

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Педиатрии ИПО

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., доцент Чистякова И.Н.

Реферат на тему:

Диспансерное наблюдение за детьми

с заболеваниями почек и мочевыделительных путей.

Выполнила: клинический ординатор

Краханова Т.А.

Красноярск, 2015

Оглавление

1. Введение	3
2. Эпидемиология	4
3. Этиология и патогенез	4
4. Классификация	6
5. Клиническая картина	8
6. Диагностика	10
7. Дифференциальная диагностика	12
8. Лечение	12
9. Ведение детей с бронхиолитом	14
10. Профилактика	15
11. Прогноз	16
12. Заключение	17
13. Список литературы	18

Введение

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

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

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

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

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

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

Болезни мочевой системы занимают одно из ведущих мест в структуре хронических заболеваний у детей. В последние годы в ряде регионов отмечается тенденция к увеличению распространенности этой патологии. В различных регионах России этот показатель колеблется от 54 до 87 на 1000 детей.

Организация диспансерного наблюдения детей и подростков

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

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

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

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

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

Диспансерное (профилактическое) наблюдение в условиях детской поликлиники начинается сразу после выписки ребенка из родильного дома. Первый врачебно-сестринский патронаж к новорожденному организуется в 1- 2-е сутки. Последующие патронажи к здоровому

новорожденному осуществляется в регламентированные сроки, а по отношению к новорожденным с отклонениями в состоянии здоровья график наблюдения определяется индивидуально.

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

Одной из важнейших задач, решаемых педиатром во время патронажей к новорожденному, является сбор подробных сведений о генеалогическом, биологическом и социальном анамнезе ребенка, прогнозирование на основе их анализа дальнейшего хода его развития, формирования состояния здоровья, выделение групп биологического и социального риска, составление индивидуальных программ диспансерного наблюдения и оздоровления.

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

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

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

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

Оно включает:

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

- установление группы здоровья.

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

- дальнейшему наблюдению;
- особенностям питания;
- физическому воспитанию;
- закаливанию;
- воспитательным воздействиям;
- проведению профилактических прививок;
- дальнейшему диспансерному наблюдению;
- лабораторным и инструментальным методам исследования;
- лечебно-профилактическим и оздоровительно-реабилитационным мероприятиям;
- санаторно-курортному лечению.

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

Регламентируется:

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

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

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

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

Основные показатели для консультации врача-нефролога

(Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М., 2004)

1. Наличие в анамнезе частых респираторных заболеваний и ангин; бессимптомных повышений температуры. Наличие почечной патологии у родственников, в том числе у матери при беременности
2. Жалобы на частые и болезненные мочеиспускания, задержки и недержания мочи; боли в животе и пояснице
3. Наличие при объективном исследовании вагинитов (у девочек), повышенного АД, отеков, положительных симптомов Пастернацкого, изменений в анализах мочи

Класс IV: Болезни мочеполовой системы (N00-N99)

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

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

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

3. Преимущество проведения консервативной и заместительной терапии при ХПН.

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

Диспансерному наблюдению подлежат больные:

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

Диспансеризация детей с пиелонефритом:

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

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

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

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

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

Хронический пиелонефрит (N 11) - срок наблюдения - пожизненно:

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

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

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

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

Диспансерное наблюдение за детьми с инфекциями нижних мочевых путей

(N 39.0) - наблюдение в течение 1 года

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

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

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

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

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

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

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

Дополнительные методы исследования: Общий анализ мочи ежемесячно, желательно с определением морфологии мочевого осадка, проба Зимницкого, определение суточной экскреции солей и уровня этих показателей в крови, исследование антикристаллообразующей способности мочи, УЗИ почек, пробы функционального состояния почек, биохимические исследования (аммиак, титруемые кислоты, суточной мочи, активность фосфолипазы, лактатдегидрогеназы, креатинкиназы) 2 раза в год. По показаниям рентгенологическое обследование.

Диспансерное наблюдение за детьми с острым и хроническим гломерулонефритом **Острый гломерулонефрит (N 00 -08) - срок наблюдения 5 лет**

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

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

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

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

Хронический гломерулонефрит (N 03) - срок наблюдения – пожизненно

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

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

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

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

Вакцинация детей с заболеваниями ОМС

Целесообразно освобождать детей с заболеваниями ОМС от профилактических прививок.

Профилактические прививки относятся к факторам, которые обуславливают развитие заболеваний (ГН, ПН и др.) рецидивов болезней ОМС, нарастание активности процессов в мочевой системе больного ребенка.

Профилактические прививки данному контингенту детей проводятся: - строго по эпидемиологическим показаниям;

- ослабленными вакцинальными препаратами;
- по индивидуальному графику;
- отдельно (без совмещения вакцин);

- с обязательным предварительным лабораторным контролем (исследование мочи, крови, функций почек);

- с клинико-лабораторным наблюдением в динамике (после вакцинации - в течение 3-4 недель).

Целесообразно вакцинацию детей с тяжелыми заболеваниями ОМС (строго по эпидемиологическим показаниям) проводить в условиях стационара: после комплексного клинико-лабораторного обследования, предварительной медикаментозной подготовки, с последующим динамическим наблюдением в течение 5 дней.

Список литературы

1. Под общей редакцией д.м.н. Галактионовой М.Ю. Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке. // Красноярск 2010
2. Баранов А. А. с соавт. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. // М.: Династия, 2004
3. Ганузин В. М. Принципы этапного лечения, диспансеризации и реабилитации детей с пиелонефритом. // Журнал «Лечащий врач» № 8 2013г
4. Омолоева Т. С. Организация лечебно – профилактической помощи детям и подросткам с патологией почек и мочевыделительной системы// Иркутск 2013г
5. Захарова Г. Я., Абрамова Е. В, Храмова Е. Б., Осадченко Г. А. Принципы диспансерного наблюдения детей с соматическими заболеваниями на педиатрическом участке// Учебное пособие. Тюмень 2010г.