функциональные пробы), нервной системы (поведение, сон, память). Постоянный (не реже 1 раза в 2 недели) контроль за электролитами и КЩС крови, клиническими анализами крови, ЭКГ, АД, частотой пульса.  
Протокол наблюдения пациента, получающего цитостатики, включает контроль за периферической кровью (не реже 1–2 раз в неделю), гематурией, характером мочеиспускания (опасность геморрагического цистита), функциональными пробами печени, состоянием поджелудочной железы, уровнем мочевой кислоты крови.

Детям, страдающим гломерулонефритом, для профилактики вирусных инфекций можно назначать следующие препараты:  
• нуклеинат натрия — 0,01–0,05 г/сут. в 3–4 приема после еды в течение 10–20 дней;

• ликопид — 1 мг 1–4 раза в день в течение 10 дней с повторными курсами через месяц;  
• глутоксим — 10 мг в/м ежедневно в течение 10 дней, повторный курс через 1–6 месяцев;  
• полиоксидоний — 0,1–0,15 мг/кг в/м 2 раза в неделю, 7–10 инъекций, повторный курс через 4–6 месяцев.  
В клинической практике последних лет представляется перспективным использование медиаторов иммунного ответа — нативных или рекомбинантных интерферонов. К ним относятся:  
• очищенный человеческий интерферон, содержащий разнообразные лимфокины, — лейкинферон;  
• отечественный рекомбинантный α2-интерферон — реаферон;  
• реаферон с антиоксидантами — виферон.

«Виферон-1» (150 тыс. МЕ) детям до 7 лет, «Виферон-2» (500 тыс. МЕ) старше 7 лет — по 1 свече 2 раза в день 1 нед., затем 2–3 раза в неделю по 1 свече 4–6 нед. Повторные курсы через 1,5–2 месяца.  
Мембраностабилизирующие препараты применяют на протяжении 1–2 месяцев ежеквартально: димефосфон — 15 % 1 мл на 5 кг массы тела 3 раза в день, ксидифон — 2 % 10 мл/кг/сут., тыквеол — 2–4 г/сут., эйконол — 2–5 г/сут.  
Фитотерапия — 3–6 курсов в год по 2–3 нед. Выбор трав осуществляется в зависимости от их действия (регенерирующее, антисептическое, мочегонное, противовоспалительное и т. д.).  
Физиотерапия у больных гломерулонефритом еще не получила должного развития.  
Санация очагов инфекции (хронический тонзиллит, хронический аденоидит, синуситы) — преимущественно консервативное лечение с длительным использованием бициллинопрофилактики. Проведение тонзилэктомии является необходимым при наличии четкой связи эпизодов макрогематурии с обострением хронического тонзиллита.

Санаторно-курортное лечение в местном нефрологическом санатории, либо на курортах в условиях сухого жаркого климата —Средней Азии (Байрам-Али), южного берега Крыма. Противопоказанием для санаторного лечения являются активная стадия болезни и наличие хронической почечной недостаточности. Реабилитация в местном санатории включает:  
• режим (щадящий, тренирующий, общий);  
• диету;  
• продолжение патогенетической терапии (индивидуальные схемы);  
• климатолечение;  
• закаливающие процедуры;  
• ЛФК;  
• фитотерапию;  
• лечебную педагогику.

Профилактические прививки противопоказаны в течение сего периода диспансерного наблюдения. Их назначают только по эпидемическим показаниям в периоде ремиссии. Прививки проводятся по индивидуальному графику после отмены преднизолона и цитостатиков. Перед проведением профилактических прививок обязательно проведение клинического, биохимического анализов крови, анализа мочи и профилактического лечения, включающего гипоаллергенную диету, токоферол, антигистаминные препараты до и после прививки (7–14 дней).  
Дети с гломерулонефритом ежегодно (даже при полной клинико-лабораторной ремиссии) проходят обследование в стационаре или консультативно-диагностическом центре с целью контроля за состоянием функции почек.

Длительность наблюдения от начала полной клинико-лабораторной ремиссии при остром гломерулонефрите составляет 5 лет, при хроническом подростки передаются под диспансерное наблюдение терапевта-нефролога.

Пиелонефрит.

Эпидемиологические исследования показали, что наибольшее распространение в детской популяции имеют инфекции мочевой системы, включая пиелонефрит (Игнатова М. С., Вельтищев Ю. Е., 1989). Распространенность данной патологии превращает проблему диагностики и лечения микробно-воспалительных заболеваний почек и органов мочевыделения из чисто нефрологической в общепедиатрическую. Инфекция мочевыводящих путей (ИМВП) подразделяется на патологию, при которой в процесс вовлекается почечная паренхима (пиелонефрит), и инфекционный процесс, ограниченный

нижними мочевыми путями (цистит). От 10 до 20 % ИМВП не удается классифицировать. Особую группу составляют обструктивные и рефлюкс-нефропатии, при которых инфекционный процесс является вторичным по отношению к существующей аномалии строения мочевой системы.  
Ключевым звеном в развитии инфекционно-воспалительной патологии уротракта является процесс его инфицирования, который «замыкает» конкретный эндогенный источник бактериальных патогенов на органы-мишени.  
Говоря о проблеме патогенеза пиелонефрита у детей, необходимо сказать о факторах предрасположенности макроорганизма к инфекции. Их можно сгруппировать в три блока:  
1) факторы, обусловливающие инфицирование почек уропатогенами (бактриемия, дисбактериоз кишечника, экстраренальные очаги инфекции, иммунодефицит);

2) факторы, способствующие фиксации микроорганизмов в почечной ткани и препятствующие ее санации (наследственная детерминация рецепторов для потенциальных возбудителей пиелонефрита, нарушение ренальной уродинамики);  
3) факторы, благоприятствующие возникновению и поддержанию инфекционно-воспалительного процесса в почках (ТИН, персистенция вирусов в почечной ткани, дизметаболические нефропатии, рефлюкс).  
Факторы 1-й группы обеспечивают периодическое возникновение случаев инфицированности органов мочевой системы у ребенка, проявляясь различными видами бактериурии. Возникшая ситуация или купируется (самопроизвольно или при адекватной коррекции), или осложняется при наличии у ребенка факторов 2-й группы, поскольку снижение эффективности гидродинамических и других санационных механизмов в почке способствует фиксации патогенов на рецепторах уроэпителия и размножению бактерий. Эти явления потенцируют факторы 3-й группы, кото-  
рые позволяют микроорганизмам длительно персистировать в паренхиме почек.  
Наиболее активными участниками этих процессов являются условно-патогенные микроорганизмы. Так, у детей с хроническим пиелонефритом и ИМВП доминирующее положение (80–90 %) занимают бактерии семейства Enterobacteriaceae с явным лидерством Escherichia coli. С очень большим отрывом — другие виды микроорганизмов: протей (1–15 % по данным разных авторов), клебсиелла (4–9 %), стафилококк (0,5–3 %). Кроме того, патологический процесс в почках и мочевых путях может быть инициирован микобактериями туберкулеза, грибами рода Candida, как казуистика — простейшими (например, амебами, лямблиями) и даже гельминтами (в частности, шистосомами, филяриями). Существенное значение в формировании ренальной инфекции отводится паразитированию в почечной ткани вирусов, хламидий, микоплазм и L-форм бактерий, персистирование которых способст-  
вует пролонгации тубулоинтерстициального воспаления.

Клиническая картина пиелонефрита достаточно полиморфна и неспецифична, поэтому диагноз заболевания устанавливается только после комплексного клинико-лабораторного, рентген-урологического и инструментального исследований.  
У больных пиелонефритом наблюдается ряд симптомов неспецифического характера. В частности, ухудшается общее состояние, появляются вялость, слабость, утомляемость, нарушается сон, снижается аппетит, бывает головная боль, а также ряд других неспецифических симптомов общего характера.  
При объективном обследовании выявляют основные симптомы, характерные для пиелонефрита. Среди них — симптомы интоксикации (бледность кожи, периорбитальный цианоз, пастозность век и др.) и повышение температуры тела выше 38 ºС, особенно, если гипертермия имеет, на первый взгляд, беспричинный характер. Больные часто жалуются на боль в поясничной области. Но нередко дети предъявляют жалобы на боль в животе.

Пальпаторно у больных пиелонефритом очень часто выявляют болезненность в косто-вертебральном углу и положительный симптом 12 ребра.  
В осадке мочи определяются лейкоцитурия нейтрофильного типа (более 50 % нейтрофилов) с наличием лейкоцитарных цилиндров, бактериурия (более 100 тыс. микробных тел в 1 мл мочи), протеинурия (менее 1 г/л). Нередко у детей с пиелонефритом отмечается эритроцитурия (обычно — единичные эритроциты, малоизмененные).  
При исследовании крови определяются умеренный лейкоцитоз (более 9 × 109/л) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренная СОЭ (более 15 мм/час). Кроме этого, появляется С-реактивный белок, отмечается гипер-α2-глобулинемия.  
Ультразвуковой метод исследования, наряду с лабораторными методами, является значимым в диагностике различных аномалий мочевых органов и пиелонефрита. По данным УЗИ оценивается контур, строение, положение, смещаемость почек, их взаимоотношения с соседними органами. Но наиболее ценную информацию о состоянии мочевой системы можно получить лишь при сочетании ультразвукового исследования с рентгенологическим.

Рентгенологическое обследование включает проведение микционной цистографии и экскреторной урографии. Микционная цистография — надежный метод диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса. Экскреторная урография является незаменимым методом диагностики пиелонефрита, особенно его вторичных форм. На экскреторных урограммах у большинства больных пиелонефритом обнаруживают пиелоэктазии, сглаженность форниксов, асимметрию контрастирования чашечно-лоханочной системы и дефекты их наполнения, гипотонию лоханок и мочеточников, нефроптоз. На зна-  
чительное гипотоничное состояние лоханок указывает псоассимптом. По мере прогрессирования пиелонефрита появляется сипмтом Ходсона (неравномерное истончение паренхимы на полюсах), уменьшаются почки, формируются тканные рубцы.

Классификация пиелонефрита у детей (Студеникин М. Я., 1980):  
1. Клиническая форма:  
• первичный;  
• вторичный — обструктивный и необструктивный.  
2. Течение:  
• острое;  
• хроническое — рецидивирующее, латентное.  
3. Стадия:  
• активная;  
• частичная клинико-лабораторная ремиссия;  
• полная клинико-лабораторная ремиссия.  
4. Состояние функции почек:  
• без нарушения функции почек;  
• с нарушением функции почек;  
• хроническая почечная недостаточность.

Первичный пиелонефрит развивается при отсутствии признаков внутри- и внепочечных аномалий мочевой системы и обменных нефропатий, способствующих нарушению уродинамики, почечной лимфо- и гемодинамики. Вторичный пиелонефрит возникает на фоне органических или функциональных изменений гемо- и/или уродинамики (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, нефроптоз, гидронефроз) или обменных нефропатий.  
Острый пиелонефрит характеризуется активной стадией болезни и обратным развитием симптомов с полной клинико-лабораторной ремиссией в течение 6 мес. от начала болезни. Хронический пиелонефрит диагностируется при сохранении признаков  
активности заболевания дольше 6 мес. от его начала или при наличии не менее 2 рецидивов за этот период.  
Хронический пиелонефрит может иметь рецидивирующее и латентное течение. Для рецидивирующего течения пиелонефрита характерны периоды обострения, которые проявляются мочевым (лейкоцитурия, бактериурия) и клиническими (повышение температуры, болевой синдром) симптомами заболевания.

Латентное течение пиелонефрита характеризуется только мочевым синдромом различной степени выраженности. В зависимости от активности заболевания различают активную стадию, стадию частичной или полной клинико-лабораторной ремиссии. Под частичной клинико-лабораторной ремиссией понимают такой период болезни, когда нет клинических проявлений, но сохраняется мочевой синдром. В стадию полной клинико-лабора-  
торной ремиссии не бывает как клинических, так и лабораторных признаков пиелонефрита.

После достижения частичной ремиссии в стационаре больной пиелонефритом нуждается в продолжительном лечении в условиях поликлиники под наблюдением участкового врача и нефролога.  
Режим. Если ребенок выписан в состоянии полной клинико-лабораторной ремиссии, он может посещать детское учреждение, ему назначается общий режим с ограничением физической нагрузки и исключением факторов охлаждения. Дети старших возрастов при выписке из стационара сохраняют трудоспособность при условии рационально построенного режима дня. Детям разрешаются занятия лечебной физкультурой или в спецгруппах. На втором году двигательный режим расширяется: разрешаются лыжные прогулки, настольный теннис, занятия физкультурой в подготовительной группе. Занятия физкультурой в основной группе в школе, участие в соревнованиях, плавание и другие виды спорта противопоказаны в первые три года от нача-  
ла ремиссии. После трех лет стойкой клинико-лабораторной ремиссии разрешаются занятия физкультурой детям, не имеющим аномалий развития мочевыводящей системы и нефроптоза.  
Диета назначается с учетом преимущественного поражения тубулоинтерстициального аппарата почек при пиелонефрите. В связи с этим из диеты исключаются продукты, содержащие вещества, которые секретируются эпителием канальцев и оказывают на них раздражающее действие: перец, хрен, чеснок, горчица, маринованные продукты, копчености и т. д. Больные получают полноценное питание, рекомендуется стол № 5 по Певзнеру. Пи-  
ща готовится нормально соленой. Соль ограничивается при повышении артериального давления и при наличии стойкой протеинурии (более 1 г/л). Жидкость не ограничивается. При хорошем оттоке мочи показано увеличение суточного объема жидкости (на 50 % больше возрастной нормы) в виде фруктовых соков, компотов, брусничных и клюквенных морсов.  
Антибактериальная терапия при остром пиелонефрите продолжается 1,5–3 мес., при хроническом — 6–9 мес. В стационаре ребенок получает короткий (7–10 дней) курс терапии антибиотиком с последующим назначением длительного курса поддерживающей терапии уросептиками в условиях поликлиники.

Продолжительность непрерывной поддерживающей антибактериальной терапии острого первичного пиелонефрита — 2–4 нед., прерывистая поддерживающая терапия ежемесячно по 10 дней (2–3 мес.).  
Непрерывная поддерживающая терапия хронического пиелонефрита — 1–2 мес., прерывистая поддерживающая — 4–6 мес.  
Варианты противорецидивной терапии:  
• Фурагин или фурадонин — 6–8 мг/кг (непрерывная терапия), далее переход на 1/2 от лечебной дозы 1 раз в сутки на ночь (поддерживающая терапия).

• Один из препаратов налидиксовой кислоты (неграм, невиграмон) — 50 мг/кг/сут.; пипемидовой кислоты (палин, пимидель) — 15 мг/кг/сут.; 8-оксихинолина (5-НОК, нитроксолин) —8–10 мг/кг/сут. полная доза (непрерывная терапия) или по 10 дней каждого месяца (прерывистая терапия).  
Применение ко-тримоксазола ограничено в связи с тем, что регистрируется нарастание частоты резистентных штаммов E. coli к бисептолу (до 43 %). Кроме того, бисептол можно считать «лидером» среди антимикробных препаратов по частоте и многообразию вызываемых им нежелательных реакций. Это тяжелые кожные синдромы, анафилаксия, тромбоцитопения, гемолитическая анемия и т. д. Поэтому национальные рекомендации ряда стран жест-  
ко лимитируют показания к назначению этого препарата.

При появлении лейкоцитурии на фоне прерывистого лечения сразу же переходят на непрерывное лечение до наступления ремиссии. После первого года в период полной клинико-лабораторной ремиссии при наслоении интеркуррентных заболеваний  
целесообразно назначение 7–10-дневных курсов антибактериальной терапии.  
Фитотерапия применяется в период стихания процесса и используется при поддерживающей антибактериальной терапии в дни, свободные от приема уросептика, а также отдельно в качестве поддерживающей терапии. Используются сборы трав с противовоспалительным (ромашка, зверобой, шалфей, подорожник, календула), регенерирующим (шиповник, бессмертник, лепестки розы, душица, пихта), диуретическим действием (можжевельник, толокнянка, хвощ полевой, лист брусники, листья и почки березы, петрушка).  
Физиотерапия в период стихания воспалительного процесса — ультразвук на поясничную область № 8–10, в период клинико-лабораторной ремиссии — тепловые аппликации, общие пресные и хвойные ванны. При ПМР используют электростимуляцию (синусоидальные модулированные токи) мочевого пузыря № 10 ежеквартально.  
Антисклеротическая терапия применяется при длительности хронического пиелонефрита свыше 3 лет и постоянном рецидивировании заболевания. Рекомендуется применение хинолиновых препаратов — хлорохин (делагил), гидроксихлорохин (плаквенил): детям до 6 лет — 1/4 таблетки (0,25), от 6 до 10 лет — 1/2 таблетки, старше 10 лет — 1 таблетку 1 раз в день. Длительность лечения — 6–12 месяцев в сочетании с антибактериальными пре-  
паратами.  
Иммуномодуляторы Препараты иммуномодулирующего дей ствия применяются при пиелонефритах в качестве патогенетической терапии и назначаются в подострую стадию. В некоторых случаях при латентном течении заболевания они являются альтернативой антибактериальной терапии. Имеется опыт применения следующих иммуномодуляторов:  
• лизоцим — 5 мг/кг per os или 2–5 мг/кг в/м 10–20 дней;  
• виферон — по 1 свече 2 раза в день 7–10 дней, далее 2 раза в неделю 4 недели;  
• ликопид — 1 мг 1–4 раза в день в течение 10 дней с повторными курсами через месяц;  
• глутоксим — 10 мг в/м ежедневно в течение 10 дней, повторный курс через 1–6 мес.;  
• полиоксидоний — 0,1–0,15 мг/кг в/м 2 раза в неделю, 7–10 инъекций, повторный курс через 4–6 мес.  
Санаторно-курортное лечение. Для соблюдения преемственности лечения необходимо сначала рекомендовать местный санаторий, а затем курорты. В местном санатории ребенок находится на «долечивании» с последующей реабилитацией. Целесообразно направление на курорты с питьевыми слабоми-  
нерализованными минеральными водами («Смирновская», «Славяновская» — Железноводск; «Нафтуся» — Трускавец; минеральные воды на курорте «Боржоми»). Возможно применение бутылочных минеральных вод указанных источников в домашних условиях в течение месяца. Слабоминерализованные воды назначаются из расчета 5 мл/кг/сут. 3 раза в день за 30 минут до еды. Расширяются показания для использования климатотерапии на курортах южного берега Крыма и Северного Кавказа.  
Профилактические прививки проводятся в стадию полной клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита.  
С диспансерного учета снимаются больные с первичным пиелонефритом через 3 года стойкой клинико-лабораторной ремиссии без нарушения функции почек. Больные хроническим пиелонефритом наблюдаются постоянно.

Дизметаболические нефропатии — это группа заболеваний с различной этиологией и патогенезом, объединенных тем, что их развитие связано с нарушением обмена веществ.  
В настоящее время как самостоятельная нозологическая форма выделяется дизметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией, или оксалатная нефропатия, которая рассматривается как полигенно наследуемая мембранопатия с почечным вовлечением, развивающаяся под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды. Специфических клинических симптомов нет, и для постановки диагноза необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, в том числе генеалогического. Первые проявления нефропатии начинаются в возрасте 3–4 лет. Родители больного ребенка указывают на большую частоту болей в животе. Отмечаются различные признаки аллергических заболеваний, повышенная потливость, перепады ар-  
териального давления (вегетативная лабильность). Дизурические расстройства в виде урежения мочеиспусканий, особенно во вторую  
половину дня. Могут быть признаки гиповитаминоза. Дизметаболическая нефропатия с оксалатно-кальциевой кристаллурией характеризуется смешанным мочевым синдромом в виде различной степени выраженности гематурии, абактериальной лейкоцитурии, небольшой протеинурии. Реакция мочи кис-  
лая, определяется гиперстенурия, функция почек сохранена. Биохимическое исследование мочи выявляет повышенную экскрецию оксалатов и кристаллурию.   
Прогрессирование дизметаболической нефропатии с оксалатно-кальциевой кристаллурией может привести к развитию интерстициального нефрита. Возможно наслоение инфекции и развитие пиелонефрита. Значительная выраженность дизметаболических нарушений может обусловить возникновение мочекаменной болезни.

Диета. При гипероксалурии основой реабилитации детей является назначение лечебной диеты. При этом ограничивается поступление в организм продуктов, богатых оксалатами. К таковым относятся: шоколад, какао, крепкий чай, кофе, сельдерей, петрушка, щавель, свекла, ревень, шпинат. Назначается картофельно-капустная диета. Исключаются экстрактивные бульоны. Разрешается белый хлеб, сало, растительное и сливочное масло, сметана, отварные мясо и рыба, сладкие фрукты (груша, чернослив, изюм, курага). В диете ограничивают молоко и молочные продукты.  
Картофельно-капустная диета назначается на 2–3 недели с аналогичным интервалом, в течение которого рекомендуется стол типа «печеночного». На фоне диетических мероприятий экскреция оксалатов с мочой уменьшается на 40 % и более.  
Для увеличения диуреза назначается большое количество жидкости (2 л на 1 м2 стандартной поверхности тела). Высокожидкостный режим важно назначать во вторую половину дня, таким образом уменьшается возможность кристаллизации различных солей. Жидкость дается в виде соков, компотов, киселей, отваров трав, минеральных вод. Необходимо регулировать ритм мочеиспускания (опорожнение мочевого пузыря каждые 2,5–3 часа).  
Режим обычный, без ограничений.

Медикаментозная терапия:  
1. Не назначать препараты кальция и аскорбиновую кислоту.  
2. Тиамин (витамин В1): до 3 лет (0,005 г/сут.), 3–7 лет (0,01 г/сут.), старше 7 лет (0,015 г/сут.) в течение месяца ежеквартально.

3. Пиридоксин (витамин В6) — 2–3 мг/кг/сут. или 20–40 мг/сут. — в течение месяца ежеквартально.  
4. Ретинол (витамин А) 3,44 %: 1–7 лет — 1 кап. 1 раз в день, старше 7 лет — 2 кап. 1 раз в день или 1000 ЕД/год жизни в сут. в течение месяца ежеквартально.  
5. Токоферол (витамин Е): до 7 лет — 5–10 мг/сут., старше 7 лет — 15 мг/сут. в течение месяца ежеквартально.  
6. Димефосфон 15 % — 1 мл на каждые 5 кг веса 3 раза в день по 1 мес. 3 раза в год.  
7. Ксидифон 2 % — 3 мг/кг/сут. (в зависимости от возраста — чайная, десертная или столовая ложка) по 1 мес. 2 раза в год.  
8. Мембраностабилизаторы (эссенциале-форте, карсил) — 30–45 дней 2 раза в год.

Фитотерапия. Подбираются травы с мочегонным, литолитическим и спазмолитическим действием: хвощ полевой, лист брусники, плоды можжевельника, листья толокнянки, корень одуванчика, бессмертник, василек, девясил, зверобой, мать-и-мачеха, овес, плоды и листья земляники и ежевики, почечный чай, спорыш, стручки фасоли, тысячелистник, шалфей. Фитотерапия должна проводится регулярно с использованием сборов трав, включающих не более трех, по 1 мес. ежеквартально (30–50–70 мл/день отвара (в зависимости от возраста) за 30 минут до еды). Готовые препараты трав — фитолизин, уролесан. Хорошим мочегонным действием обладают арбуз, груша, дыня, крыжовник.

Физиотерапия. Слабоминерализованные воды: «Боржоми», «Ессентуки», «Смирновская», «Славяновская», «Нафтуся» по 3–5 мл/кг на 3 приема длительностью до 1 мес. 2 раза в год.  
Санаторно-курортное лечение осуществляется в местных санаториях либо на курортах с питьевыми минеральными водами.  
Профилактические прививки не противопоказаны.

Больные дизметаболической нефропатией с оксалатно-кальциевой кристаллурией не снимаются с диспансерного учета, так как заболевание является фактором риска хронизации процесса.

Тубулоинтерстициальный нефрит.

Режим обычный, без ограничений. При ТИН циркуляторного и метаболического генеза важно соблюдение режима «частых» мочеиспусканий (через 2–3 часа в зависимости от возраста), способствующих коррекции уродинамических нарушений и уменьшению влияния кристаллурии на мочевые пути.

Фитотерапия назначается с учетом механизма и терапевтического действия: антисептики (зверобой, ромашка, календула), диуретики (береза, толокнянка, хвощ), литолитики (брусника, спорыш, фасоль), сосудоукрепляющие (шиповник, тысячелистник, крапива), повышающие имунобиологическую защиту (элеутерококк, лимонник, жень-шень).  
Физиотерапия. При ТИН, развившемся на фоне микроэлементоза, показан прием щелочных слабо- или среднеминерализованных минеральных вод («Славяновская», «Смирновская») из расчета 3–5 мл/кг на прием 3–4 раза в день в течение 20 дней, 2 курса в год.  
Для улучшения кровообращения в почечной ткани полезны ванны (термальные, радоновые, хлоридно-натриевые), назначаемые по 5–7 минут ежедневно или через день в течение 10–12 дней.  
С противовоспалительной целью назначается СВЧ на поясничную область — 10 дней 1–2 раза в год.  
Санаторно-курортное лечение. Больным с высокой степенью активности процесса и хронической почечной недостаточностью  
II–III степени лечение в местных санаториях противопоказано.  
При метаболическом варианте хронического ТИН целесообразно курортное лечение на бальнеологических курортах (Железноводск) не ранее 6 мес. от начала активного процесса.  
Основными методами реабилитации ТИН на этом этапе являются климатолечение, диетотерапия, лечебная физкультура, физиотерапия, бальнеотерапия, питье минеральных вод из источника или бутылочных, терапия, направленная на стабилизацию цитомембран.

Больные, перенесшие ТИН, острое течение, подлежат снятию с диспансерного учета в случае стойкой клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет. Больных с латентным и волнообразным течением и со снижением парциальных почечных функций после острого ТИН с учета не снимают и при достижении 15 лет передают для наблюдения в подростковую сеть.

На долю врожденных и наследственных заболеваний почек, по данным Royer, приходится 13–15 %, а по данным Ю. Е. Вельтищева и В. П. Лебедева — 16 % общего числа нефропатий, наблюдаемых у детей. Пороки мочевой системы составляют треть всех врожденных пороков развития.

Термины «наследственный нефрит» и «синдром Альпорта» нередко отождествляются, так как в одной семье могут быть больные как с тугоухостью и другими экстраренальными проявлениями патологии, так и без них. Диагноз «синдром Альпорта» считается правомочным в случаях обнаружения у больного трех из четырех типичных признаков:  
1) наличие в семье гематурии и ХПН;  
2) присутствие у больного нейросенсорной тугоухости;

3) патологии зрения;  
4) обнаружение электронно-микроскопических признаков расщепления гломерулярной базальной мембраны с изменением ее толщины и неравномерностью контуров.

Особенности клиники наследственного нефрита. Патологический мочевой синдром, по анамнестическим данным, как правило, обращает на себя внимание в дошкольном возрасте, т. е. характерно раннее появление мочевого синдрома. У подавляющего большинства детей изменения в моче выявляются случайно при диспансеризации. Характерной чертой мочевого синдрома является гематурия различной степени выраженности вплоть до макрогематурии. У 1/3 детей она сочетается с протеиурией, как правило, неселективной. Протеинурия более выражена у детей с синдромом Альпорта. Лейкоцитурия отмечается примерно у 1/5 детей, причем у большинства из них она носит абактериальный и транзиторный характер. Характерна также стойкость мочевого синдрома. Отставания мочевого синдрома от интеркуррентных заболеваний нет. У большинства детей определяется более 5 внешних и сома-  
тических стигм соединительнотканного дизэмбриогенеза.

Так как методов патогенетической терапии данного заболевания не существует, то основным принципом лечения больных является замедление прогрессирования нарушения функции почек.  
Режим. После выписки из стационара детям разрешается посещать дошкольное учреждение и школу. От занятий физкультурой дети освобождаются, занимаются ЛФК. Для сохранения длительного периода компенсации важно ограничение чрезмерных физических нагрузок: бега, прыжков, езды на велосипеде, плавания.  
Постельный режим назначается в стадии декомпенсации заболевания, а также при наличии гипертензионного, отечного синдромов.  
Диета. Больные получают полноценное по возрасту питание с учетом функционального состояния почек. При сохраненной функции почек назначается диета типа «печеночной» с исключением острых и крепко соленых блюд. При наличии гипероксалурии используется антиоксалурическая диета. Белковые продукты дают преимущественно в первую половину дня, а овощи и фрукты — во вторую.

Медикаментозная терапия. Целесообразно назначение «активаторов обмена»: пиридоксина (60–120 мг/сут.) в течение 10–14 дней, кокарбоксилазы (50 мг через день) и АТФ (1 мл через день) № 10 каждого препарата 2 раза в год, ретинола, токоферола (витамины А и Е). Временный эффект у части больных может быть достигнут назначением препаратов хинолонового ряда (делагил, плаквенил) в суточной дозе 10 мг/кг в течение 2 мес., затем  
5 мг/кг 4–10 месяцев.

Физиотерапия. Слабоминерализованные воды: «Боржоми», «Ессентуки», «Смирновская», «Славяновская», «Нафтуся» 5 мл/кг 30 дней каждые 3 мес.  
Санаторно-курортное лечение. Показано пребывание детей в местных санаториях 1–2 раза в год.  
Профилактические прививки противопоказаны.

Осмотр больного с наследственным нефритом, имеющего выраженный мочевой синдром, при отсутствии экстраренальных проявлений (отеки, гипертония) и признаков почечной недостаточности проводится 1 раз в 3–6 месяцев. При уменьшении мочевого синдрома можно осматривать реже. В случаях наследственного нефрита, протекающего с отеками, повышением АД и признаками почечной недостаточности ребенок наблюдается 1 раз в  
месяц. В подростковом возрасте — обязательная передача детей с этой патологией под наблюдение терапевтов-нефрологов.  
Решение вопросов профессиональной ориентации больных с заболеваниями органов мочевой системы осуществляется участковым педиатром совместно с нефрологом.

При выборе лекарственных растений учитывается наличие:  
• мочегонного действия, зависящего от содержания эфирных масел, сапонинов, силикатов (можжевельник, петрушка, листья березы, хвощ полевой);  
• противовоспалительного действия, связанного с присутствием танинов и арбутина (листья брусники, толокнянки, груши);  
• литолитического эффекта, проявляющегося благодаря выведению различных солей и мочевой кислоты (почечный чай, шиповник, василек, марена красильная, крапива двудомная);  
• антисептического, обусловленного фитонцидами (чеснок, лук, ромашка, пол-пола);  
• влияния на систему гемостаза: антиагрегантное действие — чеснок, лук, кровоостанавливающее — крапива двудомная.

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЛЯ АННОТАЦИИ

[+ Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_image&metod_id=4862)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_gematuriya_deti.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2701)

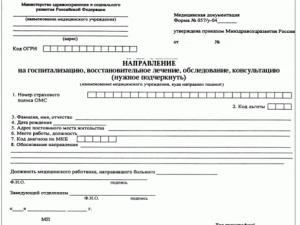
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_nefr.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2702)

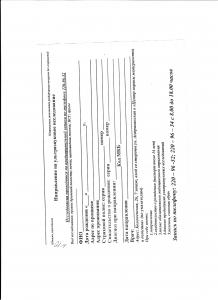
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2703)

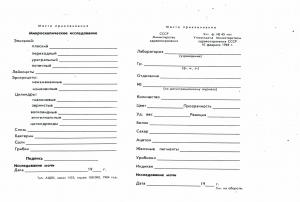
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2704)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2705)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2706)

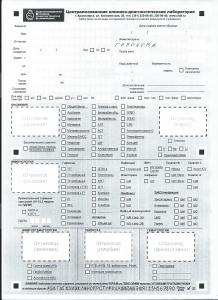
  
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_napravlenie_na_gospitalizatsiyu.gif>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2707)

  
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_napravlenie_na_uzi.jpg>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2708)

  
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_oam.jpg>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2709)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2710)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2711)

  
Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_analiz_krovi.jpg>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2712)

ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4862&control_type=10) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4862&control_type=10&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4862&control_type=10)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759525) Поиск номенклатурных документов по теме занятия. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759525&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759525)

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759526) Принципы диагностики детей с заболеваниями МВС на педиатрическом участке. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759526&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759526)

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759527) Показания для госпитализации детей с заболеваниями МВС. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759527&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759527)

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759528) Принципы диспансерного наблюдения детей с заболеваниями МВС на педиатрическом участке. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759528&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759528)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4862&control_type=1) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4862&control_type=1&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4862&control_type=1)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759529) ДЕТИ, ПЕРЕНЕСШИЕ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, НАБЛЮДАЮТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759529&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759529)

- в течение года;

- в течение 3-х лет;

- до перевода во взрослую сеть;

**- в течение 5-ти лет;**

- согласно частоте рецидивов;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759530) В СЛУЧАЕ РЕЦИДИВА ИМС У РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛАГАТЬ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759530&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759530)

- наличие местного иммунодефицита;

**- порок развития мочевыводящих путей;**

- вторичный иммунодефицит;

- резистентность возбудителя;

- губчатую почку;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759531) ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ РЕБЕНКА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ТРЕБУЕТСЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759531&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759531)

- стоматолога;

- отоларинголога;

- гастроэнтеролога;

- невропатолога;

**- уролога;**

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759532) К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМ ВОЛЧАНОЧНОГО НЕФРИТА ОТНОСИТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759532&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759532)

- гипертонический криз;

- почечная эклампсия;

- ОПН;

**- ХПН;**

- абсцесс почки;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759533) НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕНАЛЬНОЙ ОПН У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759533&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759533)

- пиелонефрит;

- гломерулонефрит;

- гемолитико-уремический синдром;

**- кровопотеря;**

- отравление;

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759535) ПЕРВЫЙ ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ В ВОЗРАСТЕ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759535&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759535)

- в роддоме;

- в 10 дней;

**- в 1 месяц;**

- в 3 месяца;

- в 1 год;

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759537) ПОДРОСТКА, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ, СЛЕДУЕТ ОРИЕНТИРОВАТЬ НА СПЕЦИАЛЬНОСТЬ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759537&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759537)

**- библиотекарь;**

- геолог;

- летчик;

- водитель;

- шахтер;

8. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759538) ЧАСТОТА ОСМОТРОВ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ФТИЗИАТРОМ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ СОСТАВЛЯЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759538&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759538)

- 1 раз в месяц;

- 1 раз в 3 месяца;

- 1 раз в 6 месяцев;

**- 1 раз в год;**

- не показан осмотр фтизиатра;

9. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759539) РЕБЁНОК НУЖДАЕТСЯ В ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЯХ НА ДОМУ И ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ПОСЕЩЕНИЙ ШКОЛЫ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759539&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759539)

**- при хроническом нефрите и нефротическом синдроме;**

- при бронхиальной астме;

- при хроническом пиелонефрите;

- при язвенной болезни желудка;

- при сахарном диабете;

10. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=759541) У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759541&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759541)

- опухоли желудка и кишечника;

- опухоли печени и желчного пузыря;

- опухоли селезенки;

- опухоли и кисты брыжейки;

**- опухоли почек;**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4862&control_type=17) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4862&control_type=17&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4862&control_type=17)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=759551) Володя Н., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на боли в спине, частые и болезненные мочеиспускания, недержание мочи, плохой аппетит, головную боль, тошноту. Из анамнеза известно, что ранее мальчик перенес корь, ветряную оспу. Два года назад прооперирован по поводу камня мочеточника справа. Два раза в год бывает обострение процесса, лечится в стационаре и амбулаторно. Осмотр. Мальчик бледен, пониженного питания, под глазами «тени», легкая пастозность век. АД 120/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, положительный симптом ХII ребра с обеих сторон. В настоящее время масса тела 37 кг, длина - 149 см, окружность головы- 55 см, окружность грудной клетки – 65 см. Клинический анализ крови: эр. - 3,4 × 10 12 /л, Нb - 96 г/л, лц. - 11,2 × 10 9/л, э.- 6 %, п/я - 7 %, с/я - 63 %, лимф. - 20 %, м - 4 % , СОЭ - 28 мм/час. Общий анализ мочи: белок 0,006 г/л, лейкоциты 20- 25 в п./зр., эритроциты единичные в поле зрения. Бактериологический посев мочи: рост гемолитического стафилококка 1000000 микробных тел / мл. (Оценка (+) больше 100 тысяч бактерий. Оценка (+ -) более 1000, но меньше 100 тысяч. Если результат менее 1000 в 1 мл, то не верно собран анализ). Биохимический анализ мочи: экскреция аммония 65 ммоль/сут (норма 92,5 — 131,5 ммоль/сут). Клубочковая фильтрация: - 78 мл/мин (норма 100-120 мл/мин). Проба по Зимницкому: уд. вес - 1012 – 1018, объем мочи 700 мл, дневной 400 мл, ночной 300 мл (норма объем 1000-1500 мл, уд. вес 1011-1025). Экскреторная урограмма: сужение мочеточника на уровне нижней трети справа, расширение чашечно-лоханочной системы справа, деформация чашечно-лоханочной системы слева. 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Анатомо-физиологические особенности почек и мочевыводящих путей. 3. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 4. Тактика. 5. Диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759551&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759551)

- Обострение мочекаменной болезни? ХПН?;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=759554) Таня Е., 12 лет, поступила в стационар с жалобами на отеки лица, голеней, редкое мочеиспускание. Анамнез. От 1 беременности, 1 срочных родов. Наследственность не отягощена. Имеется аллергия в виде крапивницы на апельсины с 2-х лет. 2 недели назад перенесла ангину, лечились дома самостоятельно, за медицинской помощью не обращались. Заболела 3 дня назад, когда появилась слабость, головная боль, отеки. К врачу не обращались. Самостоятельно обратились в приемный покой стационара детской больницы спустя 3 дня. Объективно: кожа бледная, выраженная отечность лица, голеней, асцит, отечность в области поясницы. Тоны сердца приглушены, тахикардия - 104 удара в минуту. В легких выслушиваются влажные средне пузырчатые хрипы, ЧД 20 в мин. Масса тела - 42 кг, длина тела – 145 см. Биохимический анализ крови: общий белок 40 г/л (норма 65-85 г/л), альбумины 15 г/л (норма 30-50 г/л), глобулины 25 г/л, холестерин 8 ммоль/л (норма 3,11-5,18 ммоль/л), мочевина 5,2 ммоль/л (норма 2,5-8,3 ммоль/л), Калий 5 ммоль/л (норма 3,5–5,0 ммоль/л), Na 200 ммоль/л (норма 135–150 ммоль/л). Общий анализ мочи: кол-во - 20 мл, цвет – мутная, белок 44 г/л; лейкоциты 15 - 20 в п/зр.; эритроциты 2-4 в п/зр; цилиндры гиалиновые - 4-8 в п/зр.; цилиндры зернистые-2-4 в п/зр. 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Клинические синдромы при заболеваниях почек у детей. 3. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 4. Тактика. 5. Диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759554&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759554)

- острый постстрептококковый гломерулонефрит.;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=759556) Наташа Л., 3 года, поступила в клинику с жалобами на повышение температуры до 39°С, слабость, рвоту, боли в животе, частые болезненные мочеиспускания. Из анамнеза известно, что 1,5 месяца назад девочка перенесла скарлатину, 2 раза в течение жизни болела пневмонией, ОРВИ- 5-6 раз в год. У матери девочки хронический пиелонефрит, нефроптоз обеих почек. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, небольшая пастозность век. Масса тела 16 кг 500 гр., длина 80 см, окружность головы 48 см, окружность грудной клетки 53,5 см. АД на правой руке 80/45 мм. рт. ст. При пальпации мочеточниковых точек справа, вокруг пупка отмечается умеренная болезненность. Положительный симптом XII ребра с обеих сторон. Мочеиспускание болезненное, малыми порциями до 12 раз в день. Дополнительные методы исследования: Общий анализ мочи: белок - 0,06 г/л; лейкоциты - покрывают все поля зрения эритроциты - единичные в поле зрения. Бактериологический посев мочи: выделен патогенный стафилококк (1500000 микробных тел/мл) чувствительный к ампициллину. (Оценка (+) больше 100 тысяч бактерий. Оценка (+ -) более 1000, но меньше 100 тысяч. Если результат менее 1000 в 1 мл, то не верно собран анализ). Экскреторная урография: удвоение мочеточника справа, лоханка и чашечки незначительно расширены. 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 3. Тактика. 4. План обследования с обоснованием. 5. Диспансеризация на участке. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759556&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759556)

- Острый пиелонефрит.;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=759559) Вера Н., 5 лет на приеме у врача педиатра с мамой. Жалобы на болезненные мочеиспускания, периодические подъемы температуры до 37,5 градусов. Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей с анемией и тяжелыми стрессовыми реакциями. Роды в срок, период родов 28 часов, безводный период 14 часов. Девочка находилась на грудном вскармливании до 9 мес., болела редко. С первых дней жизни девочка плохо засыпала, спала беспокойно. При обследовании на первом году жизни невропатолог отмечал стойкий и длительный гипертонус мышц конечностей, выбухание большого родничка, повышение внутричерепного давления, асимметрию рефлексов. В течение последнего месяца непостоянный субфебрилитет, периодически возникает боль при мочеиспускании. В течение последних 2-х лет в дневные часы учащено мочеиспускание (до 30 раз). Объективно: ребенок пониженного питания, заикается, выражен гипергидроз ладоней и стоп, небольшая пастозность под глазами. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Пальпация нижних мочеточниковых точек болезненна. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. При осмотре наружных половых органов в присутствии матери ребенка и мед. сестры у девочки имеется покраснение в области внутренних половых губ и мочеиспускательного отверстия. Видимых выделений из влагалища и уретры не видно. Масса тела 19 кг, длина 106 см, окружность головы 50 см, окружность грудной клетки 55,5 см. Взят мазок по Cito! детским гинекологом из влагалища. Общий анализ мочи - белок 0,033 г/л, лейкоциты - 15-20 в поле зрения. Мазок из влагалища – лейкоциты 25 в п/зр (норма до 10), лактобациллы снижены, дрожжи в большом количестве, эпителий плоский 6 в п/зр, эпителий промежуточный 5 в п/зр, слизь ++. 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 3. Цель осмотра гинекологом. 4. Тактика. 5. Диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759559&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759559)

- Лихорадка неясного генеза. Хр. цистит? Хр. пиелонефрит? Вульвит. Логоневроз.;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=759560) Николай Ф., 12 лет поступил по скорой помощи в приемный покой стационара. Жалобы на резкую слабость, головокружение, головная боль, бледность, холодный пот, тремор рук, рвоту, отеки, красный цвет мочи. В анамнезе - частые ОРВИ, отит. В 9 лет после ангины впервые выявлены изменения в моче: следы белка, микрогематурия. После обнаружения умеренного повышения экскреции уратов заболевание расценили как обменную нефропатию. В дальнейшем появились вялость, головные боли. К врачу не обращались. Доставлен в стационар врачом неотложной помощи на седьмой день от начала ОРВИ. При осмотре вялый, бледность, холодный пот, тремор рук, рвота, пастозность лица и голеней, АД 150/110 мм рт.ст, олигурия, макрогематурия. Общий анализ мочи по cito! выявлена протеинурия 3,3 г/л, эритроциты покрывают все поля зрения. 1. Обоснуйте синдромный диагноз. Дифференциальный ряд. 2. Хроническая почечная недостаточность, клиника. 3. Оцените предложенные лабораторные или инструментальные данные. 4. Тактика. 5. Диспансеризация. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=759560&metod_id=4862) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4862&question_id=759560)

- Хронический гломерулонефрит? Нефротический с-м, артериальная гипертензия.;

Примерная тематика НИРС по теме

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_nirs&metod_id=4862) | [+ Ввести новый](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_tl_metod&umkd_id=2713&tl_type=8&tl_id=0&semester=6&metod_id=4862)

1. Основы законодательства РФ по охране материнства и детства. Правовые аспекты работы врача педиатра амбулаторного звена [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173003&metod_id=4862)

2. Мониторинг медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска развития заболеваний детей и подростков. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173004&metod_id=4862)

3. Критические состояния в педиатрии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173006&metod_id=4862)

4. Гигиенические основы воспитания детей в образовательных учреждениях [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173008&metod_id=4862)

5. Роль семьи в формировании здоровья детей и подростков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173149&metod_id=4862)

ЛИТЕРАТУРА

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_lit&metod_id=4862)

**Основная литература**

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51199)

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51199)

**Дополнительная литература**

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=31422)

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=31422)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=35173)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=35173)

616-053.2  
П50  
[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=39562) : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 895 с. : ил. - ISBN 9785970426487 : 1080.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=39562)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=50805)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=50805)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51205)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51205)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51216)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4862&res_id=51216)

**Электронные ресурсы**

ПРИЛОЖЕНИЕ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_addition&metod_id=4862)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_analiz_krovi.jpg>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_oam.jpg>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_napravlenie_na_uzi.jpg>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_napravlenie_na_gospitalizatsiyu.gif>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_nefr.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_gematuriya_deti.pdf>